

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Úloha sestry v prevenci imobilizačního syndromu
po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Machová

Autor práce:

Eliška Holubcová

2012

Abstrakt

Bakalářská práce na téma *Úloha sestry v prevenci imobilizačního syndromu po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení* se zabývá problematikou ošetrovatelské péče a prevence imobilizačního syndromu u pacientů po cévní mozkové příhodě.

Teoretická část práce je zaměřena na prevenci, léčbu a vyšetření, která pacient absolvuje po cévní mozkové příhodě, a na úlohu sestry při těchto výkonech. V práci je podrobně popsán rovněž imobilizační syndrom. V závěru teoretické části se autorka zabývá ošetrovatelskou péčí, která by se měla provádět jako prevence imobilizačního syndromu u pacienta po cévní mozkové příhodě. Jedna z kapitol je věnovaná hygienická péči, výživě, vyprazdňování, péči o kůži, psychickému stavu a komunikaci s pacientem po cévní mozkové příhodě.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena především na kvalitativní šetření prováděná přímo na oddělení. Cílem uvedeného šetření bylo zhodnocení úlohy sestry v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení. V šetření byla stanovena následující výzkumná otázka: Jakou úlohu hraje sestra v prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po cévní mozkové příhodě? Dále jsou uvedeny rozhovory se sestrami, které byly uskutečněny přímo na neurologickém oddělení a u stejných sester bylo rovněž provedeno skryté pozorování ošetrovatelské péče.

Z výsledků šetření vyplývá, že sestra hraje hlavní úlohu v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Na prvním místě jako poskytovatelka péče, dále jako komunikátorka a v menší míře i jako edukátorka. V práci najdeme také mapu ošetrovatelské péče, která popisuje správný postup při ošetřování dutiny ústní. Správně prováděnými ošetrovatelskými postupy může sestra výrazně ovlivnit průběh nemoci, a zabránit tak komplikacím, ke kterým patří zejména dehydratace, malnutrice a dekubity.

Abstract

Bachelor's thesis *The Role of a nurse in prevention of immobilization syndrom after stroke at the Department of Neurology* dwells on the problem of nursing care and prevention of immobilization syndrom of the patients after stroke.

The theoretical part of the thesis is aimed at prevention, treatment and examination, which the patient has to go through after stroke and the role of the nurse during these performances. The immobilization syndrom is also described in detail at the thesis. At the conclusion of the theoretical part the author concentrates on the treatment which ought to be performed as a prevention of the immobilization syndrom of the patient after stroke. One of the chapters deals with health care, nutrition, defecation, skin care, mental state and communication with the patient after stroke.

The practical part of the bachelor's thesis focuses especially on qualitative research performed just at the Department of Neurology. The aim of the above mentioned research was to evaluate the role of the nurse in the care of the patient after stroke at the Department of Neurology. In the research the author stated the following question: What is the role of the nurse in the prevention of immobilization syndrom of the patient after stroke? This part also includes interviews with nurses conducted just at the Department of Neurology and the same nurses were also observed during nursing care.

The results of the research show that the nurse plays crucial role in the care of the patient after stroke, either as a provider of nursing care or as a communicator, and to a smaller extent as an educator. The thesis also contains a map of nursing care, which describes the correct process during the care of cavity. The nurse can influence the course of disease by correctly performed nursing performances, such as dehydration, malnutrition and dekubital ulcer.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Machové za cenné rady, čas a podporu při vedení práce. Dále bych ráda poděkovala respondentům za jejich čas a mé rodině za trpělivost a podporu při studiu.

Obsah

Úvod	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Anatomie a fyziologie cévního zásobení mozku	4
1.1.1 Anatomie mozku	4
1.1.2 Cévní zásobení mozku.....	4
1.2 Cévní mozková příhoda a její rozdělení.....	5
1.2.1 Příčiny cévní mozkové příhody	6
1.2.2 Příznaky cévní mozkové příhody.....	7
1.2.3 Úloha sestry u vyšetření pacienta s podezřením na CMP	8
1.2.4 Léčba cévní mozkové příhody.....	9
1.3 Úloha sestry v prevenci cévní mozkové příhody	10
1.4 Imobilizační syndrom.....	10
1.4.1 Definice imobilizačního systému.....	10
1.4.2 Poškozené systémy u imobilizačního syndromu	11
1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po CMP zaměřená na prevenci imobilizačního syndromu.....	13
1.5.1 Úloha sestry v hygienické péči u pacienta po CMP.....	13
1.5.2 Úloha sestry ve výživě a pitném režimu u pacienta po CMP	14
1.5.3 Úloha sestry ve vyprazdňování u pacienta po CMP	15
1.5.4 Úloha sestry při rehabilitaci u pacienta po CMP	17
1.5.5 Úloha sestry v péči o kůži a prevenci dekubitů u pacienta po CMP.....	18
1.5.6 Úloha sestry při komunikaci s pacientem po CMP.....	20
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Výzkumná otázka.....	22
3. METODIKA	23
3.1 Charakteristika metod a technika sběru dat	23
3.1.1 Rozhovor	23
3.1.2 Pozorování.....	23

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	24
4.	VÝSLEDKY	25
4.1	Výsledky rozhovorů se sestrami	25
4.1.1	Přepisy rozhovorů se sestrami	25
4.1.2	Kategorizované výsledky rozhovorů.....	40
4.2	Výsledky skrytého zúčastněného pozorování.....	52
4.3	Kategorizované výsledky pozorování	55
5.	DISKUZE	56
6.	ZÁVĚR.....	60
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	64
9.	PŘÍLOHY	65
9.1	Seznam příloh	65

Úvod

Bakalářskou práci na téma Úloha sestry v prevenci imobilizačního syndromu po cévní mozkové příhodě jsem si vybrala, protože tato problematika se mi zdála důležitá a aktuální. Dále jsem také o prázdninách pracovala na neurologickém oddělení a chtěla jsem získat více informací, jak sestra může ovlivnit komplikace spojené s cévní mozkovou příhodou.

Cévní mozková příhoda patří mezi nejčastější příčiny smrti a četnost cévní mozkové příhody stoupá. Cévní mozková příhoda je akutní stav charakterizovaný ložiskovým nebo povšechným poškozením funkcí mozku v důsledku poruchy mozkových funkcí. Komplikace cévní mozkové příhody je imobilizační syndrom, který zahrnuje močové infekce, dekubity, dehydrataci, bolest, poruchy řeči, dechové potíže, poruchy vyprazdňování a mnoho dalších.

Imobilizační syndrom je syndrom z inaktivity. Úloha sestry v prevenci imobilizačního syndromu zahrnuje polohování, aktivní a pasivní rehabilitaci, bandáže dolních končetin, dostatečnou hydrataci, dechovou rehabilitaci, komunikaci, správnou výživu. Imobilizační syndrom zasahuje do všech systémů, a proto je velmi důležitá prevence. Správně prováděná ošetrovatelská péče může zabránit mnoha komplikacím.

Úloha sestry v prevenci imobilizačního syndromu zahrnuje hygienickou péči, péči o kůži, výživu, vyprazdňování. Dále také rehabilitaci a správnou komunikaci.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie cévního zásobení mozku

1.1.1 Anatomie mozku

Mozek je uložen ve vazivových obalech a je uzavřen v dutině lební. Je rozdělen na dvě hemisféry a na každé najdeme 4 laloky a to lalok čelní, týlní, temenní a spánkový. Mozek se skládá z mozkového kmene, který je složen z mostu a prodloužené míchy, kde nalezneme centra vitálních funkcí a jádra mozkových nervů. Mozeček je uložen nad dorzální stranou mozkového kmene. Mozeček je s mozkovým kmenem spojen pomocí vláken. Povrch mozečku je tvořen šedou mozkovou kůrou, na které se vykytují tři laloky. Hlavní funkcí mozečku je regulovat rovnováhu a řídit většinu tělesných pohybů. Mezi mozkovým kmenem a koncovým mozkem se nachází mezimozek. Skládá se z epithalamiu, metathalamu, thalamu, subthalamu a hypotalamu. Koncový mozek je tvořen levou a pravou hemisférou, které jsou propojeny svazkem vláken. Na každé hemisféře se nachází mozková kůra a bílá hmota mozková. Koncový mozek řídí veškerou volní a částečně i mimovolní činnost organismu a uskutečňují se zde psychické procesy. (Elišková a Naňka, 2009; Dylevský, 2007; Parker, 2007)

1.1.2 Cévní zásobení mozku

Mozek tvoří jen dvě procenta celkové hmotnosti lidského těla, ale vyžaduje celých dvacet procent jeho krve, který organismus přijímá. Mozek má dobré krevní zásobení, které podle potřeby do určité míry upravuje množství potřebné krve do různých úseků jednotlivých mozkových tepen, které zásobují mozkové laloky. Díky tomu může kompenzovat i větší uzávěr některé z přírodních tepen. Mozkem o normální hmotnosti kolem 1400 kilogramů proteče za minutu asi 800 gramů krve. Krev přenáší kyslík i glukózu, a bez těchto nezbytných látek by se fungování mozku rychle zhoršilo, a mohla by se objevit závrať, zmatenost i ztráta vědomí. Nervové buňky dokážou přežít bez kyslíku pouhých 5 minut, neurony kmene mozku 20 až 30 minut. (Mourek, 2006; Parker, 2007)

Do mozku přivádějí krev čtyři tepny. V přední části mozku dvě karotické tepny

aa. Carotides internae a v zadní části dvě vertebrální tepny aa. Vertebrales. Vertebrální tepny se spojují a vytvářejí arterii basilaris. Tyto přívodné tepny tvoří Willisův okruh. Z něj pak odstupují tepny, které zásobují krví jednotlivé oblasti mozku. Willisův okruh částečně umožňuje vedlejší zásobení mozku při poruše některých z uvedených cév. Mozkové žíly se dělí na povrchové a hluboké. Hluboké žíly odvádějí krev z centrálních struktur mozkových hemisfér, nacházejí se na horní ploše thalamu a ústí do sinus rectus. Povrchové žíly odvádějí krev z mozkové kůry a podkorových oblastí a ústí do sinus saggitalis superior. Mozkové žíly nemají chlopeň a krev z nich odtéká do nitrolebních sinusů. Ve stěnách sinusů, na rozdíl od ostatních žil v těle, chybí svalová vrstva. (Dylevský, 2007; Mourek, 2005; Parker, 2007)

1.2 Cévní mozková příhoda a její rozdělení

„Cévní mozková příhoda je akutně vzniklé fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.“ (Seidl, 2004, s. 190)

Cévní mozková příhoda je způsobena přerušением zásobování mozku krví. K tomu dochází, pokud se tepna přivádějící krev do mozku ucpe nebo praskne. Jestliže mozkové buňky ztratí přívod kyslíku a živin, přestanou fungovat nebo odumřou. Buněčná smrt vede ke vzniku oblastí lokalizované nekrózy známých jako mozkové infarkty. (Amber, 2006; Slezáková a kol., 2002; Šebková 2004).

Cévní mozkové příhody rozdělujeme na akutní cévní ischemickou a na hemoragickou.

Akutní cévní ischemická příhoda je způsobena nedokrevností v určité části mozku. Tento typ cévní mozkové příhody je nejčastější. Ischemických příhod je asi kolem 80-85 %. Jedná se o mozkové infarkty, které vznikají v důsledku aterosklerózy velkých mozkových tepen, mozkové infarkty, které jsou způsobené onemocněním srdce, třetím typem jsou infarkty, které jsou z postižení drobných tepének v důsledku dlouhotrvajícího vysokého krevního tlaku. (Kalita, 2006)

Mozkové ischemie rozlišujeme podle různých kritérií. Podle mechanismu vzniku na obstrukční a neobstrukční. Podle vztahu k tepennému povodí na teritoriální,

interteritoriální a lakunární. Podle časového průběhu na: TIA- Tranzistorná ischemická ataka. U TIA se objevují příznaky mozkové příhody, které odezní do 24 hodin bez reziduí. TIA je významným varovným příznakem hrozícího iktu. Většina TIA trvá jen několik minut. Pokud trvá déle než 20 minut, je to spíše výjimečné. Nejčastější příčinou je uzávěr tepny vmetkem z embolu. Při TIA je vždy nutné kompletní vyšetření a léčba. Dále RIND- Reverzibilní mozková příhoda. Reverzibilní cévní mozková příhoda trvá déle než 24 hodin, odeznívá do 2 týdnů, někdy může nastat trvalý funkční neurologický deficit. SE- Progredující mozková příhoda. U progredující mozkové příhody postupně narůstá fokální mozková hypoxie, dochází k progresi klinických příznaků. SC- Ukončená mozková příhoda. Ireverzibilní je dokončená příhoda, kdy dochází k ložiskové hypoxii mozku. (Elišková, 2009; Kalita a kol., 2006)

Hemoragické mozkové příhody způsobují kolem 15-25 % všech mozkových příhod a mají větší morbiditu a mortalitu než ischemické cévní mozkové příhody. Můžeme je rozdělit na subarachnoidální hemoragie a na intracerebrální hemoragie, která jsou častější. (Kalita a kol., 2006)

Intracerebrální hemoragie tvoří 10-15 % všech iktů. Většinu těchto iktů způsobuje ruptura malých penetrujících tepének a tepen. Často ji lokalizujeme na mozečku a mozkovém kmeni. Nejčastější příčinou je hypertenze. Subarachnoideální hemoragie není tak častá jako intracerebrální. Nejčastější příčinou je ruptura aneurismatu. (Kalita a kol., 2006; Seidl a Obenbergor, 2004)

1.2.1 Příčiny cévní mozkové příhody

Hlavní příčinou cévní mozkové příhody je ateroskleróza. Ateroskleróza může vést k ucpání mozkových cév aterosklerotickými pláty nebo k zeslabení stěny tepny, která může prasknout, a dochází ke krvácení do mozku. Velký podíl na cévních mozkových příhodách mají také rizikové faktory, které můžeme ovlivnit. Mezi tyto faktory patří hypertenze. Studie prokázaly, že při správné léčbě hypertenze dochází ke snížení cévních mozkových příhod. Mezi další rizikové faktory, které můžeme ovlivnit, patří onemocnění srdce, zejména pak síňová fibrilace, zvýšená hladina cholesterolu, který se ukládá po stěnách tepny, a může tak ovlivnit vznik aterosklerózy. Dalším

problémovým faktorem je kouření. Cigarety zvyšují hladinu tuků v krvi a také zhoršují transport kyslíku. Pokud člověk přestane kouřit, riziko se výrazně sníží. Dalším rizikem může být i hormonální antikoncepce v kombinaci s kouřením, která může ovlivnit hypertenzi a také krevní sraženiny. Do prevence také zařazujeme nedostatek pohybu a špatnou životosprávu, která je často spojena s hypertenzí a obezitou. Velmi ohroženi jsou také lidé po infarktu myokardu a s poruchou srdečního rytmu, které vedou k nedostatečnému prokrvení srdce. (Pfeiffer, 2007)

Do faktorů, které ovlivnit nemůžeme, patří věk. Riziko cévní mozkové příhody stoupá s věkem. Dále sem patří také genetické vlivy a pohlaví. Cévní mozková příhoda se vyskytuje častěji u mužů než u žen, ale úmrtnost je vyšší u žen. I příslušnost k rasové skupině může ovlivnit výskyt cévní mozkové příhody. Vyšší mortalita je u černochů než u bělochů. Nejvíce cévních mozkových příhod mají Číňané a Japonci. (Kalita a kol., 2006)

1.2.2 Příznaky cévní mozkové příhody

Příznaky cévní mozkové příhody mohou být různé. Liší se podle příčiny a lokalizace postižení. Nejčastěji se objevují poruchy vědomí, poruchy pohybového aparátu jako jsou hemiplegie, kdy dojde k úplnému ochrnutí poloviny těla, nebo hemiparéza, kdy dojde k částečnému ochrnutí poloviny těla. Také se může objevit paréza lícního nervu, která se projevuje poklesem koutku na ústech. U některých lidí se může objevit svalová ztuhlost. Často dochází k poruchám smyslových orgánů, poruchám rovnováhy nebo k výpadkům zorného pole, kdy člověku může připadat, že je nevidomý. Mohou se objevit poruchy řeči neboli afázie. Afázie dělíme na afázii perceptivní a motorickou. Při perceptivní afázii nemocný nedokáže rozumět slovům, často také používá slova, která postrádají význam. U afázie motorické nemocný chápe, co se mu říká, ale nemůže najít správná slova, aby mohl komunikovat. K dalším příznakům patří také zmatenost, mdloby a velké bolesti hlavy se zvracením a nauseou. Nemocní nedokážou některé příznaky rozpoznat, a jsou odkázáni na své blízké. (Amber, 2006; Kalita a kol., 2006; Mikulík, 2007)

1.2.3 Úloha sestry u vyšetření pacienta s podezřením na CMP

Pacient, který je přijat v nemocnici s podezřením na cévní mozkovou příhodu podstoupí různé druhy vyšetření. První vyšetření, které provádíme, je vyšetření neurologické. Před samotným vyšetřením sestra připraví vyšetřovací místnost a pomůcky. Do pomůcek patří neurologické kladívko, špátle, vatové štětičky, ladička a baterka. Na začátku vyšetření zjistíme všeobecné údaje o pacientovi. Lékař provede anamnézu osobní i rodinou. Zjistí, jestli je pacient orientován v čase a místě otázkami jako například: Kde bydlíte? Kolik je vám let? Jaké je dnes datum? Při tomto vyšetření si také všímáme pacientových řečových projevů a jeho chování. Dále sestra pacienta zváží, změří a provede měření fyziologických funkcí. Po zjištění základních informací lékař přejde k vyšetření hlavy a hlavových nervů. Nejdříve lékař pohledem zjistí symetrie obličejového svalstva a dále provede zkoušky aktivní hybnosti obličeje. Požádáme nemocného, aby pokrčil čelo, zamračil se, vypláznul jazyk, nafoukl tváře nebo zapískal. U krku lékař zjišťuje pohyblivost hlavy ve všech směrech. U vyšetření dolních a horních končetin sledujeme držení končetin a troficitu svalstva. Lékař pomocí kladívka provede vyšetření aktivní a pasivní hybnosti končetin. U dolních končetin lékař provede Patellární reflex, kdy kladívkem uchodí mezi patellu a šlachy na tibií. Dále také provede reflex Achillovy šlachy, kdy lékař uhodí kladívkem do Achillovy šlachy. U pacienta také sledujeme jeho postoj a chůzi. Po celou dobu vyšetření sestra lékaři asistuje. (Fiala, 2007; Kalita a kol., 2006; Mikulík, 2007)

Po neurologickém vyšetření sestra provede odběry krve na hematologické a biochemické vyšetření. Rozlišit, jestli došlo k cévní mozkové příhodě z nedokrevnosti mozku nebo vzniklou krvácením, dokáže určit CT mozku nebo magnetická rezonance, kde můžeme lokalizovat zdroje krvácení. Před CT vyšetřením sestra pacienta poučí, aby byl na lačno a od půlnoci nekouřil a nepil kávu. Nechá pacientovi podepsat informovaný souhlas. Vyšetření CT je rychlejší než MR a nemá kontraindikace, což je výhodou, pokud je pacient v bezvědomí, a nemůže nám sdělit své údaje. Před magnetickou rezonancí sestra nechá pacienta podepsat informovaný souhlas. Před vyšetřením není žádná speciální příprava. Kontraindikací k vyšetření MR jsou kardiostimulátor a kochleární implantát. Pokud není možné vyšetřit pacienta

neinvazivní vyšetřovací metodou, pacient podstoupí angiografii mozkových cév. Před vyšetřením pacient musí podepsat informovaný souhlas a být aslepoň 4 hodiny na lačno. Před výkonem sestra pacientovi musí vyholit třísla a spolu s ním na sál posílá i pytlík s pískem. Po výkonu leží pacient nejméně 12 hodin na lůžku. Sestra pravidelně kontroluje místo vpichu. Sestra musí dbát na dostatečnou hydrataci po výkonu a sledovat případné komplikace. Do dalších vyšetřovacích metod zařazujeme také ultrasonografické vyšetření magistralních mozkových arterií a transkraniální dopplerovskou sonografií. Při transkraniální dopplerovské sonografii lékař měří průtok krve intrakraniálními tepnami. Pacientovi se provedou i doplňující vyšetření jako je EKG a lumbální punkce. Všechna vyšetření by se měla provést co nejdříve, aby byla zahájena včasná léčba. (Fiala, 2007; Workman, 2006)

1.2.4 Léčba cévní mozkové příhody

Léčba akutní cévní mozkové příhody je vždy individuální a musí vycházet z příčin a typu CMP. Léčbu je nutné zahájit co nejdříve. Obvykle to bývá 6-12 hodin od prvních příznaků. Léčbu cévní mozkové příhody lze rozdělit na léčbu v akutní a chronické fázi. V akutním stádiu je pacient uložen na jednotku intenzivní péče a je nutné zabezpečit základní životní funkce. Důležité je zajistit dostatečnou výši krevního tlaku. Při postižení vertebrobazilární oblasti je doporučovaná antikoagulační léčba. Podáváme heparin nebo nízkomolekulární hepariny. Rizikem této léčby mohou být krvácivé projevy mozku. Pokud se jedná o mozkovou příhodu způsobenou embolem, pak optimální léčbou je rozpuštění embolu trombolýzou. U hemoragické příhody se může provést chirurgická léčba, kdy se provádí výkon na odstranění nebo zmenšení hematomu. U ischemické příhody se provádí bypass. Akutní operace v prvních hodinách iktu se provádí spíše výjimečně. V chronickém stádiu je hlavní snaha zabránit recidivě mozkové příhody. Řešením je perorální antiagreganční léčba acetylsalicylovou kyselinou například Anopyrinem. Riziko antikoagulační léčby je nutné zvážit individuálně. Důležitá je i prevence a ovlivnění rizikových faktorů jako je kouření, hypertenze nebo hyperlipidemie a také včasná rehabilitace. (Kalita, 2006; Seidl a Obenbergor, 2004; Tyrlíková a kol., 1999)

1.3 Úloha sestry v prevenci cévní mozkové příhody

Prevenci cévní mozkové příhody můžeme rozdělit na prevenci primární a sekundární. Primární prevencí se snažíme snížit riziko prvního iktu. Do primární prevence zahrnujeme léčbu hypertenze. Krevní tlak by v běžné populaci neměl přesahovat hodnoty 140/90 a u rizikových jedinců 130/80. Sestra pravidelně kontroluje tlak při preventivních prohlídkách. Sestra důsledně kontroluje užívání léků na snížení hypertenze, jako jsou antihypertenziva, betablokátory a diuretika. Do primární prevence patří také léčba diabetu, kdy se snažíme srovnat hladinu cukru do normálu. Dále léčba fibrilace síní. U fibrilace síní se provádí léčba warfarinem a heparinem. V primární prevenci sestra klade důraz na zákaz kouření a pití alkoholu. Nedoporučuje se ani hormonální léčba estrogenem a progesteronem. Podstatné je také pravidelné cvičení. Zvyšuje krevní cirkulaci, a proto je dobré provozovat různé druhy sportu, jako je rychlá chůze, plavání nebo jízda na kole. Do primární prevence také zahrnujeme pravidelné měření cholesterolu, dále také změnu životního stylu. Velký důraz sestra klade na výživu, kdy doporučuje ovoce, zeleninu a vlákninu a snaží se o omezení solí a nasycených tuků. (Herzig, 2010)

V sekundární prevenci podporujeme prevenci recidiv, kdy se snažíme ovlivnit hlavně rizikové faktory jako je kouření, alkohol, hypertenze a hyperlipidemie. Péči o pacienty, kteří již prodělali cévní mozkovou příhodu, by měl zajišťovat neurolog v cerebrovasculární poradně. Pacienti jsou také indikováni k vyšetřením, díky kterým je možné provést správnou prevenci, jako nasazení léků, snížení hmotnosti apod. Oproti primární prevenci se však více používá léčba chirurgická a endovasculární, která se využívá především u pacientů se zúžením krkavice. (Herzig, 2010; Kalita a kol., 2006)

1.4 Imobilizační syndrom

1.4.1 Definice imobilizačního systému

„ Imobilizační syndrom je nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžku.“ (Kalvach a kol.,2006, s.194.)

Imobilizační syndrom souvisí s hypomobilitou, dekondíci, instabilitou a dalšími syndromy nebo symptomy a zasahuje do většiny orgánových soustav. Imobilizační syndrom bývá nejčastěji u geriatrických pacientů, ale může se objevit i u mladších pacientů. Čím déle je pacient na lůžku, tím důkladněji se provádí ošetrovatelská péče. (Kalvach a kol., 2006; Neméth, 2009)

1.4.2 Poškozené systémy u imobilizačního syndromu

Do poruch kardiovaskulárního systému zahrnujeme ortostatickou hypotenzi. Kdy důležité vazomotorické reflexy udržují výši krevního tlaku při změnách polohy. Při imobilizaci dochází po změně do vzpřímené polohy k poklesu krevního tlaku a pacient může pociťovat slabost, závrať nebo i krátké bezvědomí. U pacienta hrozí velké riziko pádu a zranění. Dále dochází ke zhoršení životních funkcí, které se mohou objevit už po 3 až 5 dnech pobytu na lůžku. Dochází ke snížení tepového a minutového srdečního objemu a ke snížení systolického krevního tlaku. Při dlouhodobém upoutání na lůžku dochází k městnání krve v žilním řečišti kvůli nedostatku pohybu, a to může mít za následek žilní trombózu. Tato komplikace je popsána u pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžku 8 až 10 dní. Komplikace žilní trombózy může být plicní embolie, proto je velmi důležitá časná vertikalizace nemocného. (Bar, 2007; Vytejšková a kol., 2011)

Do poruch dýchacího systému zahrnujeme hypostatickou pneumonii. Pacientovi, který leží na zádech se zmenšuje vitální kapacita plic. Důsledkem toho dochází k zadržování sekretu v plicích a ke snižování odkašlávání, proto dochází k zánětlivým komplikacím, jako je plicní atelektáza. (Bar 2007; Vytejšková a kol., 2011)

U pohybového aparátu dochází ke změnám na kostech, kloubech i svalech. Dochází k častým kontrakturám, které se mohou objevit jako důsledek znehybnění svalů ve zkrácené poloze. Kontraktury se nejvíce objevují na dolních končetinách, kdy dochází ke zkrácování lýtkového svalu. Dále dochází k osteoporóze z důvodu nezatěžování kosti a ke ztrátě vápníku. Nejčastější komplikací osteoporózy je zlomenina kosti, nejčastěji zápěstí. Objevují se změny na kloubech a svalech, kdy dochází k atrofii neboli k úbytku svalové hmoty. Dochází k ubývání kloubní tekutiny a ke snížení kloubní pohyblivosti, nebo až ke ztuhnutí kloubu. Dochází také ke zkrácení šlach a

fascií, které mohou způsobit deformity. (Kalvach a kol., 2006; Vytejčková, 2011)

Nejčastějšími poruchami u kožního systému bývají otlaky, opruzeniny a dekubity neboli proleženiny. Jsou podmíněny především ischemií. Mohou vzniknout rychle i během několika hodin. Na rozvoji dekubitů se podílí mnoho faktorů. Faktory vnější jako je tlak, vlhkost, tření a vnitřní faktory, mezi které patří výživa a věk. (Kalvach a kol., 2006; Ulrich, 2001)

Do poruch trávicího systému zahrnujeme nechutenství, nedostatečné vyprázdnění, podvýživu a dehydrataci. Nechutenství může být způsobeno psychickými faktory nebo také nevhodným podáváním stravy. Při dlouhodobém upoutání na lůžku dochází k oslabení peristaltiky střev a objevuje se obstipace. Vzniká také jako následek stresové reakce, kdy je pacient nucen k vyprazdňování vleže na lůžku. Mezi další poruchy patří dehydratace. Dehydratace se objevuje nejčastěji u geriatrických pacientů. Dále se také může projevit strach z vyprazdňování na lůžku, a proto se snaží pacient přijímat co nejmenší množství tekutin. V důsledku toho se mohou objevit další komplikace. (Kalvach a kol., 2006; Vytejčková, 2011)

Při dlouhodobém upoutání na lůžku dochází k horšímu vyprazdňování moči kvůli omezenému pohybu bránice a kvůli neúplné relaxaci břišního dna. Tyto příčiny mohou mít za následek ledvinové kameny nebo inkontinenci, která je následek nedostatečného svalového napětí. Při špatně prováděné hygienické péči o imobilního pacienta hrozí infekce. Špatně provedená katetrizace nebo špatná poloha sběrného zařízení může způsobit močový reflux, kdy se moč vrací zpětným tokem z močového měchýře do ledvinové pánvičky.(Bar, 2007; Kalvach a kol., 2006)

Imobilizační syndrom často velmi zasahuje do psychiky pacienta a každý pacient se s imobilizací vyrovnává individuálně. Po delší době upoutání na lůžku se mohou objevit poruchy orientace v místě, čase i prostoru. Objevuje se snížená motivace ke všem činnostem, špatná nálada a poruchy spánku. U imobilních pacientů se mohou objevit i deprese. U pacientů po mozkové příhodě se setkáváme i poruchou nazývanou opomíjení postižené části těla. Je to stav, kdy pacient ignoruje postiženou část těla. Může se projevovat jako zrakový neglect, kdy pacient ignoruje stimuly z postižené

strany, a může vrážet do různých předmětů. Také si pacient může nevšímat jídla, které je na postižené straně. Dále se může objevovat sluchový neglect, kdy pacient jakoby neslyšel zvuky, které přicházejí od postižené strany. (Kalvach a kol., 2006; Neméth, 2009)

1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po CMP zaměřená na prevenci imobilizačního syndromu

Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě je velmi důležitá. Nejčastěji ji provádí sestra za pomoci nejrůznějších odborníků jako je logoped, fyzioterapeut, dietní sestra nebo ergoterapeut. Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě je velmi náročná, ale především díky ní nedochází ke komplikacím, které cévní mozkovou příhodu často doprovázejí. (Kalita a kol., 2006)

1.5.1 Úloha sestry v hygienické péči u pacienta po CMP

Při příjmu pacienta sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti pomocí hodnotícího testu běžných denních činností podle Barthelové (Příloha 1). Podle testu zjistíme, zda má pacient deficit sebezpečí při hygieně, výživě, vyprazdňování a pohybu. Hygienickou péči sestra provádí dle stavu pacienta. Pokud to stav pacienta dovolí, provádí sestra hygienickou péči v koupelně. Koupelna by měla být vždy vybavena madly u vany i u toaletní mísy. Pomůcky v koupelně musí být uspořádány tak, aby v ní byl snadný přístup ke sprše. Při umývání pacienta u umyvadla sestra zajistí správnou výšku židle nebo stoličky, kontroluje pacienta, aby udržoval rovnováhu v sedě a kontroluje správnou hygienu. Pokud sestra pacienta veze do sprchy, je vždy důležité zajistit intimitu. Teplota vody by neměla přesáhnout 37 stupňů, pokud má pacient porušené vnímání na jedné straně těla. Při mytí sestra vždy musí kontrolovat rovnováhu pacienta. (Vvtejková a kol., 2011)

Pokud to pacientův stav nedovoluje, provádí sestra hygienickou péči na lůžku. Při mytí pacienta na lůžku musí sestra vždy zajistit dostatečnou intimitu. Pacienta nikdy nenechá na posteli nahého. Při mytí na lůžku začíná sestra od umývání tváří, krku, očí a uší. Obličej je velmi citlivý, a proto je nutné postupovat šetrně. Dále sestra omyje horní

končetiny a podpaždí. Končetinu umývá tak, že pohyb musí vést vždy od začátku prstu přes předloktí až do podpaží. Dále sestra provádí mytí hrudníku. Velkou pozornost musí brát na okolí pod prsy, kde se často, zvláště u žen, tvoří opruzeniny. Při umývání genitálů u ženy nejdříve omyjeme velké a malé pysky, po té poševní vchod a konečník. U mužů nejdříve omyje ústí močové trubice, dále celý penis a nakonec konečník. Na závěr umyje pacientovi dolní končetiny. Po koupeli sestra pacienta namaže vhodnými přípravky na promaštění kůže jako prevenci vzniku dekubitů. Při koupeli sestra provádí pravidelnou kontrolu predilekčních míst. (Neméth a kol., 2009; Vytejčková, 2011)

U nesoběstačného pacienta provádí sestra nejméně 2x denně zvláštní péči o dutinu ústní. Při péči o dutinu ústní dá sestra pacientovi pod krk buničinu. Pacientovi nejdříve očistí ústa namočenými tamponky a vyčistí všechny zubní plochy. Dále také tampónky očistí jazyk a dásně. Po té sestra vezme štětičky napuštěné nejčastěji Borglycerínem a celou pusou jimi vytře. Nakonec pacientovi vypláchne ústa vodou. V neposlední řadě sestra musí provádět pravidelnou výměnu ložního prádla a lůžko udržovat v naprosté čistotě. Sestra by měla kontaktovat rodinu, která pacientovi přinese elektrický zubní kartáček a holicí strojek k usnadnění čistění zubů a holení vousů. S pacientem po cévní mozkové příhodě může být ztížená manipulace, proto by sestra vždy měla brát ohledy na své zdraví a využívat všechny dostupné pomůcky nebo si nechat pomoci od ostatního ošetřovatelského personálu. (Krišková, 2001; Vytejčková a kol., 2011)

Při špatném provádění hygienické péče, může nastat riziko infekce (0004). (Marečková, 2006)

1.5.2 Úloha sestry ve výživě a pitném režimu u pacienta po CMP

Při přijetí pacienta na oddělení sestra provede pacientovi nutriční screening (Příloha 2), kde zjistí, zda má pacient nedostatečnou (0002) nebo nadměrnou výživu (0001). Dále také poruchy polykání (00103) a deficit sebezpečí při jídle (00102).

[Marečková, 2006]

Podle hodnocení přivolá sestra nutričního terapeuta, který s lékařem určí pacientovi dietu. Pokud je pacient soběstačný při jídle, vždy mu sestra umožní hygienu

rukou před i po jídle. Pokud se pacient stravuje na lůžku, je důležité, aby měl spuštěné nohy z lůžka nebo byl posazen do Fowlerovy polohy. Sestra pacientovi připraví stolek k jídlu do správné výšky a přichystá mu vše, co bude k jídlu potřebovat. Na jídlo mu vždy nechá dostatek času. Pokud pacient není soběstačný, sestra pacienta nakrmí. U pacientů po cévní mozkové příhodě často dochází k poruchám polykání, proto je nutné zajistit stravu polotuhé konzistence nebo stravu rozmixovanou. Před krmením pacientovi vždy sestra provede hygienu rukou. Pokud má pacient zubní protézu, nasadí mu ji. Polohu pacienta upraví sestra podle potřeby. Při krmení pacienta po cévní mozkové příhodě vždy sestra krmí z jeho postižené strany. Dává mu přiměřenou sousta a nechá mu dostatek času na jídlo. Během potřeby podává sestra tekutiny. (Krišková a kol., 2001; Vytejčková a kol., 2011)

Po jídle pacientovi sestra omyje ústa, uklidí jídlo a upraví polohu. Při nedostatečné výživě také může sestra využít energetický doplněk, například Nurtidrink nebo Nutrison. Dále je nutné, aby pacient dodržoval pitný režim. Vždy je nutné zavést bilanci tekutin a pravidelně tekutiny nabízet. Nejčastěji pacientovi sestra podává nesyčené tekutiny nebo čaj. Mezi nevhodné tekutiny patří káva, sladké limonády nebo nápoje s alkoholem. Vždy je nutné o pitném režimu informovat rodinu. (Vytejčková a kol., 2011)

Pokud pacient nemůže vůbec polykat, lékař často ordinuje nozogastrickou sondu. Při krmení sondou sestra pacienta upraví do přirozené polohy na jídlo, nejčastěji do polosedu. Než začneme pacienta krmit sondou, sestra nasaje ze sondy obsah žaludku, zda může podat novou stravu. Pokud je obsah žaludku více než 100 ml, do sondy nic nepodáváme. Pokud méně, sestra do sondy aplikuje dávku určenou lékařem nejčastěji 250 ml. Po dokončení krmení sestra sondu propláchně čajem. Pokud lékař indikuje parenterální výživu, sestra vždy dodržuje zásady asepse při aplikaci. Pravidelně kontroluje a pečuje o žilní vstupy. (Slezáková a kol., 2007)

1.5.3 Úloha sestry ve vyprazdňování u pacienta po CMP

Ošetřovatelské diagnózy, které souvisí s vyprazdňováním jsou retence moči (00023), porušené vyprazdňování moči (00016), riziko zácpy (00015). [Marečková,

2006]

Při vyprazdňování moči se vždy snažíme, aby měl pacient dostatečnou diurézu. U pacientů sestra sleduje frekvenci moči, barvu, zápach, příměsi, pálení a bolesti při močení. Při močení sestra zajistí dostatek intimity. Vždy se snažíme, aby vyprazdňování moči probíhalo v přirozené poloze. U žen je to poloha vsedě nebo v podřepu a u mužů poloha ve stoje. Pokud pacient není dostatečně soběstačný, dává mu sestra podložní mísu nebo močovou láhev. Při vyprazdňování pacientce podáváme suchou a čistou podložní mísu. Pokud to její stav dovolí, dáme ji do Fowlerovy polohy. Po vyprázdnění sestra provede umytí genitálu. (Vytejšková a kol., 2011)

Při porušeném vyprazdňování moči bývá častou indikací lékaře permanentní močový katetr. Cévkování muže vždy provádí lékař za asistence sestry. Při cévkování ženy cévkuje sestra. Pokud sestra pacientku cévkuje, vždy jí nejdříve vysvětlí důvod a postup cévkování. Poté pacientku uloží do gynekologické polohy. Před genitálie sestra položí emitní misku nebo podložní mísu. Vloží připravené tampony do dezinfekčního roztoku. Nasadí si sterilní rukavice. Jednou rukou sestra otevře velké a malé pysky a druhou rukou si vezme tampónky a dezinfikuje shora až ke konečníku. Na každý stěr použije nový tampónek. Dále sestra vezme cévku, na kterou dá Mezocain gel a zavede ji do močového měchýře. Pokud lékař určí, odebere vzorek moči do zkumavky. Dále vezme sestra injekční stříkačku a nafoukneme balónek uvnitř cévky. Cévku poté malinko popotáhne, jestli drží, a k cévce přidá sběrný sáček. Po zacévkování sestra kontroluje průchodnost moči cévkou, příměsi a barvu. Močový katétr nesmí být zaveden déle než tři týdny. (Krišková a kol., 2001)

Při vylučování stolice se mohou objevit změny ve formě zácpy (00015) nebo průjmu (00013). Při zácpě musí sestra vždy zjistit vyprazdňovací návyky pacienta. Zda používal projímadla nebo jiné prostředky podporující peristaltiku. Sestra zapisuje frekvenci stolice a její příměsi. Je nutné zajistit dostatečný přísun tekutin, aby nedošlo k deficitu tekutin. Dále je nutné, aby pacient omezil příjem čaje. Nejdůležitější prevencí je však časná mobilizace a aktivizace pacienta. (Šafránská a Nejedlá, 2006; Vytejšková, 2011; Tóthová a Kubelová, 2004)

1.5.4 Úloha sestry při rehabilitaci u pacienta po CMP

Ošetřovatelské diagnózy, které souvisí s rehabilitací jsou porušená chůze (00088), zhoršená pohyblivost na lůžku (00091), riziko pádu (00155). [Marečková, 2006]

Nejdůležitější rehabilitací je aktivizace pacienta, kterou sestra musí zajišťovat ihned po příchodu pacienta na oddělení. Příprava rehabilitace začíná zajištěním správné matrace. Nesmí být příliš tvrdá, ale ani měkká, protože může zvyšovat spasticitu. Dále je také důležité správné polohování. K pacientovi po cévní mozkové příhodě sestra přistupuje vždy z postižené strany a také všechny výkony provádí z této strany. Nejprve je pacient polohován pasivně pomocí polštářů a prostěradel. Později se sestra snaží, aby se pacient v těchto polohách udržel sám. Poloha pacienta na lůžku by měla být upravována po 40 minutách, nejdéle však po 2 hodinách. Při poloze na zádech sestra podkládá postiženou horní a dolní končetinu polštářem a hlavu podkládá jen minimálně. Při poloze na boku musí být vždy rameno na postižené končetině vytočeno zevně. Dolní končetina musí být podložena polštářem. Při přetáčení pacienta na bok sestra pokrčí jeho dolní končetinu a spojí jeho dlaně k sobě. Poté pacienta převrací za rameno a bok. Pokud chceme pacienta posadit, převracíme ho přes bok postižené strany. Sestra vezme pacienta pod pokrčenýma nohama a pomalu je sesouvá z postele. Pokud sestra s pacientem nacvičuje chůzi, stojí vždy na postižené straně pacienta. Sestra drží pacienta pod ramenem a druhou rukou vede nemocného za jeho postiženou rukou. Pokud pacient trpí ortostatickou hypotenzí, hlásí mu sestra každé změny polohy a dá mu dostatek času, aby si v poloze mohl zvyknout. (Pfeiffer, 2007; Vytejšková a kol., 2011)

Při transportu pacienta vždy zvolíme správnou polohu na převoz. Sestra zjistí, kolik osob bude k převozu potřebovat. Zajistí také správně oblečení a obutí. Při mobilizaci pacienta vždy udržuje slovní kontakt. Je nutné, aby sestra vždy spolupracovala s fyzioterapeutem. U dlouhodobě ležících pacientů provádí sestra také bandáže dolních končetin jako prevenci embolie. Bandáže musí být prováděny od prstů u nohou až k tříslům. Prsty u nohou musí být vidět kvůli případným komplikacím. U dlouhodobě ležících pacientů také provádíme izometrické cviky, při kterých sestra nebo fyzioterapeut řekne pacientovi, aby postupně zatíval a povoloval svaly na stehnech,

břiše a na hýždích, pokud to jeho stav dovolí. (Vytečková a kol., 2011)

Do rehabilitace také zařazujeme dechová cvičení. Sestra pacienta nutí k hlubokému dýchání a ke kašli. Díky vykašlávání hlenu dojde k prodýchání všech plicních oddílů. Pokud pacient není schopný odkašlávat, podle potřeby sestra odsává. Dále může sestra provádět míčkování, což je technika, která se provádí pomocí molitanových míčků, kterými se masíruje určitá část těla. Tato metoda je založena na předpokladu, že komprese tkání je vystřídána jejich uvolněním, a to napomáhá ke zlepšení dýchání. Dechová rehabilitace se provádí několikrát denně, několik minut. (Lippertová, 2005; Pfeiffer, 2007; Vytečková a kol., 2011)

1.5.5 Úloha sestry v péči o kůži a prevenci dekubitů u pacienta po CMP

Při příjmu pacienta, provede sestra hodnocení dekubitů dle stupnice Nortonové (Příloha 3). Do hlavních příčin dekubitů zařazujeme stlačení měkkých tkání mezi kostí a tvrdou podložkou. Dále také přepětí či ohnutí cév, kdy při dlouhodobém upoutání na lůžku dochází k přerušení krevního toku. Zařazujeme sem také tření. Nejčastěji nemocný sjíždí ve špatné poloze na lůžku, a dochází k poškození vrchních vrstev pokožky. Důležité je, aby sestra těmto příčinám předcházela. Pokud dojde k poškození kůže, vždy ji sestra ošetřuje za aseptických podmínek. Materiál volí podle stupně poškození. Můžeme také využít moderní techniky jako je laser, biolampa nebo hyperbarická oxynoterapie. Dekubity můžeme rozdělit do několika stupňů.

1. stupeň- Na kůži se objevuje zčervenání, které nebledne. Oblast je často oteklá a teplá.
2. stupeň- Objevuje se poškození pokožky i kůže, začínají se vytvářet puchýře. Tato fáze bývá nejbolestivější.
3. stupeň- Poškození zasahuje až do podkoží a v něm může docházet k odumírání tkáně. Vzniká hluboký vřed, který je pokryt krustou z odumřelých buněk. Prvně se také objevují známky zánětu jako například zvýšená teplota a bolest.
4. stupeň- Dochází k odumírání svalové tkáně a poškození je i na kosti. Objevují se zde černohnědé krusty z odumřelých buněk. (Kalvach a kol., 2006)

Pacienti po cévní mozkové příhodě jsou velice často ohroženi dekubity, a proto je velmi důležitá prevence. Sestra provádí péči o predilekční místa. V poloze na zádech jsou nejvíce ohroženy kost patní, sakrální oblast a 7. krční obratel. Dále potom loketní klouby, lopatky a kost týlní. Při poloze na boku jsou ohroženy kotníky, hřeben kosti kyčelní, kolenní a ramenní klouby, palce u nohou, a také spánková kost a ucho. Je důležité tato místa pravidelně kontrolovat. Důležité je promazávání a masáž kůže emulzemi nebo hydratačními mléky. Nutné je zajistit antidekubitní pomůcky, jako jsou polštáře, klíny, antidekubitní matrace, nákoleníky a botičky na paty. Dále sestra zabraňuje abrazi pokožky třením a napínáním kůže. Pokud sestra pacienta posouvá na lůžku, nesmí být tažen na prostěradle, ale zdvižen a poponesen. Významné je také správné a pravidelné polohování, které bylo zmíněno v předešlé kapitole. Významnou roli zde hraje i výživa. Větší riziko dekubitů mají lidé s obezitou nebo naopak s malnutricí. Včasně provedená mobilizace je nejdůležitější prevencí. (Šafránská, 2006; Vytejková a kol., 2011)

Ošetrovatelské diagnózy, které souvisí s péčí o kůži jsou porušená kožní integrita (00046), riziko infekce (0004), porušená tkáňová integrita (00044). [Marečková, 2006]

1.5.6 Úloha sestry v péči o psychický stav u pacienta po CMP

Ošetrovatelské diagnózy, které souvisí s psychickým stavem, jsou strach (00148), úzkost (00146), opomíjení jedné poloviny těla (00123), porušený spánek (00095). [Marečková, 2006]

Ve špatném psychického stavu může mít pacient strach, nechutenství, nechce o sebe pečovat a stává se závislý na ošetrovatelském personálu. Důležité je těmto stavům předcházet. Sestra musí být k pacientovi vždy tolerantní a velmi trpělivá. Pacienta musí podporovat ve všech činnostech, které provádí. Sestra pomáhá pacientovi s jeho orientací v čase a místě. Pokud je to možné, měla by dát sestru do pokoje hodiny nebo kalendář. Pokud to není možné, měla by sestru každý den pacientovi říci, jaký je čas, den a měsíc. Sestra musí pacienta dobře informovat. Vysvětlit pacientovi všechna vyšetření, která podstoupí i všechny úkony, které u něj provádí každý den, a tím zmírnit

pacientův strach. Sestra vždy respektuje okolnosti, které mohou pacienta ovlivňovat při provádění každodenních aktivit, jako jsou víra, odlišná kultura, vzdělání a prostředí. Důležitým faktorem při léčbě je aktivní zapojení rodiny, a tím usnadníme přípravu jak rodiny, tak i pacienta na domácí ošetřování. Imobilní pacient nemá často žádné rozptýlení, a proto je dobré pro něj vypracovat denní program, který ho zaměstná. Pokud to pacientův stav vyžaduje, zajistíme konzultaci s psychologem, který s pacientem řeší krizové situace. (Vytejková a kol., 2011)

Cévní mozková příhoda je spojena s mnoha problémy a proto by se na její péči měli podílet i ostatní pracovníci, nejen sestry. Do ošetrovatelské péče může sestra zapojit psychologa, který provede vyšetření psychologického stavu, vnímání, schopnost spolupráce a napomáhá pacientovi i rodině při řešení problémů. (Vytejková a kol., 2011)

U pacientů po cévní mozkové příhodě dochází často k poruše řeči. Při této poruše sestra zajistí konzultaci s logopedem, který pacientovi pomáhá při obnově řečových schopností, aby se mohl dorozumívat. Sestra zajistí také fyzioterapeuta, který se stará o rehabilitaci a může zajistit i ergoterapeuta, který u pacienta vyšetří schopnost používat předměty pro běžné denní činnosti. Dále se na ošetrovatelské péči podílí dietní sestra, která pomáhá při výběru stravy. (Šafránská, 2006; Vytejková a kol., 2011)

1.5.7 Úloha sestry při komunikaci s pacientem po CMP

Pacienti po cévní mozkové příhodě mají často problémy s vyjadřováním nebo porozuměním. Sestra by vždy měla dbát na správně zásady komunikace. Sestra zajistí vhodné prostředí, ve kterém bude s pacientem komunikovat. Sestra mluví jasně a v krátkých větách. Nikdy nemocného při komunikaci neopravuje, ale spíše se snaží mu dopomoci s vyjádřením tím, že mu nabídne správná slova. Sestra by nikdy neměla používat zdrobněliny nebo dětskou řeč. Důležité je najít ten nejlepší způsob komunikace. Pokud pacient nemůže mluvit, může sestra využít piktogramy. Piktogramy jsou obrázky předmětů nebo různých aktivit, které člověk nejčastěji používá. Díky piktogramům může pacient vyjádřit své potřeby nebo přání. Pokud má pacient

motorické poškození, může fyzioterapeut pomocí cvičení jazyka, čelistí nebo rtů posílit ochablé svaly. (Cenglářová a Mahrová, 2006; Pfeiffer, 2007)

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jakou úlohu hraje sestra v prevenci imobilizačního syndromu u pacientů po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení.

2.2 Výzkumná otázka

Ke stanovenému cíli byla definována výzkumná otázka:

VO1 Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu po cévní mozkové příhodě?

3. METODIKA

3.1 Charakteristika metod a technika sběru dat

V bakalářské práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Metody a techniky sběru dat, které byly v práci využity, byly hloubkové rozhovory a skryté zúčastněné pozorování.

3.1.1 Rozhovor

Ke sběru informací o ošetrovatelské péči a úloze sestry v prevenci imobilizačního syndromu u pacientů po CMP byl proveden hloubkový rozhovor se sestrami.

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor se sestrami (příloha 5), které pracují na neurologickém oddělení děčínské nemocnice. Otázky byly směřovány na ošetrovatelskou péči, kterou sestry provádějí na oddělení jako je hygienická péče, péče o kůži, vyprazdňování, výživa, psychický stav, rehabilitace a komunikace. Rozhovory byly přepsány a kategorizovány do tabulek. Jeden rozhovor trval přibližně jednu hodinu a rozhovory se uskutečnily v únoru a březnu 2012.

3.1.2 Pozorování

Při výzkumu byla použita metoda skrytého zúčastněného pozorování. Pro pozorování byl vytvořen záznamový arch (příloha 6), ve kterém se zaznamenávala správná ošetrovatelská péče, kterou prováděly sestry na neurologickém oddělení. V ošetrovatelské péči byly sledovány tyto výkony: hygienická péče, péče o kůži, péče o psychický stav, vyprazdňování, výživa, rehabilitace a komunikace. Pozorování nejčastěji probíhalo v dopoledních hodinách od 6:00 do 14:00 v březnu 2011. Sestry byly pozorovány skrytě a každá jejich činnost byla zaznamenána do pozorovacího archu. Pozorovány byly stejné sestry, se kterými probíhal rozhovor. Při pozorování byla stanovena škála podmínek jednotlivých oblastí sledování:

Hygienická péče- velmi dobře- intimita, péče o tělo, péče o dutinu ústní

Výživa-velmi dobře- správná poloha, prostředí, podávání tekutin

Vyprazdňování- velmi dobře- intimita, správná poloha, hygiena

Rehabilitace- velmi dobře- polohování, dechová cvičení, využití pomůcek

Péče o kůži- velmi dobře- kontrola predilekčních míst, prevence dekubitů, polohování

Komunikace- velmi dobře – s pacientem při péče, mimo péči, s rodinou

S každou chybějící intervencí se snižuje na škále, na dobře a dále uspokojivě. Pokud intervence nebyla provedena, je označena jako neprovedla.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 5 sester pracujících na neurologickém oddělení nemocnice v Děčíně. Sestry byly ve věku 22 let až 49 let. Všechny sestry měly vystudovanou střední zdravotnickou školu a délka jejich praxe byla od 3 do 16 let.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

4.1.1 Přepisy rozhovorů se sestrami

Rozhovor 1

Sestra pracuje na neurologickém oddělení nemocnice v Děčíně. Je jí 22 let. Na neurologickém oddělení pracuje 3 roky.

Jaké zásady dodržujete při poskytování kompletní hygienické péče na lůžku?

„Nejdůležitější je udržování intimity. Na koupel si vždy připravím dva lavory. Jeden na horní část těla a druhý na dolní část těla. Nejdříve omývám vodou, potom mýdlem a potom zase vodou. Snažím se nepoužívat střížnou sílu a s pacientem nešoupu. Nejdříve myji postiženou stranu těla. Po mytí genitálů vždy nemocného namažu Menalindou. Při mytí začínám vždy od hlavy a postupuji dolů. Po umytí každé části těla nemocného osuším ručníkem“.

Jakým způsobem provádíte zvláštní péči o dutinu ústní?

„Provádím ji štětičkami s Borglicerínem nebo Pagavitem. Nejdříve štětičkou otřu zuby, patro, jazyk a dásně. Dám pacientovi napít, aby si mohl vypláchnout ústa. Pod bradu nemocného dám ručník nebo něco jiného, aby nebyl špinavý.“

Jak postupujete při podávání stravy ležícím pacientům?

„Nemocného zvednu do sedu. Pod bradu mu dám bryndák a řeknu mu, že budeme jíst. Pomalu ho krmím. Mezi sousty mu dávám napít podle potřeby. Také ho začínám krmit na jeho postižené straně. Dávám mu přiměřená sousta a nedávám mu něco, co jíst nechce. Po jídle ho omyji.“

Jak upravíte stravu, pokud má pacient porušené polykání?

„Zařídím po domluvě s lékařem stravu mixovanou nebo kašovitou. Pokud nemocný vůbec nejí, po konzultaci s lékařem můžeme zajistit parenterální výživu. Pokud je pacient kachektický, můžeme doporučit nutriční nápoje a zajistíme mu konzultaci s nutričním terapeutem.“

Jak postupujete při vyprazdňování pacienta na lůžku?

„Pokud pacienta nezvládnou sama, zavolám si pomoc. Nemocného otočím na bok a dám pod něj podložní mísu. Zajistím mu na vyprázdnění dostatek času a intimity. Počkám venku, než se pacient vyprázdní a omyji ho. Žádnou speciální polohu nedávám, nechám ho vyprázdnit se vleže. Pokud má pacient permanentní močový katétr, musíme o něj pečovat. Kontrolujeme průchodnost. Při každé hygieně ho umýváme. Sledujeme příměsi v močovém sáčku.“

Jaké přípravky používáte v péči o kůži?

„Menalindu, mastný krém, masážní vody, mentolové gely. Nejdůležitější je promazávání predilekčních míst.“

Jaká znáte predilekční místa v poloze na zádech a na boku?

„U zad je to temeno, lopatky, lokty, sacrum a kříž. V poloze na zádech to bývají dekubity nejčastěji v oblasti sacra. V poloze na boku jsou to kotníky, koleno, bok, rameno a ucho.“

Jak a jakým způsobem polohujete pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Pokud to nezvládnou sama, zavolám si pomoc. Polohuji každé 2 hodiny, někdy každou hodinu. Používám k tomu polohovací pomůcky jako jsou: polštáře mezi nohy, podložky, ruličky do rukou a vatové botičky na paty. Když pacienta obracím na bok na zdravou stranu, tak mu podložím nemocnou ruku a nohu. Ruku mu natáhnu, aby nebyla skrčená. Pokud nemocný leží na zádech, také mu podkládám nemocnou ruku a nohu a do ruky mu dám váleček. Když ho dávám na bok, používám polohovací podložku a podsmyknu nemocného na bok.“

Co musí sestra zohlednit při transportu pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Musím zjistit, jestli se nemocný poveze vsedě nebo vleže. Zajistit, aby mu nepadala postižená strana. Zavolám si pomoc, pokud potřebuji. Obleču pacientovi ponožky a oblečení, aby mu nebyla zima a přikryji ho dekou, podložkou nebo kapnou.“

Jaké rehabilitační úkony provádíte u pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Můžeme s ním provádět dechová cvičení. Dát mu rukavici, aby si správně dýchal. Nebo u něj provádíme pokleповou masáž. Také ho učíme polohovat a v polohách se udržet. Stoleček se všemi věcmi by měl mít na postižené straně, aby se musel snažit hýbat s postiženou stranou. Cvičit s nemocným by měl fyzioterapeut.“

S jakými zdravotnickými pracovníky spolupracujete při péči o pacienta po cévní mozkové příhodě?

„S ergoterapeutem, který pomáhá nemocnému s běžnými úkony. Fyzioterapeut s nemocným rehabilituje. Logoped mu pomáhá s mluvením. Nutriční terapeut se volá, pokud má nemocný problémy s jídlem.“

Jaké hodnotící testy nejčastěji využíváte při péči o pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Mini mental test kvůli zjištění demence. Dále provádíme test Nortonové na riziko vzniku dekubitů. Bartelův test všedních činností a nutriční screenink při zjištění stravovacích návyků.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji využíváte při péči o pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Riziko dekubitů, riziko infekce pokud má pacient permanentní močový katetr nebo permanentní žilní katétr nebo při dekubitech. Také pokud je špatně prováděna hygiena. Dehydratace, malnutrice bývá často při poruchách polykání. Deficit sebepéče při vyprazdňování, hygieně a při výživě.“

Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po CMP?

„Sestra hraje roli nejdůležitější. Za vznik dekubitů vždy může sestra, pokud pacienta špatně polohuje. Pokud u pacienta sestra provádí ošetrovatelskou péči chybně, tak se objevují všechny zmíněné komplikace.“

Rozhovor 2

Sestra pracuje na neurologickém oddělení v Děčíně. Je jí 49 let a na oddělení pracuje 16 let.

Jaké zásady dodržujete při poskytování kompletní hygienické péče na lůžku?

„Připravím si všechny pomůcky, které budu potřebovat. Pokud to jde, abych na pacienta nebyla sama. Pokud to nejde, tak si musím poradit. Zajistím co největší intimitu. Pacient musí vědět, jak celá koupel bude probíhat a koupel doprovázím slovem. Mělo by se začínat dotyky. Záleží na stavu pacienta. Myjeme vždy nejdříve obličej bez mýdla. Potom ruce, tělo a nohy. Při mytí genitálu vždy myjeme ke konečníku nikdy ne obráceně, abychom nezašlechli infekci. Pacienta řádně osušíme. Nikdy nesmí ležet na posteli úplně odkrytý.“

Jakým způsobem provádíte zvláštní péči o dutinu ústní?

„Nerada pracuji s tamponky. Nejčastěji používám Pagavit a zelené štětičky, které si nejsem jistá, jak se jmenují. Pokud má pacient protézu, vždy vyndat a umýt taky. Péče by se neměla týkat jen dutiny, ale v podstatě i rtů a neměla by se dělat jen s hygienou, ale dutina ústní by se měla kontrolovat celý den.“

Jak postupujete při podávání stravy ležícím pacientům?

„Podle soběstačnosti. Když je ležící a je schopen se sám najíst, tak mu dám k rukám všechny potřebné pomůcky, aby to byla záležitost toho, že to, co potřebuje, má u sebe. To se týká i léků. Jídlo na tácku musí být upravené a neměl by být tác politý polívkou nebo kafem. Vše musí být čisté. Vždy říct, že jsem dotyčnému přinesla jídlo a ne mu ho tam jen donést a hodit. Zkontroluji, jestli je všechno v pořádku. Pokud pacienta krmím, dám mu bryndáček a dávám mu malá sousta a mezitím napít. Po jídle ho vždy utřu.“

Jak upravujete stravu, pokud má pacient porušené polykání?

„Pokud má pacient upravenou stravu a špatně polyká, tak například při snídani se ho zeptat nebo mu říct, že mu namočím rohlík do kafe a ne mu to automaticky udělat a dát. Určitě je dobrá domluva s dietní sestrou, pokud pacient jídlo nezvládá, tak mu ho upravit. Pokud je problém s nozogastrickou sondou, tak to, co se podává, určuje lékař. Pokud má zachovalý polykací reflex, tak by se vždy měla upravit strava podle toho, co je schopen pozřít a podle toho mu podávat stravovací doplňky.“

Jak postupujete při vyprazdňování pacienta na lůžku?

„Záleží na tom, jak je člověk schopný. Jestli mu vyhovuje gramofon, nebo jestli je to záležitost podložní mísy. Zajistit dostatečnou intimitu, pokud to jde na záchodě. Zajistit mu pomůcky, pokud je na záchodě. Dát mu toaletní papír. Pokud je to záležitost, že se pacient vyprazdňuje na lůžku, zajistit intimitu. Zajistit klid a nechat mu dostatek času na vyprázdnění. Poloha, pokud se dává podložní mísa, je na zádech. Tato poloha většinou nevyhovuje, tak se snažit vyhovět tomu, co člověk potřebuje. Vyprazdňování je lepší vsedě, protože je to fyziologická poloha. Vždy je dobré, aby si pacient po vyprázdnění mohl umýt ruce.“

Jaké přípravky používáte v péči o kůži?

Respondentka uvádí, že používá Menalindu na všechno. Spreje, pasty, emulze masážní, mycí emulze, mléko a krycí pěna.

Jaká znáte predilekční místa v poloze na zádech a na boku?

„Na zádech jsem zažila nejčastěji v oblasti pat, sacra a u kachektických pacientů jsem zažila i lopatky. U dvou paní jsem zažila dekubity na temeni. Nikdy jsem neviděla dekubity na loktech. Na boku jsem viděla dekubity na kotnících a bocích, ale nesetkala jsem se s dekubity kolenou ani na spánkové kosti, viděla jsem jen zarudlá místa.“

Jak a jakým způsobem provádíte polohování u pacientů po CMP?

„Přes den po 2 hodinách a v noci po 3. Vždy zachovávám plantární flexi. Při poloze na zádech, pomocí botiček nebo bedýnky. Dávám polštáře na bazální stimulaci. Válečky pod kolena a pod paty. V ruce by měli mít molitanové míčky. Když se nachází v poloze na boku, používám polštáře s kuličkami. Je důležité, aby nemocný nepřepadával. Musí být pokrčená horní končetina a pacientovi dát něco mezi kolena.“

Co musí sestra zohlednit při transportu pacienta po CMP?

„Zajistit, jestli bude sedět na křesle nebo na posteli. Pokud má pacient permanentní močový katétr, tak aby byl vždy schovaný pod peřinou a ne vidět na posteli. Zajistit intimitu. Pacient musí být pořádně oblečený a přikrytý. Musí být upravený a se správným doprovodem.“

Jaké rehabilitační úkony provádí sestra u pacienta po CMP?

„Dechovou rehabilitaci a potom pasivní cvičení, kdy vycházíme z toho, jakou má člověk parézu. Je dobré využít částečného pohybu, který má pacient zachovaný. Dále je to záležitosti polohování. Pokud s pacientem například nacvičuje logoped, tak dopomáhat při mluvení.“

S jakými zdravotnickými pracovníky spolupracujete při péči o pacienta po CMP a proč?

„Sanitář, lékaři internista, neurolog a chirurg. Logoped, který učí a pomáhá mluvit. Ergoterapeut, dietní sestry, RHB sestry. Sestra, která má na starosti převazování dekubitů.“

Jaké ošetřovatelské diagnózy nejčastěji stanovujete při péči o pacienta po CMP?

„Riziko infekce. Může se objevit při špatné hygieně. Porušení kožní integrity při dekubitech a permanentní žilní katétr. Deficit sebepěče při vyprazdňování, při jídle, hygieně. Záleží na rozvoji CMP. Poruchy spánku, malnutrice, porušené polykání a například u psychického stavu strach, úzkost a opomíjení jedné strany těla.“

Jaké hodnotící testy využíváte při péči o pacienty po CMP?

Využíváme nejčastěji Nortonovou, kvůli riziku dekubitů. Barthelův test na zjištění aktivit pacienta. Bilanční tabulka, kde zaznamenáváme příjem a výdej tekutin a test na riziko pádu.“

Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po CMP?

„Tu největší, protože to podstatné není záležitost lékaře, ale sestry. Kvalita ošetrovatelské péče se pozná podle toho, jestli se objevují dekubity na oddělení. Do imobilizačního syndromu patří hodně problémů, ale myslím, že dekubity jsou nejvýznamnější problém. Pokud je problém v tromboembolické nemoci nebo ventilaci, tam může něco udělat lékař, ale u dekubitu je to záležitost sestry a ošetrovatelské péče.“

Rozhovor 3

Sestra pracuje na neurologickém oddělení v Děčíně. Na oddělení pracuje 3 roky a je jí 24 let.

Jaké zásady dodržujete při poskytování kompletní hygienické péče na lůžku?

„Hygienickou péči provádím minimálně jednou denně. Při každé hygieně vyměním ložní prádlo a promasíruji klientovy predilekční místa dle jeho přání olejíčkem nebo kafrem. K mytí používám mýdlo. Nikdy nedělám nic, co není pacientovi příjemné. Dbám na pacientovu intimitu.“

Jakým způsobem provádíte zvláštní péči o dutinu ústní?

„Hygienu dutiny ústní a péče o zuby jsou důležitou součástí hygienické péče dvakrát denně. Je důležité zjistit pacientovy návyky a zhodnotit míru soběstačnosti. Jestli si zuby eventuálně zubní protézu zvládne vyčistit sám. U nepohyblivých klientů si připravím kelímek s vodou a brčkem, zubní kartáček, zubní pastu, emitní misku a ručník. Šetrně klientovi čistím zuby a on si sám vyplachuje ústa vodou za pomoci brčka. Popřípadě u těžce nemocných provedu zvláštní péči o dutinu ústní. Do kelímku s roztokem namočíme tamponky. Za pomoci peánu vyčistím jazyk od kořene ke špičce, vytřu patro, tvářovou

sliznici a dutinu ústní od stoliček dopředu. Štětičkami vyčistím plošky zubů a na rozpraskané rty použiji vazelínu nebo nějaký jelení lůj.“

Jak postupujete při podávání stravy ležícím pacientům?

„Nezapomínáme na správnou dietu klienta, kterou určuje lékař a zpracuje nutriční terapeut. K jídlu podáváme dostatek tekutin. Máme porozumění ke klientovi a jsme trpělivé. Klient zaujme polohu v polosedě, pokud nám to zdravotní stav dovolí, kolem krku dáme bryndák. Po dojetí utřeme ústa a dle přání dáme napít.“

Jak upravujete stravu, pokud má pacient porušené polykání?

Respondentka uvedla, že někdy stačí podávat polotuhé až měkké potraviny. Při těžší poruše kašovitou až mixovanou stravu a protlaky. Stravu hodně zapíjet. Porucha polykání může vést ke špatné stravě klienta a k tomu slouží nutri drinky, které jsou určeny k podpůrné výživě.

Jak postupujete při vyprazdňování pacienta na lůžku?

Respondentka uvádí, že důležitá je empatie. „Klient používá k vyprazdňování podložní mísu, kterou donese a odnese sestra. Pro většinu pacientů nutnost vyprazdňování na lůžku v pokoji je nepřirozené a tudíž nepříjemné. V případě inkontinence dbáme na čistotu nemocného a jeho lůžka. Znečištěná místa jsou ohrožená vznikem proleženin.“

Jaké přípravky používáte v péči o kůži?

„Menalind používáme na všechno.“

Jaké znáte predilekční místa při poloze a zádech a na boku?

„Predilekční místa při poloze na zádech jsou: nad kostí křížovou, hýždě, lokty, hřebeny lopatek, okolí hrbolu kosti týlní, nad trnem 7. krčního obratle. Při poloze na boku: ramenní kloub, spánková krajina, lokty, hřeben kosti kyčelní, oblast kyčelního kloubu, zevní strana kolen, kotníky.“

Jak a jakým způsobem polohujete pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Polohujeme 2x denně. Strídáme polohy na zádech a na obou bocích. Postiženou stranu jak na boku, tak na zádech podkládáme polštáři nebo jinými pomůckami. Do ruky vkládáme obinadlo nebo míček, kvůli spasticitě. Polohujeme pomocí polohovacího prostěradla. Pokud to nezvládneme sami, měli bychom si zavolat pomoc. Neděláme nic co je pacientovi nepříjemné. Po celou dobu s pacientem komunikujeme a říkáme mu, co budeme dělat.“

Co musí sestra zohlednit při transportu pacienta po CMP?

„Pacient musí být správně oblečený. Musíme zvolit správný doprovod podle stavu pacienta.“

Jaké RHB úkony provádí sestra u pacienta po CMP?

„Dechovou rehabilitaci, kdy mu dáme rukavici, aby mohl foukat. Můžeme provádět i poklepovou masáž. A provádíme to, co nám doporučí fyzioterapeut.“

S jakými zdravotnickými pracovníky spolupracujete při péči o pacienta po CMP a proč?

„Nejčastěji spolupracuji s ošetřovatelkami a sanitáři. Dále potom s lékaři. Je nutná spolupráce s fyzioterapeutem, který u pacienta provádí rehabilitaci. Dále s dietní sestrou nebo nutričním terapeutem. Při poruchách řeči spolupracuji s logopedem, který učí pacienta správně komunikovat.“

Jaké ošetřovatelské diagnózy nejčastěji stanovujete při péči o pacienta po CMP?

„Nejčastěji riziko infekce, pokud má pacient flexilu nebo permanentní močový katetr. Dále porušené polykání. Může se objevit průjem nebo zácpa. Dále dehydratace, bolest, riziko pádu. Při dekubitech, porušená kožní integrita.“

Jaké hodnotící testy využíváte při péči o pacienta Po CMP?

„Test Nortonové na dekubity. Bilanční tabulku tekutin. Tabulku na teploty. Tabulku na riziko pádu a nutriční screening.“

Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po CMP?

„Určitě tu největší. Sestra se stará o celou ošetrovatelskou péči. Pokud ji provádí špatně, může se stav pacienta hodně zhoršit. Sestra tráví s pacientem nejvíce času a může ovlivnit celý průběh nemoci.“

Rozhovor 4

Sestra pracuje na neurologickém oddělení v Děčíně. Je jí 34 let a na oddělení pracuje 9 let.

Jaké zásady dodržujete při poskytování kompletní hygienické péče na lůžku?

„Zajistíme si hygienické potřeby (mýdlo, ručník, žínku), čisté pyžamo, nádobu s teplou vodou. Zajistíme intimitu klienta. Postupně ho svlékáme, dbáme na to, aby neležel zbytečně v posteli nahý, když třeba zrovna myjeme hlavu. Začínáme od hlavy, dále celé tělo. Obličej jen vodou ne mýdlem. Nezapomeneme na záda. Genitál až na konec, vezmeme na něj novou vodu. Pak ho utřeme pořádně do sucha, aby nevznikaly opruzeniny. Promažeme suchá místa. Pokud má plenu, tak čistou košili. Dle potřeby ostriháme nehty, popřípadě umyjeme vlasy. Hygiena dutiny ústní. Pokud namočíme některou část povlečení, tak ho vyměníme.“

Jakým způsobem provádíte zvláštní péči o dutinu ústní?

Respondetka uvedla, že nejprve vyndá a vyčistí protézu. Dutinu ústní čistí štetičkami s borglycerinem.

Jak postupujete při podávání stravy ležícím pacientům?

„Klienta dáme do polohy vsedě nebo polosedě, dle jeho možností. Musí být stabilní. Stravu mu nakrájíme na menší kousky. Dáme mu něco pod bradu, aby se neušpinil. Pokud jí sám, dáme mu jídlo před něj na stoleček, aby se dokázal sám najíst, nebo ho krmíme, pokud nezvládne jíst sám.“

Jak upravujete stravu, pokud má pacient porušené polykání?

„Objednáme mu kašovitou popřípadě tekutou dietu. Podle toho, jak je schopen polykat. V případě, že není schopen polykat vůbec, zavedeme sondu a stravu podáváme sondou po domluvě s lékařem.“

Jak postupuje při vyprazdňování pacienta na lůžku?

„Zajistíme mu soukromí. Požádáme, zda by se mohl nadzvednout. Zasuňme pod něj mísu. Necháme ho v klidu na míse, požádáme ho, aby na nás zazvonil, až bude hotov. Poté mísu vyjmeme, přiklopíme poklopem. Dáme pacientovi možnost, aby se utřel nebo ho utřeme. Umožníme mu umýt si ruce. Mísu odneseme, vydezinfikujeme, uklidíme. V případě močení můžeme pustit například vodu, aby se klient snáze vymočil.“

Jaké přípravky používáte v péči o kůži?

„V místech kde je riziko opruzenin a proleženin používáme Menalindu. Na záda většinou větrové emulze a na paty a nohy vazelínu.“

Jaká znáte predelikční místa při poloze a zádech a na boku?

Respondentka uvádí, že na zádech to bývá nejčastěji hlava, ramena, lopatky, hýždě, paty a lokty. Na boku rameno, kyčle, koleno, kotník.

Jak a jakým způsobem polohujete pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Frekvence je dle ordinace lékaře, cca 2krát za 4 hod. Záleží na postižené části těla, ale poloha musí být pacientovi příjemná, bezpečná. Polohujeme i ochrnuté končetiny, např. do postižené ruky vkládáme masážní míčky. Stolek a jiné osobní věci umísťujeme na postiženou stranu, aby při manipulaci na stolku si končetiny uvědomoval.“

Co musí sestra zohlednit při transportu pacienta po CMP?

„Že má omezenou pohyblivost, zajistit končetiny, aby se nezranil. Transport s doprovodem. Pacient musí být řádně oblečen.“

Jaké RHB úkony provádí sestra u pacienta po CMP?

Respondentka uvádí, že nejčastěji provádí polohování. Dále také nácvik denní činnosti. Rehabilitaci končetin v lůžku, nácvik sedu. Nácvik samostatnosti v rámci lůžka, později i mimo lůžko. Po dobu hospitalizace pomáhá pacientovi při chůzi.

S jakými zdravotnickými pracovníky spolupracujete při péči o pacienta po CMP a proč?

„Fyzioterapeut zajišťuje rehabilitaci. Ergoterapeut nácvik denních činností. Nutriční terapeut správnou výživu klienta. Logoped v případě poruch s řečí. Psycholog může pomoci s vyrovnáním se například vzniklé invalidity, sociální sestra může pomoci v sociálním zázemí, například když nefunguje rodina nebo je klient sám a je starý.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji stanovujete při péči o pacienta po CMP?

„Narušený obraz vlastního těla, deficit tekutin, narušená kožní integrita, omezená hybnost, bohužel si přesné ošetrovatelské diagnózy nepamatuji.“

Jaké hodnotící testy využíváte při péči o pacienta po CMP?

„ADL, Barthelův test běžných denních činností. Při příjmu hodnotíme riziko pádu a zakládáme bilanční tabulku tekutin. Provádíme také test Nortonové na zjištění rizika dekubitů.“

Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po CMP?

„Imobilizačnímu syndromu sestra může předejít správným polohováním, správou manipulací s klientem, dostatečnou hydratací a výživou. Podporuje ho, nutí ho, aby se snažil sám se obstarat. Její úloha je nezbytná a nejdůležitější. Může předejít mnoha komplikacím, která jsou s imobilizačním syndromem spjata.“

Rozhovor 5

Sestra pracuje na neurologickém oddělení v Děčíně. Na oddělení pracuje 4 roky. Je jí 26 let.

Jaké zásady dodržujete při poskytování kompletní hygienické péče na lůžku?

„Důležité je zapojit jeho postiženou stranu. Zajistíme pacientovi intimitu. Začínáme mýt od obličeje, který myjeme bez mýdla. Dále myjeme ruce, tělo a záda. Vyměníme si vodu a umyjeme genitál a hýždě. Genitál myjeme ke konečníku, abychom nezanесли infekci. Po omytí pacienta osušíme. Vyměníme špinavé prádlo a pacientovo oblečení.“

Jakým způsobem provádíte zvláštní péči o dutinu ústní?

„Nejčastěji štětičkami s borhllycerínem. Pacientovi necháme vypláchnout ústa. Omýváme jazyk, dásně i patro. Rty namažeme lojem. Pokud má pacient protézu, vyndáme a vyčistíme. Nejčastěji provádíme po snídani.“

Jak postupujete při podávání stravy ležícím pacientům?

„Musí být čistý stoleček a upravené jídlo. Nemělo by být nic vylité na tácku. Zjistíme úroveň soběstačnosti. Pokud se pacient nají sám, dáme mu vše, aby na to dosáhl. Pokud se pacient sám nenají, krmíme ho z jeho postižené strany. Pravidelně pacientovi podáváme tekutiny. Po jídle pacienta umyjeme a sklidíme jídlo.“

Jak upravujete stravu, pokud má pacient porušené polykání?

„Po domluvě s lékařem mu zajistíme tekutou nebo mixovanou stravu. Zajistíme bilanci tekutin. Při nemožnosti polykání podáváme stravu sondou.“

Jak postupuje při vyprazdňování pacienta na lůžku?

„Zajistíme intimitu. Mísa musí být čistá. Pacientovi na vyprázdnění necháme dostatek času. K ruce mu dáme signalizační zařízení. Po vyprázdnění pacient zazvoní a utřeme ho. Vyprazdňovat by se měl pacient v polosedě nebo vsedě.“

Jaké přípravky používáte v péči o kůži?

Respondentka uvádí, že nejčastěji používá Menalind. Dále emulze, krémy, spreje. Nejčastěji promazáváme predilekční místa. Pod prsa dáváme Rybilku.

Jaká znáte predelikční místa při poloze na zádech a na boku?

„U zad to jsou to lopatky, ramena a nejčastěji se objevují dekubity na sacru. Na boku jsou to ramena, loket, hřeben kosti kyčelní, koleno, kotníky a malíčky.“

Jak a jakým způsobem polohujete pacienta po cévní mozkové příhodě?

„Pacienta polohujeme individuálně dle potřeby. Nejčastěji však po dvou hodinách. Při poloze na zádech a na boku podkládáme horní i dolní končetinu. Zajistit polohu, aby v ní pacient ležel a nepřepadával. Používáme k tomu polštáře, hady, věnečky nebo vatové botičky. Při polohování ze zad na bok pacienta chytíme za rameno a bok a přetočíme. Dolní končetina je pokrčená“

Co musí sestra zohlednit při transportu pacienta po CMP?

„Pacientovi musíme zajistit doprovod. Buď sanitáře nebo sestru. Pacienta musíme obléknout. Zajistit intimitu. Podle stavu pacienta vezeme na sedačce vsedě nebo na lehátku.“

Jaké RHB úkony vykonává sestra u pacienta po CMP?

„Provádíme dechová cvičení. Správně pacienta polohujeme. A pokud nám fyzioterapeut zadá nějaká cvičení, které máme s pacientem procvičovat.“

S jakými zdravotnickými pracovníky spolupracujete při péči o pacienta po CMP a proč?

„S fyzioterapeutem, který s pacientem rehabilituje. Spolupracujeme s lékaři nejčastěji s neurology. Ergoterapeut pomáhá pacientovi s běžnými činnostmi. Můžeme domluvit také konzultaci s psychologem a dietní sestrou.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji stanovujete při péči o pacienta po CMP?

„Nejčastější diagnóza je riziko infekce. Dále potom porušená kůže u dekubitů. Porucha řeči, průjem, zácpa, porušený obraz těla.“

Jaké hodnotící testy využíváte při péči o pacienta po CMP?

„Při hodnocení dekubitů používáme test Nortonové. Barthelův test využíváme na zjištění činnosti pacienta. Riziko pádu a bilanci tekutin.“

Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po CMP?

„Nejdůležitější roli. Může zabránit veškerým komplikacím. Je důležité, aby spolupracovala s ostatními zdravotníky.“

4.1.2 Kategorizované výsledky rozhovorů

Tabulka 1 Zajištění kompletní hygienické péče sestrou

	S1	S2	S3	S4	S5
Intimita	X	X	X	X	X
Umývat z postižené strany	X				X
Při mytí sušit ručníkem	X	X	X	X	X
Pomůcky u ruky	X	X		X	X
Komunikovat		X			
Promazat predilekční místa			X		
Myjeme od hlavy	X	X	X	X	X

Sestra 1 uvedla, že u pacienta vždy dodržuje intimitu a pacienta umývá z postižené strany. Připraví si pomůcky k ruce. Při mytí pacienta osuší ručníkem. Pacienta umývá od hlavy. Sestra 2 uvedla, že u pacienta dodržuje intimitu. Všechny pomůcky si připraví k ruce. Pacienta suší ručníkem. Po celou dobu komunikuje. Pacienta umývá od hlavy. Sestra 3 uvedla, že dodržuje intimitu, při mytí vždy suší ručníkem a myje pacienta od hlavy. Uvedla také, že promaže predilekční místa. Sestra 4 uvedla, že dodržuje intimitu, při mytí pacienta suší ručníkem a všechny pomůcky si připraví k ruce. Pacienta myje od hlavy a promaže predilekční místa. Sestra 5 také dodržuje intimitu. Umývá pacienta od hlavy a z pacientovi postižené strany. Připraví si pomůcky k ruce a při mytí pacienta osuší ručníkem.

Tabulka 2 Zajištění zvláštní péče o dutinu ústní sestrou

	S1	S2	S3	S4	S5
Borglicerínem	X		X	X	X
Pagavitem	X	X			
Umýt zuby, patro dásně	X	X	X		
Umýt protézu	X		X	X	X
Namazat rty					X

Sestra 1 uvedla, že na péči o dutinu ústní používá Pagavit nebo Borglicerín. Umyje zuby, patro a dásně. Umyje pacientovi protézu. Sestra 2 uvedla, že používá Pagavit a umývá zuby, patro a dásně. Sestra 3 uvedla, že používá Borglicerín, umývá zuby, patro a dásně. Pokud má pacient protézu, umyje ji. Sestra 4 uvedla, že dutinu ústní čistí Borglicerínem a umyje protézu. Sestra 5 uvedla, že používá Borglicerín, umyje protézu a pacientovi namaže rty.

Tabulka 3 Zajištění podávání stravy ležícím pacientům sestrou

	S1	S2	S3	S4	S5
Upravené jídlo		X	X	X	X
Dostatek tekutin	X	X	X	X	X
Omýt po jídle		X		X	X
Malá sousta	X	X	X		
Zhodnotit soběstačnost		X			

Sestra 1 uvedla, že dává pacientovi při jídle malá sousta a podává dostatek tekutin. Sestra 2 uvedla, že u pacienta zhodnotí soběstačnost. Pacientovi dá jídlo upravené a dává pacientovi malá sousta a dostatek tekutin. Po jídle ho omyje. Sestra 3 uvedla, že pacientovi dá jídlo upravené. Podává mu dostatek tekutin a po jídle pacienta omyje. Sestra 4 uvedla, že pacientovi dá upravené jídlo, podává dostatek tekutin a po jídle ho umyje. Sestra 5 uvedla, že pacientovi podává jídlo upravené, podává mu dostatek tekutin a po jídle pacienta omyje.

Tabulka 4 Úprava stravy při porušeném polykání

	S1	S2	S3	S4	S5
Úprava diety	X	X	X	X	X
Parenterální výživa	X				
Nutridrinky	X		X		
Nozogastrická sonda		X		X	X

Sestra 1 uvedla, že navrhne úpravu diety, parenterální výživu a nutridrinky. Sestra 2 s lékařem konzultuje úpravu diety a nozogastrickou sondu. Sestra 3 uvedla, že konzultuje úpravu diety a nutridrinky. Sestra 4 uvedla, že prokonzultuje úpravu diety a nozogastrickou sondu. Sestra 5 uvedla, že navrhne lékaři úpravu diety a nozogastrickou sondu.

Tabulka 5 Zásady v péči o vyprazdňování

	S1	S2	S3	S4	S5
Intimita	X	X			X
Dostatek času	X	X		X	X
Čistota pacienta	X		X	X	X
Zajistit potřebné pomůcky		X			
Nechat umýt ruce		X		X	
Poloha vsedě		X	X		X

Sestra 1 uvedla, že dodržuje intimitu, nechá pacientovi dostatek času a očistí pacienta. Sestra 2 uvedla, že dodržuje intimitu a nechá pacientovi dostatek času. Zajistí pacientovi všechny dostupné pomůcky. Nechá pacienta, aby si umyl ruce. Pacienta dá do polohy vsedě. Sestra 3 uvedla, že dá pacienta do sedu a po vyprázdnění ho očistí. Sestra 4 uvedla, že pacientovi nechá dostatek času, dá ho do polohy vsedě a nechá pacienta, aby si umyl ruce. Sestra 5 uvedla, že zajistí intimitu, nechá pacientovi dostatek času a po vyprázdnění pacienta očistí. Pacienta dá do polohy vsedě.

Tabulka 6 Přípravky v péči o kůži

	S1	S2	S3	S4	S5
Manalind	X	X	X	X	X
Mentolové gely	X				
Vazelína				X	
Rybilka					X

Sestra 1 uvedla, že používá na kůži Menalind a na záda Mentolové gely. Sestra 2 uvedla, že používá Menalind stejně jako sestra 3. Sestra 4 uvedla, že používá Menalind a Vazelínu na paty. Sestra 5 uvedla, že používá Menalind a Rybilku na hýždě.

Tabulka 7 Znalost predilekčních míst na zádech

	S1	S2	S3	S4	S5
Temeno	X	X	X	X	
Lopatky	X	X	X	X	X
Lokty	X	X	X	X	
Sacrum	X	X	X	X	X
Paty		X	X		
Ramena			X		X

Sestra 1 uvedla jako predilekční místa na zádech boky, lopatky, lokty, sacrum. Sestra 2 uvedla temeno, lopatky, lokty, sacrum a paty. Sestra 3 uvedla jako predilekční místa temeno, lopatky, lokty, sacrum, paty a ramena. Sestra 4 uvedla temeno, lopatky, lokty a sacrum. Sestra 5 uvedla lopatky, sacrum a rameno.

Tabulka 8 Znalost predilekčních míst na boku

	S1	S2	S3	S4	S5
Kost spánková		X	X		
Ucho	X				
Rameno	X		X	X	X
Kost kyčelní	X	X	X	X	X
Koleno	X	X	X	X	X
Kotník	X	X	X	X	X
Malíček					X

Sestra 1 uvedla, že predilekční místa na boku jsou ucho, rameno, kost kyčelní, koleno a kotník. Sestra 2 uvedla jako predilekční místa kost spánkovou, kost kyčelní, koleno a kotník. Sestra 3 uvedla kost spánkovou, rameno, kost kyčelní, koleno a kotník. Sestra 4 uvedla jako predilekční místa rameno, kost kyčelní, koleno a kotník. Sestra 5 uvedla rameno, kost kyčelní, koleno, kotník a malíček.

Tabulka 9 Způsob polohování pacienta po CMP

	S1	S2	S3	S4	S5
Každé 2 hodiny	X	X	X	X	X
S dopomocí	X	X			
Polohovací pomůcky	X	X		X	X
Podkládáme ruku a nohu	X	X			X
Komunikujeme			X		
Stoleček na postižené straně			X		

Sestra 1 uvedla, že pacienta polohuje každé 2 hodiny s dopomocí. Používá polohovací pomůcky a podkládá jimi ruku a nohu. Sestra 2 uvedla, že polohuje také 2 hodiny s dopomocí. Používá polohovací pomůcky a také podkládá ruku a nohu. Sestra 3 uvedla, že polohuje každé 2 hodiny, s pacientem po celou dobu komunikuje a dá mu stoleček na jeho postiženou stranu. Sestra 4 uvedla, že polohuje každé 2 hodiny a používá polohovací pomůcky. Sestra 5 uvedla, že polohuje každé 2 hodiny, používá polohovací pomůcky a podkládá pacientovi ruku a nohu.

Tabulka 10 Zásady při transportu pacienta

	S1	S2	S3	S4	S5
Určit polohu na převoz	X	X			X
Zajistit doprovod	X	X	X	X	X
Správné oblečení	X	X	X	X	X
Intimita		X			X

Sestra 1 uvedla, že u pacienta určí polohu na převoz, zajistí mu doprovod a správné oblečení. Sestra 2 uvedla, že určí v jaké poloze pacient pojedě, zajistí mu doprovod, správné oblečení a zajistí intimitu. Sestra 3 uvedla, že zajistí doprovod na převoz a správné oblečení. Sestra 4 uvedla, že zajistí správné oblečení a doprovod. Sestra 5 uvedla, že určí správnou polohu pacienta, zajistí mu doprovod a správné oblečení. Zajistí pacientovi intimitu.

Tabulka 11 RHB úkony, které provádí sestra

	S1	S2	S3	S4	S5
Dechová cvičení	X		X		X
Polohování	X	X		X	X
Stolek a věci na postižené straně	X			X	
Komunikace		X			

Sestra 1 uvádí, že u pacienta provádí dechovou rehabilitaci, polohování a stolek se všemi věcmi mu dá na postiženou stranu. Sestra 2 uvádí, že u pacienta provádí polohování a dopomáhá mu ke správné komunikaci. Sestra 3 provádí u pacienta dechová cvičení. Sestra 4 provádí polohování a stolek přesune na postiženou stranu. Sestra 5 u pacienta provádí dechová cvičení a polohování.

Tabulka 12 Spolupracovníci při ošetrovatelské péči

	S1	S2	S3	S4	S5
Ergoterapeut	X	X		X	X
Fyzioterapeut	X	X	X	X	X
Logoped	X	X	X	X	
Dietní sestra	X	X	X	X	X
Neurolog		X			X
Převazová sestra		X			
Ošetrovatel		X	X		
Sanitář		X	X		
Psycholog				X	X

Sestra 1 uvedla, že spolupracuje s ergoterapeutem, fyzioterapeutem logopedem a dietní sestrou. Sestra 2 uvedla, že spolupracuje s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem. Dále také s dietní sestrou, neurologem, převazovou sestrou s ošetrovatel a sanitářem. Sestra 3 uvedla, že spolupracuje s fyzioterapeutem, logopedem, dietní sestrou a pokud je potřeb, tak s psychologem. Sestra 4 uvedla, že spolupracuje s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem. Dále také s dietní sestrou a psychologem. Sestra 5 uvedla, že spolupracuje s ergoterapeutem, fyzioterapeutem, dietní sestrou a neurologem. Pokud je potřeba spolupracuje s psychologem.

Tabulka 13 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy

	S1	S2	S3	S4	S5
Riziko infekce	X	X	X		X
Porušené vyprazdňování					X
Deficit sebepěče	X	X			
Porušená kožní integrita		X	X	X	X
Dehydratace	X		X		
Opomíjení jedné strany těla		X		X	X

Sestra 1 uvedla jako nejčastější diagnózy riziko infekce, deficit sebepěče a dehydrataci. Sestra 2 uvedla riziko infekce, deficit sebepěče, porušenou kožní integritu a opomíjení jedné části těla. Sestra 3 uvedla riziko infekce, porušenou kožní integritu a dehydrataci. Sestra 4 uvedla jako nejčastější diagnózu porušenou kožní integritu a opomíjení jedné části těla. Sestra 5 uvedla riziko infekce, porušené vyprazdňování, porušenou kožní integritu a opomíjení jedné části těla.

Tabulka 14 Používání hodnotících testů

	S1	S2	S3	S4	S5
Nortonová	X	X	X	X	X
Bartel	X	X		X	X
Nutriční screening	X		X		
Bilanční tabulka tekutin		X	X		X
Mini mental test	X				
Riziko pádu		X	X		X

Sestra 1 uvedla, že využívá test Nortonové, Barthelové, nutriční screening a mini mental test. Sestra 2 uvedla, že využívá test Nortonové a Barthelové. Dále také bilanční tabulku tekutin a riziko pádu. Sestra 3 uvedla, že využívá test Nortonové, Barthelové, nutriční screening, bilanční tabulku tekutin a riziko pádu. Sestra 4 uvedla, že využívá test Nortonové a Barthelové. Sestra 5 uvedla, že využije test Nortonové a Barthelové. Dále také bilanční tabulku tekutin a riziko pádu.

Tabulka 15 Úlohu sestry při prevenci imobilizačního syndromu

	S1	S2	S3	S4	S5
Nejdůležitější, může zabránit komplikacím	X	X	X	X	X
Za vznik dekubitů může sestra	X	X			
Ovlivňuje celý průběh nemoci		X	X	X	
Spolupracovat s ostatními zdravotnickými pracovníky					X

Sestra uvedla, že úloha sestry je nejdůležitější, protože může zabránit komplikacím a sestra může vždy za vznik dekubitů. Sestra 2 uvedla, že sestra může zabránit komplikacím, také může za vznik dekubitů a může ovlivnit celý průběh nemoci. Sestra 3 uvedla, že sestra může zabránit komplikacím a může ovlivnit průběh nemoci. Sestra 4 uvedla, že sestra může zabránit komplikacím a může ovlivnit průběh nemoci. Sestra 5 uvedla, že sestra hraje nejdůležitější roli a je důležité, aby spolupracovala s ostatními spolupracovníky.

4.2 Výsledky skrytého zúčastněného pozorování

Sestra 1

Hygienická péče: Sestra prováděla u pacienta na lůžku. Po celou dobu sestra s pacientem nekomunikovala a nedodržovala intimitu. Péči o dutinu ústní sestra provedla Pagavitem. Pacient neměl zubní protézu.

Výživa: Sestra pacientovi dopomáhala při jídle. Jídlo přinesla upravené. Pacienta dala do polohy vsedě. Pravidelně podávala tekutiny a pacientovi dopomáhala z jeho zdravé strany.

Vyprazdňování: Pacient se vyprazdňuje na lůžku na podložní mísu. Sestra pacienta nechala vyprázdnit vleže. Po vyprázdnění pacienta umyla.

Polohování: Sestra pacienta polohovala každé 2 hodiny. Pacient se v poloze udržel sám. Sestra použila jako polohovací pomůcku polštář, který za pacienta vložila. Jiné pomůcky sestra nepoužila. Dechová cvičení sestra neprováděla.

Péče o kůži: Sestra pacientovi promazala Menalindem ohrožená místa při ranní hygieně. Přes den predilekční místa nekontrolovala.

Komunikace: Sestra s pacientem málo komunikovala. Neříkala mu, jaké úkony u něj provádí.

Sestra 2

Hygienická péče: Sestra prováděla hygienickou péči v koupelně. Dodržovala intimitu a s pacientem po celou dobu komunikovala. Pacient měl zubní protézu, kterou sestra vyndala a umyla. Sestra dopomohla pacientovi při holení

Výživa: Pacient jedl sám. Sestra přinesla jídlo na vylitém tácu, ale tác utřela. Pacient jedl vsedě.

Vyprazdňování: Pacient chodil s dopomocí na WC. Sestra ho doprovázela. Pokaždé pacientovi nechala čas, aby si mohl umýt ruce a upravit se. Polohování: Pacient se polohoval sám. Neměl u sebe žádné polohovací pomůcky. Dechová ani jiná cvičení sestra u pacienta neprováděla.

Péče o kůži: Sestra u pacienta nekontrolovala predilekční místa. Po ranní

hygieně sestra namazala pacientovi záda emulzí.

Komunikace: Sestra s pacientem po celou dobu komunikovala. Sestra spolupracovala s rodinou.

Sestra 3

Hygienická péče: Sestra prováděla hygienickou péči na lůžku. Nedodržovala intimitu a pacientem málo komunikovala. Sestra u pacienta neprovedla zvláštní péči o dutinu ústní.

Výživa: Sestra pacienta krmila z jeho postižené strany. Pacienta krmila vsedě. Při jídle pacientovi nepodávala tekutiny. Po jídle pacienta utřela.

Vyprazdňování: Pacient měl permanentní močový katétr a pleny. Vyprazdňoval se na lůžku. Sestra pacienta podle potřeby přebalovala. Nedodržovala intimitu.

Polohování: Sestra pacienta polohovala každé 2 hodiny pomocí polštářů. Pacientovi dávala na nohy molitanové botičky. Jiné antidekubitární pomůcky nepoužívala.

Péče o kůži: Sestra po ranní hygieně pacientovi namazala predilekční místa. Poté už je nekontrolovala.

Komunikace: Sestra s pacientem málo komunikovala. Byla netrpělivá.

Sestra 4

Hygienická péče: Sestra u pacienta prováděla hygienickou péči na lůžku. U pacienta dodržovala intimitu. Po celou dobu s pacientem komunikovala. Při péči o dutinu ústní sestra pacientovi vyndala a umyla protézu. Dále mu také ústa vytřela Pagavitem.

Výživa: Sestra pacienta krmila z jeho postižené strany. Táč s jídlem, který sestra přinesla, byl čistý. Sestra pravidelně podávala tekutiny po celou dobu jídla.

Vyprazdňování: Pacient se vyprazdňoval na podložní mísu. Poloha při vyprazdňování byla vleže. Sestra nechala pacientovi dostatek času a po vyprázdnění pacienta umyla. Nenechala pacienta, aby si mohl umýt ruce.

Polohování: Sestra pacienta polohovala každé 2 hodiny pomocí polštářů. Při polohování pacientovi sestra podkládala horní i dolní končetinu. Dechová cvičení u pacienta neprováděla.

Péče o kůži: Při hygieně sestra pacientovi namazala záda emulzí a všechna ohrožená místa Menalindem. Dále predilekční místa nekontrolovala.

Komunikace: Sestra s pacientem po celou dobu komunikovala. Vysvětlovala mu všechny úkony, které u něj prováděla. Byla trpělivá a na pacienta nespěchala.

Sestra 5

Hygienická péče: Sestra prováděla hygienickou péči na lůžku. U pacienta dodržovala intimitu. S pacientem komunikovala. Pacient neměl zubní protézu a sestra dutinu ústní vytřela Pagavitem.

Výživa: Pacientovi byla zavedena nozogastrická sonda a sestra pacientovi sondou stravu podávala. Při podávání stravy sondou sestra pacientovi neodsála žaludeční obsah. Při krmení, sestra sondu pokaždé propláchla čajem. Po celou dobu s pacientem nekomunikovala. Pacient byl při podávání stravy v polosedě.

Vyprazdňování: Pacient měl zaveden permanentní močový katétr. Vyprazdňoval na lůžku. Po vyprázdnění sestra pacientovi pravidelně přebalovala a umývala.

Rehabilitace: Sestra pacienta polohovala po 2 hodinách. Dechovou rehabilitaci i pacienta neprováděla.

Péče o kůži: Při ranní hygieně sestra pacientovi namazala oblast sacra Menalindem. Predilekční místa nekontrolovala.

Komunikace: Sestra s pacientem nekomunikovala při podávání stravy sondou. Při ostatních úkonech s pacientem komunikovala.

4.3 Kategorizované výsledky pozorování

	S1	S2	S3	S4	S5
Hygiena	Provedla dobře	Provedla velmi dobře	Provedla uspokojivě	Provedla velmi dobře	Provedla velmi dobře
Výživa	Provedla velmi dobře	Provedla velmi dobře	Provedla dobře	Provedla velmi dobře	Provedla uspokojivě
Vyprazdňování	Provedla dobře	Provedla velmi dobře	Provedla dobře	Provedla dobře	Provedla dobře
Rehabilitace	Provedla dobře	Proveden uspokojivě	Provedla dobře	Provedla dobře	Neprovedla
Péče o kůži	Provedla uspokojivě	Provedla dobře	Provedla dobře	Provedla dobře	Provedla uspokojivě
Komunikace	Neprovedla	Provedla velmi dobře	Provedla uspokojivě	Provedla v dobře	Provedls uspokojivě

Při pozorování byla stanovena škála podmínek jednotlivých oblastí sledování:

Hygienická péče- Velmi dobře- intimita, péče o tělo, péče o dutinu ústní

Výživa- Velmi dobře- správná poloha, prostředí, podávání tekutin

Vyprazdňování- Velmi dobře- intimita, správná poloha, hygiena

Rehabilitace- Velmi dobře- polohování, dechová cvičení, využití pomůcek

Péče o kůži- Velmi dobře- kontrola predilekčních míst, prevence dekubitů, polohování

Komunikace- Velmi dobře – s pacientem při péči, mimo péči, s rodinou

S každou chybějící intervencí se snižuje na škále, na dobře a dále uspokojivě. Pokud intervence nebyla provedena, je označena jako neprovedla.

5. DISKUZE

V bakalářské práci s názvem *Úloha sestry v prevenci imobilizačního syndromu po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení* jsem se snažila zjistit teoretické znalosti a praktické dovednosti sester pracujících na neurologickém oddělení. Byly provedeny rozhovory se sestrami z neurologického oddělení v Děčíně, které byly doplněny jejich skrytým pozorováním na neurologickém oddělení.

První oblastí našeho zájmu, byla hygienická péče. Při hygienické péči je podle Vytejkové (2011) velmi důležitá intimita, kterou v rozhovoru zmínily všechny sestry. Podle výsledku pozorování je ale jasné, že sestry intimitu nedodržují nebo jen v malé míře. Všechny sestry také uvedly, že při hygieně pacienta rovnou suší ručníkem, stejně jako uvádí Krišková (2001). Dle mého názoru je velmi důležitá kontrola a promazávání predilekčních míst. Bohužel v rozhovoru uvedla jen jedna sestra, že místa promazává. Proto mě překvapilo, že při pozorování všechny dotyčné sestry pacienta namazaly, dále ale predilekční místa už nekontrolovaly. Při hygieně je důležitá komunikace. Vysvětlit pacientovi, co budeme dělat a celou hygienu doprovázet slovem. Jen jedna sestra uvedla, že po celou dobu s pacientem komunikuje. Při pozorování jsem zjistila, že sestry s pacientem komunikovaly velmi málo nebo vůbec.

Další oblastí, kterou se zabýváme, je zvláštní péče o dutinu ústní. Při rozhovoru sestry nejčastěji uváděly, že pacientovi ošetřují dutinu ústní pomocí Pagavitu nebo Borglicerínem. Vytejková (2011) uvádí, že je důležité umýt pacientovi jazyk, patro, dásně a všechny zubní plochy. Při pozorování sestry sice péči o dutinu ústní prováděly, ale pacientovi jen vytřely ústa Pagavitem. Jen jedna sestra pacientovi ošetřila ústa lojem, což si myslím, by měla sestra provádět pokaždé.

Dále jsme zjišťovali, jak sestra podává stravu ležícím pacientům. Všechny sestry uvedly, že jídlo by mělo být upravené, stejně jako uvádí ve své publikaci Slezáková (2002). Myslím si, že při jídle je nutné podávat dostatek tekutin, což uvedly v rozhovoru všechny sestry a při pozorování tekutiny podávaly. O tom, že pacient by měl být po jídle vždy upraven, což považuji za samozřejmou součást péče, se v rozhovoru zmínily je tři sestry.

Další oblastí našeho zájmu byla úprava stravy při porušeném polykání. Všechny

sestry uvedly, že je nutné u pacienta upravit dietu, což je i můj názor. Při praxi na neurologickém oddělení jsem vyzorovala, že mají pacienti často nevhodnou stravu, a pokud nechtějí nebo nemohou jíst, sestry jim žádné jídlo nepodají. Pokud pacient nemůže vůbec polykat, je podle Slezákové (2002) vhodné zavést nozogastrickou sondu po konzultaci s lékařem. Se Slezákovou souhlasí tři sestry, které se v rozhovoru o nozogastrické sondě zmínily. Sestry v rozhovoru také uvedly, že by prokonzultovaly s lékařem možnost doplnit stravu nutridrinky, což uvádí také Vytejšková (2011), ovšem jen jako doplněk, ne však jako samostatné jídlo.

Dále jsme se zabývali péčí o vyprazdňování. Podle Vytejškové (2011) je při vyprazdňování na lůžku velmi důležitá správná poloha, a pokud to pacientův stav dovoluje, je vždy dobré, dát ho do přirozené polohy, tedy do sedu nebo polosedu. Správnou polohu uvedly v rozhovoru jen tři sestry. Při pozorování nechaly všechny sestry pacienta vyprázdnit vleže. Dle mého názoru je důležité nechat pacientovi dostatek času na vyprázdnění, ale při mé praxi často sestry stály u pacienta a nutily ho, aby se vyprázdnil. Jak uvádí Krišková (2001), pacient by měl mít možnost umýt si ruce, ale při pozorování jen jedna sestra nechala pacienta umýt si ruce.

Častou komplikací cévní mozkové příhody jsou dekubity, proto nás zajímalo, jaké přípravky sestry používají v péči o kůži. Nejčastěji sestry odpovídaly: „*Na vše používáme Menalind.*“ Jen málo sester se v rozhovoru zmínilo, že používají i jiné přípravky. Ze zkušenosti z praxe na neurologickém oddělení vyvozují, že sestry mají k dispozici málo přípravků na péči o kůži a ty, které k dispozici mají, nevyužívají.

Dále jsme se sester ptali, jaká znají predilekční místa v poloze na boku a na zádech, a kde na těle se s nimi setkávají nejčastěji. Většina sester uvedla, že nejčastěji se setkaly s dekubity na patách a na sacru, které jsem za svou praxi viděla také nejčastěji. Některé sestry uvedly, že se setkaly s dekubity na temeni hlavy. V poloze na boku sestry uváděly nejčastější místa hřeben kosti kyčelní, kolena a kotníky. Jedna sestra uvedla, že se dokonce setkala s dekubitem na malíčku u nohy, což jsem za svou praxi nikdy neviděla.

Do prevence dekubitů zařazujeme také polohování, a proto jsme chtěli zjistit, jakým způsobem sestry pacienta polohují. Podle Pfeiffera (2007) by měla být poloha

pacienta upravována a měněna každých 40 minut. Všechny sestry v rozhovoru uvedly, že pacienta je nutné polohovat po 2 hodinách. Při pozorování sestry pacienta po dvou hodinách polohovaly a také vše zaznamenávaly do polohovacího archu. Sestry také uváděly, že využívají polohovací pomůcky a podkládají pacientovi ruku a nohu, stejně jako uvádí Pfeiffer (2007). Myslím, že velmi důležitá je komunikace, a je nutné pacientovi vždy vysvětlit, do jaké polohy ho dáváme. Proto mě překvapilo, že jen jedna sestra v rozhovoru uvedla, že je důležitá komunikace.

Další oblastí, kterou jsme se zabývali, byla úloha sestry při transportu pacienta. Všechny dotázané sestry uvedly, že pacientovi je nutné zajistit doprovod, a také správné oblečení na cestu. Při praxi jsem často viděla pacienty, kteří jeli na vyšetření jen „v andílkovi“, a proto je důležité zajistit intimitu, o které se v rozhovoru zmínily jen dvě sestry.

Do rehabilitace nepatří jen polohování, a proto jsme zjišťovali, jaké další rehabilitační úkony sestry provádějí. Dvě sestry uvedly, že u pacienta provádějí dechová cvičení, ale při pozorování žádná ze sester dechové cvičení neprováděla. Jak uvádí Kalvach (2006), dechová cvičení patří mezi důležité prevence hypostatické pneumonie. Podle Slezákové (2007) je také důležitý nácvik řeči každý den, alespoň v třicetiminutových intervalech 5 minut správné artikulace, ale jen jedna sestra v rozhovoru uvedla, že se s pacientem snaží komunikovat.

Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě je velmi náročná, a proto jsme zjišťovali, s jakými pracovníky sestra spolupracuje. Nejčastěji sestry uváděly fyzioterapeuta, ergoterapeuta a logopeda. Jen dvě sestry zmínily, že spolupracují s ošetřovateli a sanitáři. Z mé zkušenosti na neurologickém oddělení často chybí tento personál, a myslím si, že jsou sestry často zvyklé pracovat bez pomoci. Seidl (2004) uvádí, že cévní mozková příhoda patří mezi nejčastější příčiny invalidity, která může velmi zasáhnout psychický stav, ale jen dvě sestry uvedly, že spolupracují s psychologem.

Dále jsme se zabývaly ošetřovatelskými diagnózami, která sestry využívají v péči o pacienta po CMP. Nejčastější ošetřovatelské diagnózy, které sestry uváděly, byly: riziko infekce, porušená kožní integrita, a také opomíjení jedné části těla. Při praxi

na neurologickém oddělení jsem při každém příjmu, vyplňovala riziko pádu, a proto mě překvapilo, že se o této ošetrovatelské diagnóze žádná sestra nezmínila.

Při přijetí pacienta a po dobu jeho hospitalizace stanovujeme a používáme různé druhy hodnotících testů. Proto nás zajímalo, jaké hodnotící testy používají sestry na oddělení. Všechny sestry uvedly, že při příjmu pacienta, provádějí test Barthelové a Nortonové. Podle mého názoru, by se měly tyto testy pravidelně kontrolovat a měnit podle stavu pacienta. Na oddělení jsem při příjmu pacienta vždy vyplňovala riziko pádu, ale o tomto hodnotícím testu se v rozhovoru zmínily jen dvě sestry.

Poslední otázkou v rozhovoru jsme se ptaly sester, jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu. Většina sester sdílí stejný názor jako já a uvedly, že sestra hraje roli nejdůležitější. Podle dotazovaných sester může ovlivnit celý průběh nemoci, a také může zabránit veškerým komplikacím. Myslím si, že je velmi důležité spolupracovat s rodinou, což nevedla žádná ze sester.

Z kvalitativního šetření vyplývá, že sestry vědí, jak mají poskytovat správnou ošetrovatelskou péči jako prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po CMP, ale při pozorování bylo zjištěno, že sestry tuto péči provádějí jen v malé míře. Při praxi na neurologickém oddělení jsem zjistila, že sestry mají málo času na poskytování této péče a pokud čas mají, správnou ošetrovatelskou péči neprovádí.

6. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat úlohu sestry v prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po cévní mozkové příhodě. V bakalářské práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí rozhovorů a skrytého zúčastněného pozorování. K dosažení cíle byla zvolena výzkumná otázka: Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu po cévní mozkové příhodě?

Rozhovory byly prováděny se sestrami pracujícími na neurologickém oddělení v Děčíně. Rozhovory byly přepsány a kategorizovány do přehledných tabulek. Skryté pozorování probíhalo v nemocnici v Děčíně a byly pozorovány tytéž sestry, se kterými byl proveden rozhovor.

Výsledky výzkumného šetření, ukazují na několik rolí sestry v průběhu péče. Na 1. místě, je to poskytovatelka ošetrovatelské péče. Na 2. místě, je to komunikátorka. V neposlední řadě role edukátorky. Respondentky uváděly, že sestra hraje v prevenci imobilizačního syndromu roli nejdůležitější. Sestra předchází všem komplikacím, které jsou s imobilizačním syndromem spjaty. Sestra také výrazně ovlivňuje průběh onemocnění. Správně nebo špatně prováděna ošetrovatelská péče může pacientův stav velmi zlepšit, nebo naopak zhoršit. Z výsledků skrytého pozorování vychází najevo, že sestry na neurologickém oddělení často nesprávně provádějí ošetrovatelskou péči, s pacienty nekomunikují a často vůbec nespolupracují s rodinou.

Výsledky pozorování upozornily na nedostatky v ošetrovatelské péči o dutinu ústní, proto byla vytvořena mapa ošetrovatelské péče, která popisuje správný postup v péči o dutinu ústní. (Příloha 6)

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMBER, Z., 2006. *Základy neurologie*. Praha: Galén. 351s. ISBN 80-7262-443-4.
- BAR, M., 2007. Léčba akutního ischemického mozkového infarktu. *Lékařské listy*. č. 6. roč. 56. s. 31-33. ISSN 0044-1996.
- CENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada: Praha. 144s. ISBN 80-247-1262- 8.
- DYLEVSKÝ, I., 2007. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: Mannus. 194s. ISBN 978-80-86571-00-3.
- ELIŠKOVÁ, M. a O. NAŇKA, 2009. *Přehled anatomie. Druhé doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén. 416 str. ISBN 978- 80- 7262-612-0.
- FIALA, O. a KOL., 2007. *Neurologické vyšetření*. [online] . [cit. 2012-01-8]. Dostupné z : <<http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-377-neurologicke-vysetreni-norma>>.
- HERZIG, R. *Neurologie cévní mozkové příhody- prevence, diagnostika, léčba cévní mozkových příhod*. [online]. [cit. 2012-02-04. 2010]. Dostupné z: <http://www.angis.cz/angis_revue/ar_clanek.php?CID=149>
- KALITA, Z., a KOL., 2006. *Akutní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf. 620s. ISBN 80-85912-26-0.
- KALVACH, Z. a KOL., 2006. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Maxdorf. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KRIŠKOVÁ, A. a KOL., 2001. *Ošetrovatelské techniky*. Osveta: Martin. 804 str. ISBN 80-8063-087-0.

- LIPPERTOVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén. 349s. ISBN 80-7262-317-6.
- MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. 261s. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKULÍK, R., 2007. S mrtvičkou musíme do nemocnice. *Diagnóza pro zdraví*. č.3.s. 18. ISSN 1802-1123.
- MOUREK, J., 2005. *Fyziologie- učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 204s. ISBN 80-247-1190-7.
- NÉMETH, F., a KOL., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Osveta: Martin. 193s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- PARKER, S., 2007. *Lidské tělo*. Praha: Euromedia Group. 256s. ISBN 978-80-242-2211-0.
- PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada. 351s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- SEIDL, Z. a J. OBENBERGOR, 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
- SLEZÁKOVÁ, L. a KOL., 2007. *Ošetrovatel'ství pro zdravotnické asistenty I. Interna*. Grada. 188 s. ISBN: 978-80-247-1775-3.
- SLEZÁKOVÁ, Z. a KOL., 2002. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Osveta: Martin. 146s. ISBN 80-8063-106-9.
- ŠAFRÁNSKÁ, A. a M. NEJDELÁ, 2006. *Interní ošetrovatel'ství II*. Grada: Praha. 212s. ISBN 80-247-1777-8.
- ŠEBKOVÁ, S., 2004. *Cévní mozková příhoda*. [online]. [cit. 2011-10-09]. Dostupné z: < <http://www.ordinace.cz/clanek/cevni-mozkova-prihoda/> >

TÓTHOVÁ,V. a V. KUBELOVÁ. *Péče p vyprazdňování u imobilních pacientů*. IN: *Nové trendy v ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků s mezinárodní účastí III. Jihočeské ošetrovatelské dny. České Budějovice. ISBN 80- 7040-705-0.*

TYRLÍKOVÁ, I., KOL., 1999. *Neurologie pro sestry*. Brno: IDVPZ. 288 s. ISBN: 80-7013-287-6.

ULRICH, S., 2001. *Nursing care planning guides: For Adults in Acute, Extended and Home Care Setting*. Saunders Compeny. 929 s. ISBN 0-7216-9215-x.

VYTEJČKOVÁ R., a KOL., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné / Obecná část*. Grada: Praha. 232 str. ISBN 978-80-247-3419-4.

WORKMAN, B. a C. BENT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Grada: Praha. 260s. ISBN 80-247-1714.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Cévní mozková příhoda

Imobilizační syndrom

Ošetrovatelská péče

Prevence

Sestra

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Barthelové test všedních denních činností

Příloha 2 – Nutriční screening

Příloha 3 – Polohovací záznam a hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha 4 – Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Příloha 5 – Otázky do rozhovoru

Příloha 6 – Pozorovací arch

Příloha 7 – Mapa ošetrovatelské péče

Příloha 1 Barthelové test

Příloha .

Barthelův test základních všedních činností.

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	datum hodnocení	
			při přijetí	při propuštění
1. najedení napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0		
5. kontinence moči	plně kontinentní občas kontinentní inkontinentní	10 5 0		
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas kontinentní inkontinentní	10 5 0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8. přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět	10 5 0		
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
celkové hodnocení				

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 - 40 bodů	vysoký stupeň závislosti
45 - 60 bodů	střední stupeň závislosti
65 - 95 bodů	lehký stupeň závislosti
100 bodů	nezávislý

Vyšetření provedl (a):

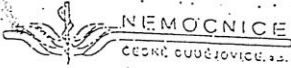
.....

Zdroj : Ošetrovatelská dokumentace Nemocnice České Budějovice a. s.- Neurologické oddělení

Příloha 2 Nutriční screening

Nutriční skrining

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)



IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK		DATUM PŘÍJMU	ODDĚLENÍ
HMOTNOST	VÝŠKA	BMI (kg/m ²)	

		Bodů
1	Pacienta nelze zvládnout zvlášť - novymládoval 4, 5, 6.	2
2	Nelze od pacienta získat informace - novymládoval 4, 5, 6.	3
3	VĚK	
	do 65 let	0
	nad 65 let	1
	nad 70 let	2
4	BMI**	
	20 - 35	0
	16 - 20, nad 35	1
	pod 16	2
5	Ztráta hmotnosti nedílná	
	žádná	0
	více než 3 kg za 3 měsíce (volně šaty)	1
	více než 6 kg za 3 měsíce	2
6	Množství jídla za poslední měsíc	
	bez změny	0
	poloviční porce	1
	občas nají	2
7	Projevy nemoci	
	žádné	0
	bolesti břicha, nechutenství	1
	zvracení, průjem nad 6x/den	2
8	Faktor stresu**	
	žádný	0
	střední	1
	vysoký	2
Součet bodů (INDEX)		
Podpis a razítko sestry:		

INDEX	opatření	nutriční terapie
0 až 3		bez nutnosti zvláštní intervence
4 až 7	ohlásit ošetř. lékařům, nutrič. terapeutovi	nutná vyšetření, speciální dieta
8 až 12	ohlásit ošetř. lékařům, nutrič. terapeutovi	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, nutná speciální nutriční léčba!!!

**BMI více než 30 - pacient obdrží pokyny k redukci diet

**Faktor stresu:
 Střední faktor stresu: chronické onemocnění, DM, menší plánovaný oper. výkon, vyšetření
 Vysoký faktor stresu: akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý nebo akutní operační výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, kvádění do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO

Zúžení nutričního terapeuta:

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace Nemocnice České Budějovice a.s. - Neurologické oddělení

Příloha 3 Polohovací záznam a riziko vzniku dekubitu

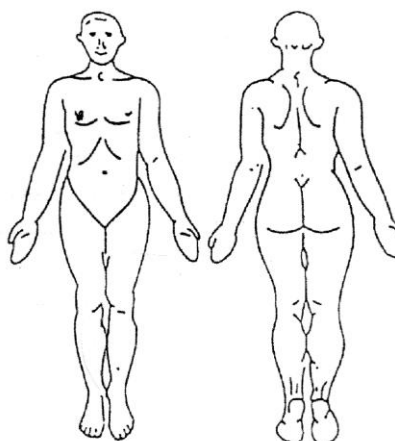
**POLOHOVACÍ ZÁZNAM
A HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITU**

č.

Jméno:
(nalepit štítek)

Dekubity:
(stupeň zakreslit na příslušné místo červeně)

- I. - zarudnutí, lokální zduření, bolest
- II. - tvorba puchýřků, poškození kůže a podkoží
- III. - hluboké poškození kůže
-nekróza
- IV. - dekubitální vřed



Přepřacovaná stupnice Nortonové										
Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav Vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	< 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi omezená 2	přev. moč 2	
	žádná 1	<60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč + stolice 1	
									Součet	
Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně										
Dle hodnocení je nebezpečí vzniku dekubitů <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE										

Datum	Čas													
	Poloha													
	Podpis													

Datum	Čas													
	Poloha													
	Podpis													

Datum	Čas													
	Poloha													
	Podpis													

Datum	Čas													
	Poloha													
	Podpis													

Datum	Čas													
	Poloha													
	Podpis													

Datum	Čas													
	Poloha													
	Podpis													


Datum	Čas													
	Poloha													
	Podpis													

LB - levý bok
PB - pravý bok

Z - záda
B - břicho

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace Nemocnice České Budějovice a.s. - Neurologické oddělení

Příloha 4 Zhodnocení rizika pádu



NEMOCNICE

 České Budějovice, a.s.

Zhodnocení rizika pádu u pacienta
 (součást ošetrovatelské anamnézy)

Rizikové faktory pro vznik pádu

Anamnéza		Bodů
<input type="checkbox"/>	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/>	věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/>	pobyt v prvních 24 hodinách po přijetí nebo překladači na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/>	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)	1 bod
Vyšetření		Bodů
<input type="checkbox"/>	Soběstačnost	
	- úplná	0 bodů
	- částečná	2 body
	- nesoběstačnost	3 body
<input type="checkbox"/>	Schopnost spolupráce	
	- spolupracující	0 bodů
	- částečně spolupracující	1 bod
	- nespolupracující	2 body
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		Bodů
<input type="checkbox"/>	Míváte někdy závratě?	3 body
<input type="checkbox"/>	Máte v noci nucení na močení?	1 bod
<input type="checkbox"/>	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1 bod
Celkem		
0 - 4 body *	5 - 13 bodů *	14 - 19 bodů *
bez rizika	střední riziko	vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace Nemocnice České Budějovice - Neurologické oddělení

Příloha 5 Otázky k rozhovoru

1. Jaké zásady dodržujete při kompletní hygienické péči na lůžku
2. Jakým způsobem provádíte zvláštní péči o dutinu ústní?
3. Jak postupujete při podávání stravy ležícím pacientům?
4. Jak upravíte stravu, pokud má pacient porušené polykání?
5. Jak postupujete při vyprazdňování pacienta na lůžku?
6. Jaké přípravky používáte v péči o kůži?
7. Jaká znáte predilekční místa v poloze na zádech a na boku?
8. Jak a jakým způsobem polohujete pacienta po CMP?
9. Co musí sestra zohlednit při transportu pacienta po CMP?
10. Jaké rehabilitační úkony provádí sestra u pacienta po CMP?
11. S jakými zdravotnickými pracovníky spolupracujete při péči o pacienta po CMP a proč?
12. Jaké ošetrovatelské diagnózy nejčastěji stanovujete při péči o pacienta po CMP?
13. Jaké hodnotící testy využíváte při péči o pacienta po CMP?
14. Jakou úlohu hraje sestra při prevenci imobilizačního syndromu u pacienta po CMP?

Zdroj: Vlastní

Příloha 6

Pozorovací arch

Hygienická péče

- na lůžku kompletně provedená hygienická péče bez chyb
- v koupelně špatně provedená péče z důvodu.....

Péče o dutinu ústní

- provedla Pagevitem Borglicerínem jiné.....
- neprovedla

Zubní protéza vyndána umyta neumyta

Výživa

Pacient jí:

- sám s dopomocí krmen

Poloha vsedě vleže

Krmen z postižené strany zdravé strany i.v. sonda

Tekutiny podávány nepodávány

Jídlo upravené neupravené

Vyprazdňování

Pacient se vyprazdňuje:

- sám na toaletě s dopomocí na toaletě na lůžku

Poloha vleže vsedě jiná.....

Sestra po vyprázdnění nechala pacienta umýt si ruce nenechala pac. umýt si ruce
 umyla pacienta neumyla pacienta

Permanentní močový katétr:

- sestra provedla hygienu PMK neprovedla hygienu PMK

Rehabilitace

Polohování:

- Sestra polohuje každé 2 hodiny 4 hodiny nepolohuje

Dechová cvičení:

- provádí, jaká.....

- neprovádí

Provádí sestra jinou RHB:

- ano, jakou.....

- neprovádí

Péče o kůži

Sestra kontroluje predelikční místa:
pomůcky:

- ano ne
 ne

Používá sestra antidekubitní

- ano, jaké.....

Přípravky na kůži sestra používá:

- ano, jaké..... nepoužívá

Komunikace:

- pacient nemá problémy s komunikací

- pacient hůře komunikuje

- nekomunikuje
komunikovala, jak.....

Sestra:

- byla trpělivá, tolerantní

- používala piktogramy

- špatně

- nekomunikovala

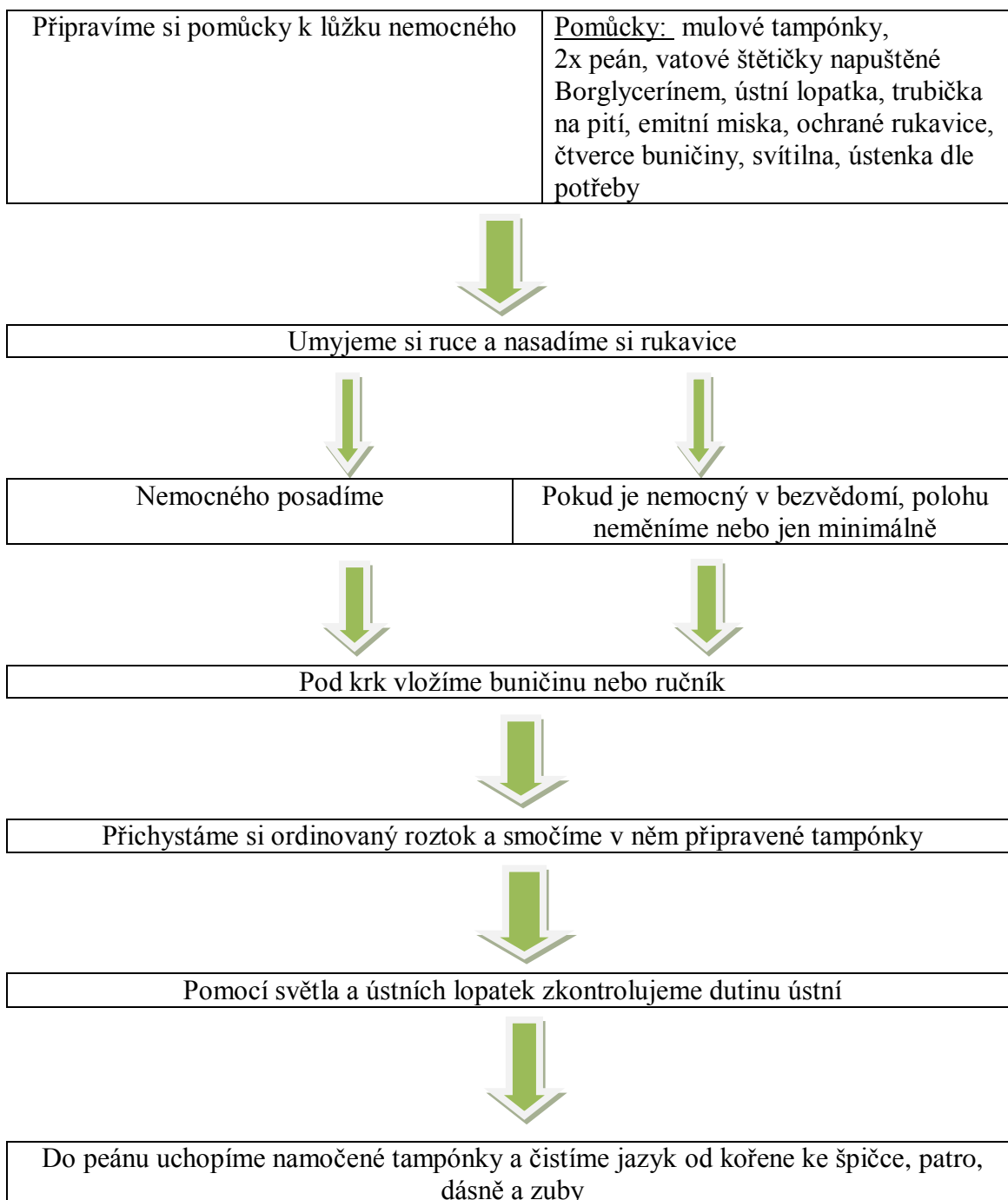
Rodina:

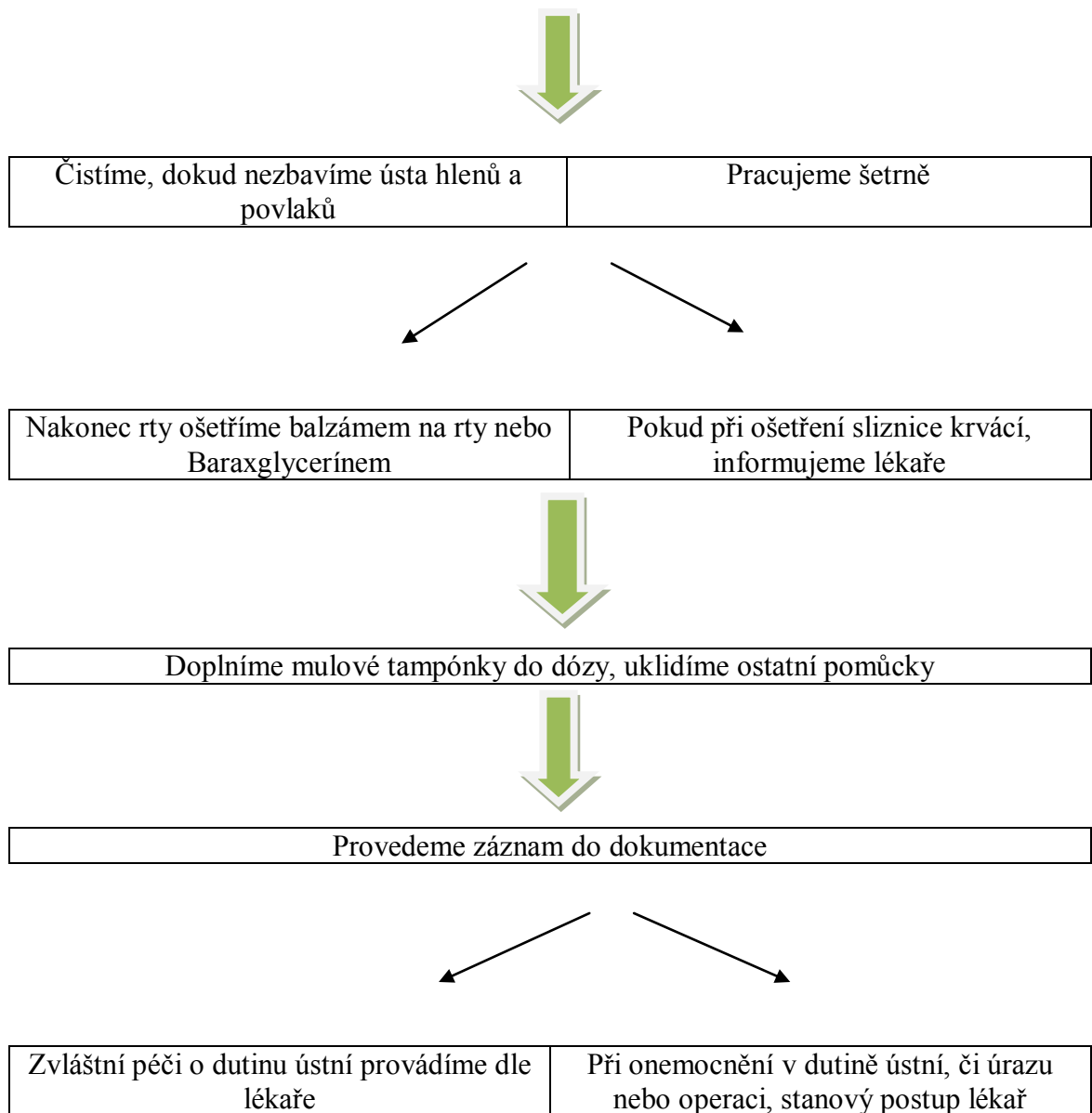
Sestra s rodinou:

- spolupracovala nespolupracovala

Zdroj: Vlastní

Zvláštní péče o dutinu ústní





Zdroj: Vlastní

