



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u klientů po CMP

Vypracovala: Šoulová Kateřina
Vedoucí práce: Mgr. Polanová Alena
České Budějovice 2015

Abstrakt

Název práce

Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u klientů po CMP

Teoretická východiska

Cévní mozková příhoda je jedno z nejčastějších onemocnění postihující naši populaci a řadí se na druhé místo mezi příčinami úmrtí. Cévní mozkové příhody se dle vzniku dělí na ischemické a hemoragické. Největší zastoupení mají ischemické příhody, které tvoří asi 85 procent všech cévních mozkových příhod. Na zbylých několika procentech se podepisují hemoragické mozkové příhody. Při zasažení mozkovou příhodou je důležitý rychlý transport pacienta do nemocnice, provedení určených vyšetření za účelem rozeznání typu mozkové příhody a včasné zahájení léčby. Důležitou součástí léčby je poskytování komplexní ošetrovatelské péče, kterou zajišťuje dobře fungující multidisciplinární tým. Nezbytná je také spolupráce sester a fyzioterapeutů v rámci rehabilitačního ošetrovatelství. V neposlední řadě je důležité, aby byl pacient od samého začátku součástí léčby a byl motivován ke spolupráci, při snaze navrátit jej do běžného života.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se zabýváme cévní mozkovou příhodou, ošetrovatelskou péčí, rehabilitačním ošetrovatelstvím a spoluprací mezi sestrou a fyzioterapeutem. Empirická část obsahuje výsledky výzkumu.

Cíl práce

V empirické části této práce bylo cílem zmapovat spolupráci všeobecných sester a fyzioterapeutů u klientů po CMP v nemocničním prostředí. K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázkou jsme se ptali: V čem spočívá spolupráce mezi všeobecnými sestrami s fyzioterapeuty u klientů po CMP? Druhá otázka byla: Jaké problémy ztěžují spolupráci mezi všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty?

Metodika

Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat jsme využili formy zúčastněného skrytého pozorování a polostrukturované rozhovory. Výzkumné šetření bylo vedeno se sedmi sestrami a třemi fyzioterapeuty v nemocnici na neurologickém oddělení a oddělení následné péče. Sběr dat se uskutečnil po domluvě s hlavní sestrou a souhlasem vrchních sester na zmiňovaných odděleních. Z důvodu zachování anonymity, není souhlas součástí bakalářské práce, ale je k nahlédnutí u autorky bakalářské práce. Šetření bylo zcela anonymní, pozorování a rozhovory probíhaly v období od 23. 3. 2015 – 17. 4. 2015.

Pro výzkumné šetření byla použita metoda skrytého zúčastněného pozorování. Zjištěné poznatky byly zaznamenávány v průběhu pozorování do pozorovacího archu pro sestry (Příloha 5) a fyzioterapeuty (Příloha 6). Vypozorované skutečnosti byly následně přepsány a vyhodnoceny.

Ke sběru dat byl aplikován polostrukturovaný rozhovor. Sestrám v něm bylo položeno 35 otázek (Příloha 7) a fyzioterapeutům 28 otázek (Příloha 8), doplněné o další podotázky. Rozhovory byly vedeny se skupinou sester a fyzioterapeutů, které jsme pozorovaly. Odpovědi byly zaznamenány písemnou formou a poté přepsány (Příloha 9). Získaná data byla analyzována, následně vyhodnocena a uspořádána do kategorizačních skupin.

Výsledky

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry a fyzioterapeuti společně spolupracují. Spolupráce spočívá v předávání informací, jelikož vzájemná informovanost je klíčová pro poskytování péče. Zjistili jsme, že spolupracují i v ohledu rehabilitačního ošetřovatelství jako je polohování, přesazování, posazování, dopomoc a nácvik všedních činností. Nedostatek byl zaznamenán v tom, že sestry nespolupracují s fyzioterapeutem přímo u lůžka. Také jsme z rozhovorů zjistili, že sestry nejsou od fyzioterapeutů poučeny o správném polohování, i když je to v jejich kompetenci.

Z výsledků také vyplývá, že spolupráci mezi sestrou a fyzioterapeutem ztěžuje nedostatek času, který je znát při předávání informací a vzájemné spolupráci. Dalším faktorem je střídání fyzioterapeutů na oddělení a nedostatečná konzultace ohledně péče o pacienta.

Závěr

Tato bakalářská práce byla napsána za účelem podpořit spolupráci sester a fyzioterapeutů u pacientů po cévní mozkové příhodě. Taktéž by měla poukázat na nedostatky, které se při této spolupráci vyskytují a pomohla sestřím a fyzioterapeutům si je uvědomit.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda, sestra, fyzioterapeut, pacient, polohování, spolupráce

Abstract

The name of the work

Cooperation of the nurse and the physiotherapist with clients after the brain stroke

Theoretical base

The brain stroke is one of the most frequented illness which affect our population and which belongs to the second place between reasons of the death. We can divide strokes by origin on ischemics and hemoragics. The biggest part of strokes is composed of ischemics brain strokes, approximately 85%. The rest of strokes are hemoragics brain strokes. When affect patient the brain stroke is necessary fast transport to the hospital, screening and institution of medical treatment. Important part of medical treatment is comprehensive health care which is arranged thanks for the good function multidisciplinary team. It is necessary cooperation of nurses and physiotherapist in the rehabilitation care too. Last not least it is necessary that the patient is the part of the care and the motivation to the cooperation trying to return him to his normal life.

My bachelor work is divided into the theoretic part and empiric part. In theoretic part we talk about brain stroke, health care, rehabilitee care and cooperation between nurses and physiotherapist. In empiric part there are results of the research.

The objective of the work

The object of empiric part was mapping the cooperation of nurses and physiotherapists with clients after brain stroke in the hospital. For realization of the objective were determinate two questions. In what consist the cooperation between nurses and physiotherapists with clients after the brain stroke? The second question was: What problems complicate the cooperation between nurses and physiotherapists?

Methodology

For processing the bachelor work was used qualitative research. For collecting dates we used forms of hidden observation and half structured conversations. The research was realized with 7 nurses and 3 physiotherapists in the hospital in neurologic ward and after care ward. The collection of dates was realized by the approval of the main nurse and head nurses in wards which I named. For keeping the anonymity the agreement is not the part of the bachelor work but it is possible to see it at author of the bachelor work. The research was anonymous, observation and conversations were realized from 23.3.2015 to 17.4.2015.

For realization of the research was used the form of hidden participating observation. Discovered dates were written into the diary of observations of nurses (annexe 5) and of physiotherapists (annexe 6) during the observation. Discovered information were rewritten and evaluated. For collecting dates was applicable half structured conversation. I put 35 questions to nurses (annexe 7) and 28 questions to physiotherapists (annexe 8) which were completed thanks for other questions. Conversations were realized with the group of observed nurses and physiotherapists. Answers were written and then rewritten (annexe 9). Obtained dates were analysed, evaluated and sorted into categorical groups.

Solutions

Thanks for the research we could see the cooperation between nurses and physiotherapists. The cooperation between them is in the passing on information because awareness is key for giving care. We discovered that they cooperate in rehabilitee care like is setting into position, putting clients to sit down on another place, putting clients to sit down, half help and practise of daily activities. The deficiency was noticed in not cooperation of nurses with physiotherapists next to the bed of the client. From conversations we discovered that nurses are not informed from physiotherapists about correct setting into right position even it is in their competence.

From results we can see that the cooperation between nurse and physiotherapist hardly the deficiency of time which we can see in passing information and two-way

cooperation. Other factor is changing of physiotherapists in the ward and insufficient consultation in the care of the patient.

Conclusion

The bachelor work was written to support the cooperation between nurses and physiotherapists when they work together with people after brain stroke. Also it should show deficiencies in the cooperation and it should help to nurses and physiotherapists realize them.

Key words

Brain stroke, nurse, physiotherapist, patient, set into position, cooperation

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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: 10.8.2015

.....

Šoulová Kateřina

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce Mgr. Aleně Polanové za vynikající spolupráci, cenné připomínky, odborné vedení, vstřícnost a ochotu při psaní mé bakalářské práce. Velmi si vážím jejího profesionálního vedení.

Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám a fyzioterapeutům za jejich ochotu a spolupráci při poskytování rozhovorů.

Obsah

Obsah	10
Seznam použitých zkratek	12
Úvod	13
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Anatomie a cévní zásobení mozku	14
1.2 Cévní mozková příhoda	16
1.2.1 <i>Symptomy cévní mozkové příhody</i>	<i>18</i>
1.2.2 <i>Diagnostické metody u cévní mozkové příhody</i>	<i>18</i>
1.2.3 <i>Léčba ischemické a hemoragické cévní mozkové příhody</i>	<i>19</i>
1.2.4 <i>Následky cévní mozkové příhody</i>	<i>21</i>
1.3 Ošetrovatelská péče v akutní fázi cévní mozkové příhody	22
1.3.1 <i>Ošetrovatelská péče v pozdní fázi cévní mozkové příhody</i>	<i>23</i>
1.3.2 <i>Rehabilitace</i>	<i>26</i>
1.4 Rehabilitační ošetrovatelství	26
1.4.1 <i>Polohovací a kompenzační pomůcky</i>	<i>27</i>
1.4.2 <i>Polohování a mobilizace klienta po cévní mozkové příhodě</i>	<i>28</i>
1.5 Multidisciplinární tým	30
1.5.1 <i>Propojení práce sestry a fyzioterapeuta</i>	<i>31</i>
1.5.2 <i>Komunikace sestry s pacientem po cévní mozkové příhodě</i>	<i>32</i>
1.5.3 <i>Kompetence všeobecné sestry</i>	<i>33</i>
1.5.4 <i>Kompetence fyzioterapeuta</i>	<i>34</i>
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky	36
3 METODIKA	37
3.1 Použitá metoda	37
3.1.1 <i>Pozorování</i>	<i>37</i>

3.1.2	<i>Rozhovor</i>	37
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	38
4	VÝSLEDKY	40
4.1	<i>Kategorizační výsledky z rozhovorů s všeobecnými sestrami</i>	40
4.1.1	<i>Kategorizační skupiny</i>	40
4.2	<i>Kategorizační výsledky z rozhovorů s fyzioterapeuty</i>	51
4.2.1	<i>Kategorizační skupiny</i>	51
4.3	<i>Kvalitativní šetření – přepis zúčastněného skrytého pozorování</i>	57
4.3.1	<i>Zúčastněné pozorování sester</i>	57
4.3.2	<i>Zúčastněné pozorování fyzioterapeutů</i>	61
5	DISKUSE	63
6	ZÁVĚR	71
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	72
8	PŘÍLOHY	76
8.1	<i>Seznam příloh</i>	76

Seznam použitých zkratk:

a./aa. – arteria, arteriae

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

MR – magnetická rezonance

DSA – digitální subtrakční angiografie

EKG - elektrokardiograf

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá tématem spolupráce sester a fyzioterapeutů u klientů po cévní mozkové příhodě. Toto téma jsem si vybrala z důvodu zájmu o neurologii. Během dosavadního studia a absolvované praxe jsem si povšimla, že v posledních několika letech přibývá pacientů postižených již zmíněnou cévní mozkovou příhodou. Dle tohoto poznatku usuzuji, že je toto téma aktuální, a proto je potřeba zdůraznit důležitost spolupráce sestry a fyzioterapeuta při poskytování péče těmto pacientům.

Cévní mozková příhoda se již před několika lety zařadila mezi nejčastější onemocnění postihující naši populaci. V posledních letech je však dle celosvětového měřítka druhou nejčastější příčinou úmrtí. V evropské unii zastává první místo mezi příčinami invalidity občanů. Pro úspěšnou léčbu je důležitá včasná diagnostika a rozlišení typu cévní mozkové příhody. Tím lze i do jisté míry ovlivnit rozsah postižení. Pacienti po CMP potřebují komplexní ošetrovatelskou péči, kterou jim na oddělení zajišťují sestry. Součástí této péče je důsledná hygiena pokožky a genitálií, pravidelné polohování, pomoc či dopomoc při vyprazdňování a stravování, nácvik sebeobsluhy a psychická podpora. Nedílnou součástí péče je spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem. Při propojení těchto dvou oborů vzniká tým, který podstatně zlepšuje stav pacientů po CMP. Spolupráce se projevuje zejména při polohování, stravování, oblékání, posazování a přesunů na toaletu za pomoci kompenzačních a polohovacích pomůcek.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat spolupráci všeobecných sester a fyzioterapeutů u klientů po cévní mozkové příhodě v nemocničním prostředí. Práce byla rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá cévní mozkovou příhodou, ošetrovatelskou péčí, polohováním, využitím polohovacích a kompenzačních pomůcek a spoluprací mezi sestrou a fyzioterapeutem. Empirická část obsahuje výsledky výzkumu, které se týkají spolupráce sestry a fyzioterapeuta a problémů, jež mohou ztěžovat jejich spolupráci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a cévní zásobení mozku

Lidský mozek je nejvýznamnější část nervové soustavy, tudíž se jedná o nenahraditelný orgán v lidském těle. Průměrná hmotnost je asi 1500 gramů. Vykonává nejsložitější nervové činnosti, které jsou spojovány s inteligencí, emotivním chováním, vědomím, instinkty, učením, pamětí, řečí a dalšími funkcemi (Kočárek, 2010). Všechny oblasti mozku jsou navzájem několikanásobně a oboustranně propojeny a pracují jako jeden celek. „*Lidský mozek lze považovat za nejsložitější objekt ve známé části vesmíru*“ (Merkunová, 2008, str.227). Na mozku popisujeme mozkový kmen, mozeček, mezimozek a koncový mozek.

Mozkový kmen spojuje mozek s míchou a obsahuje neurony, které se dle své funkce shlukují do několika center. Prochází jím síť rozptýlených a vzájemně propojených nervových buněk. Vznikají tak nervové dráhy, které tvoří ascendentní a descendentní systém, vedoucí z periferie do mozku a z mozku do periferních částí. Nervové dráhy dohromady utváří retikulární formace, jež jsou důležité pro udržení životně důležitých reflexů (kýchání, kašel apod.) a některých základních životních funkcí (dechové centrum, srdeční centrum, cévní centrum a trávicí centrum). Mozkový kmen zahrnuje prodlouženou míchu, Varolův most a střední mozek.

Mozeček je umístěn nad Varolovým mostem a prodlouženou míchou. Jeho funkcí je koordinovat pohyby lidského těla, tedy pomáhat při udržování rovnováhy a držení těla. Skládá se ze dvou mozečkových hemisfér, ze šedé hmoty a bílé hmoty. Šedou hmotu najdeme ve zvrásněné mozečkové kůře na povrchu mozečku. V nitru šedé hmoty jsou Purkyňovy buňky, jež jsou základní funkční jednotkou mozečkové kůry. Bílá hmota je vnitřní část mozečku (Marieb, 2005; Merkunová, 2008).

Mezimozek je uložen ve středu mozku a je zcela překryt hemisférami koncového mozku. Tvoří ho talamus, hypotalamus a epithalamus. Talamus je párový orgán složený ze dvou stejných ovoidních těles. Neurony thalamu obsahují více jak padesát jader. Ta se seskupují do funkčních skupin, kde dochází k základnímu sjednocení informací od

smyslových orgánů. Hypotalamus funguje jako nejvyšší řídicí centrum pro činnost vnitřních orgánů (dýchání, proudění krve, trávení...). Významně se podílí na udržení stálosti vnitřního prostředí neboli homeostázy. Na hypotalamus se připojuje podvěsek mozkový, který se podílí na hormonální regulaci. Epithalamus sestává ze šišinky, produkující hormon melatonin, jenž udává biologické rytmy.

Koncový mozek je největší částí mozku a je rozdělen na dvě hemisféry, které jsou spojené mozkovým vazníkem. Tímto spojením prochází množství nervových vláken. Tato vlákna zprostředkují předání informace z jedné hemisféry do druhé. Koncový mozek obsahuje mozkovou kůru, bazální ganglia a limbický systém. Mozková kůra je tvořena šedou a bílou hmotou mozkovou, uspořádanou do mozkových závitů, mezi nimiž jsou mezery čili rýhy. Nejvýraznější rýhy dělí každou z hemisfér do čelního laloku, temenního laloku, týlního laloku a spánkového laloku. Bazální ganglia jsou skupiny neuronů, které jsou navzájem propojeny a uloženy v šedé hmotě, kde vytváří funkční celek. Ovlivňují tak napětí svalů a koordinaci neúmyslných a úmyslných pohybů. Limbický systém patří k nejsložitějším systémům mozku a je spojen pomocí několika korových a podkorových útvarů s hypotalamem. Je hlavním centrem emocionálního chování, motivace a instinktu. Velký význam má při učení, jelikož se podílí na vytváření paměti (Kočárek, 2010; Merkunová, 2008).

Cévní zásobení mozku (Příloha 1). Lidský mozek má vysoké nároky na dodávku okysličené krve, neboli kyslíku a živin. Mozek je zásobován čtyřmi velkými tepnami z karotického a vertebrobasilárního řečiště, a to pravou a levou a. carotis communis a pravou a levou a. vertebralis, které se v mozkovně spojují v nepárovou a. basilaris (Merkunová, 2008). Levá a. carotis communis odstupuje z aortálního oblouku a pravá a. carotis communis z hlavopážního kmene.

V úrovni C3 – C4 se obě aa. carotis communis dělí na a. carotis interna et externa, kdy a. carotis interna vstupuje do dutiny lební přes canalis caroticus, prochází kavernózním sinem a je zakončena rozdělením v a. cerebri anterior et media. Před rozdělením odstupuje a. communicans posterior, jež se spojuje s a. cerebri posterior a vytváří tak spojení s vertebrobasilárním řečištěm a dorzální částí Willisova tepenného okruhu. Ventrální část tvoří spojka mezi aa.cerebri anteriores s a. communicans

anterior. Součástí Willisova okruhu sestává i z a. basilaris, která se dělí na dvě aa. cerebri posteriores.

A. cerebri anterior zásobuje část parientálního i frontálního laloku. Naproti tomu a. cerebri media zajišťuje přísun pro značnou část spánkového laloku a zbývající části parientálního a frontálního laloku. A. basilaris zásobuje mozkový kmen, mozeček a část diencefalu. A. cerebri posterior část diencefalu a další struktury mozku.

Odkysličená krev je z mozku odváděna pomocí povrchních a hlubokých žil. Tyto žíly ústí do žilných splavů a odvádějí krev do v. jugularis interna (Ambler, 2011).

1.2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozkové příhody jsou již dnes v celosvětovém měřítku druhou nejčastější příčinou úmrtí. Celosvětově jejich roční incidence činí až 15 miliónů mozkových mrtvic, z níž třetina klientů umírá a třetina jich zůstává invalidizována. V Evropské unii je cévní mozková příhoda na prvním místě mezi příčinami vzniku invalidity. Spekuluje se, že invalidita po cévní mozkové příhodě by mohla být nižší, kdyby byla vyšší vzdělanost veřejnosti v rozeznávání varovných příznaků. Celkově má cévní mozková příhoda obrovský psychologický, fyzický a finanční dopad na pacienty, jejich rodiny, společnost a také na systém zdravotní péče (Kalvach, 2010; Tyrlíková, 2012).

„CMP jsou dle kritérií Světové zdravotnické organizace definovány jako rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, případně difúzního mozkového postižení, předpokládaného cévního původu, trvajících déle než 24 hodin nebo vedoucích ke smrti.“ (Tyrlíková, 2012, str.124). Cévní mozkové příhody dělíme na ischemické a hemoragické.

Ischemické cévní mozkové příhody neboli mozkové ischemie jsou způsobeny uzávěrem mozkové tepny trombem či embolem, přičemž dochází k úplnému nebo částečnému přerušení přívodu krve do postižené oblasti mozku. Mozkové ischemie tvoří asi 80 % všech cévních mozkových příhod. Ischemické CMP jsou etiopatogeneticky klasifikovány do 5 kategorií následujícím dělením:

Ateroskleróza velkých tepen založená na podkladě vzniku ateromových plátů na stěně tepny, která vede ke stenóze a uzávěru mozkové tepny. Tyto procesy nejčastěji postihují odstup vnitřní krkavice nebo vertebrální tepny v oblasti krku. Rizikové faktory arteriosklerózy jsou hypertenze, diabetes mellitus, kouření, obezita, alkoholismus a jiné.

Kardioembolické, kdy zdrojem je především srdce a nejčastější příčinou je fibrilace síní, akutní infarkt myokardu, chlopňové srdeční vady, náhrady chlopní, kardiomyopatie a další.

Lakunární neboli ischemické projevy v důsledku stenóz či uzávěrů malých arteriol se projeví vznikem mnohačetných malých infarktů. Podkladem je malé ložisko obdobné jako u aterosklerózy velkých cév. Tento typ infarktů se nejčastěji vyskytuje v oblasti bazálních ganglií, bílé hmotě hemisfér a pontu.

Jiná příčina mezi ní se řadí natržení tepny v důsledku úrazu, zánět stěny tepny či vyšší srážlivost krve (vrozené, těhotenství, porod).

Neznámá příčina je pokud se nepodaří objasnit žádná příčina, či nejsou přítomny žádné rizikové faktory (Tyrlíková, 2012; Ambler, 2011)

Hemoragické mozkové příhody, známé jako mozkové krvácení, jsou způsobeny prasknutím mozkové tepny, vysokým krevním tlakem a cévními deformitami, jako jsou aneuryzmata. Mezi další příčiny řadíme užívání antikoagulačních léčiv, poruchy srážení krve, užívání drog (amfetamin, kokain...) a nádory. Mezi méně časté příčiny patří arteriovenózní malformace, hemoragické diatézy nazývané jako zvýšená krvácivost u hemofilie, leukémie, purpury či trombocytopenie. Při krvácení dochází většinou k prasknutí jedné tepny a může se jednat o jednorázový děj, nebo může krvácení trvat několik hodin či dnů (Tyrlíková, 2012; Ambler, 2011). Mozkové hemoragie tvoří asi 20 % cévních mozkových příhod. U hemoragických krvácení se odhaduje, že přibližně 50 % jsou hluboká krvácení do bazálních ganglií, 35 % jsou lobární, 10 % mozečková a 5 % kmenová (Kalina, 2008).

1.2.1 *Symptomy cévní mozkové příhody*

Mezi příznaky možného vzniku CMP patří náhle vzniklé potíže s mluvením, porozuměním mluvenému slovu a nerozhodnost. Dále slabost, necitlivost, porucha hybnosti dolní či horní končetiny na jedné polovině strany a pokles ústních koutků. Objevují se také poruchy zraku, jako dvojité a rozmazané vidění. Častá je i ztráta rovnováhy, náhlý pád a problémy při chůzi. Někdy se objevují silné bolesti hlavy doprovázené nevolností a zvracením (Mlčoch, 2008). Příznaky trvající déle jak 24 hodin se dělí do následujících oblastí: *Poruchy vědomí*, kde vznikají kvalitativní (zmatenost, dezorientace) a kvantitativní (somnia, sopor, koma) poruchy vědomí, které se hodnotí na škále Glasgow Coma Scale. *Poruchy hybnosti*, kam se nejčastěji řadí hemiparéza a hemiplegie horních i dolních končetin, paréza lícního nervu a porucha polykání. *Somatosenzorické poruchy*, jako ztráta citlivosti na postižených horních či dolních končetinách a opomíjení jednotlivých částí těla. *Zrakové poruchy*, jako ztráta vidění na jedno oko, prosopagnosie (neschopnost rozeznat obličeje), zraková agnosie (neschopnost rozeznat objekty zrakem), zrakové halucinace, špatná fotoreakce zornic a reakce na akomodaci. *Poruchy rovnováhy*, jako závratě doprovázené zvracením a nevolností, točení hlavy, pocit jako „na vodě“ a ortostatická hypotenze (Kalina, 2008).

1.2.2 *Diagnostické metody u cévní mozkové příhody*

Součástí diagnostiky cévní mozkové příhody je pečlivé sepsání podrobné anamnézy, která je klíčová pro výsledek vyšetření. Důležité je i celkové vyšetření pacienta pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem. Nesmíme však opomenout hematologické a biochemické laboratorní vyšetření a neurologické či interní vyšetření u klienta (Krajíček, 2007).

Předpokladem k úspěšné léčbě pacienta je včasné rozlišení ischemické cévní příhody od hemoragické. Dále je třeba vyloučit jiné příčiny náhle vzniklého deficitu a správně detekovat místo lokalizace a rozsah ischemie či hemoragie. Nejdůležitější na diagnostickém vyšetření v akutním stádiu je co nejrychlejší provedení CT neboli

počítačové tomografie k vyloučení intrakraniálního krvácení a posouzení časných ischemických změn. Velmi přínosné je provedení CT angiografie, které je doplňkem k nativnímu vyšetření CT u pacientů s ischemickou CMP, jelikož nám potvrzuje místo uzávěru či stenózu mozkové tepny. Magnetická rezonance (MR) je významná v detekci mozkové ischemie a oproti CT zobrazuje měkké tkáně ve výborném kontrastu na difuzně vážených obrazech. Duplexní sonografické vyšetření (ultrazvuk) je neinvazivní metoda k zobrazení struktur krčních arterií a průtokové rychlosti krve v jednotlivých tepnách. Jako další vyšetřovací metoda se používá digitální subtrakční angiografie (DSA), která funguje na principu odečtení nativního obrazu od kontrastního (Kalita, 2006; Školoudík, 2013).

1.2.3 Léčba ischemické a hemoragické cévní mozkové příhody

Pro dobrý výsledný efekt léčby je důležitý včasný a rychlý transport pacienta na specializované oddělení iktových jednotek, nebo na oddělení jednotky intenzivní péče. Důležité je začít s léčbou co nejdříve, ve fázi, kdy ještě nedošlo ke strukturálním změnám a je zachován metabolismus. Během několika hodin, ale i dnů se může zdravotní stav změnit z reverzibilního na ireverzibilní. Doposud neexistuje žádný optimální lék ani standartní léčba, která by prokazatelně zlepšila konečný stav u většiny nemocných (Amler, 2011).

V léčbě akutního stádia ischemických CMP se používá trombolytická léčba neboli trombolýza, fungující na principu rozpuštění trombů pomocí trombolyticky aktivní substance. Dělí se na intravenózní a intraarteriální. K intravenózní trombolýze se používá rekombinantní tkáňový aktivátor plasminogenu (rt-PA), což je preparát Actilyse. Léčba musí být zahájena do 3 hodin od vzniku CMP a podstoupit ji mohou pouze pacienti, u kterých je znám jasný začátek příznaků. Na příjmových ambulancích či jednotkách intenzivní péče musí být přesný harmonogram postupu vyšetření, aby se doba mezi příjezdem nemocného a samotným zahájením intravenózní aplikace Actilysy zkrátila pod 60 minut. V této době sestra odebírá krev na vyšetření srážlivosti, krevního obrazu, sedimentace, krevní skupiny a biochemického souboru. Také zajistí u pacienta

intravenózní vstup pomocí kanyly. Sestra dále obstará základní klinické vyšetření, neurologické vyšetření, CT mozku, rentgen plic a natočí EKG křivku. Actilysu aplikuje lékař v dávce 0.9 mg/kg váhy pacienta, a to nejprve 10 % dávky jako bolus a zbylých 90 % dávkovačem po dobu 60 minut. V první hodině sestra u pacienta sleduje tlak, puls a saturaci kyslíku v 15 minutových intervalech. Poté sleduje fyziologické funkce po 30 minutách do ukončení lékařem. V pravidelných 6 hodinových intervalech odebírá krev na hemokoagulace. Během trombolýzy a hodinu po ní je přísný zákaz aplikovat léky do svalů, zavádět nasogastrickou sondu, centrální žilní katétr a katetrizovat močový měchýř. Arteriální trombolýza je možná pouze ve specializovaných centrech a má výhodu, že její aplikace je možná do 6 hodin od vzniku příznaků (Ehler, 2009; Plačková, 2008).

Základem farmakoterapie v sekundární fázi ischemického CMP je protideštičková léčba, která tlumí zvýšenou aktivitu destiček a zabraňuje tvorbě a následné embolizaci trombu. Používá se kyselina acetylsalicylová (Acylpyrin) v dávkách 50-325 mg/den. Nevýhodou jsou časté gastrointestinální vedlejší účinky, jako eroze a krvácení. Poměrně horší snášenlivost je u pacientů s onemocněním astma bronchiale. Kombinovaný preparát kyseliny acetylsalicylové s dipyridamolem (Aggrenox) má vyšší protideštičkovou účinnost, avšak způsobuje migrény a zhoršení ischemie u anginy pectoris. Dále sem patří antikoagulační léčba, která spočívá v aplikaci nízké dávky heparinu 5000j. dvakrát denně nebo nízkomolekulární heparin (Fraxiparin) o dávce 0,3ml subkutánně (s.c. – pod kůží). Nežádoucím účinkem je krvácení převážně do svalů, zažívacího traktu a mozku. K sekundární prevenci též patří hypolipidemika, známá dnes jako statiny. Tyto léky snižují hladinu cholesterolu a C-reaktivního proteinu, který je u CMP zvýšen (Ambler, 2011; Ehler, 2009).

U některých pacientů je indikována operační léčba, kdy se provádí karotická endarterektomie (CEA) a je indikována u pacientů s nálezem významné stenózy zjištěné pomocí CT, MR nebo DSA. Principem operace je odstranění aterosklerotického plátu (Hutyra, 2011). Další alternativní léčbou je perkutánní transluminální angioplastika (PTA), kdy se céva roztáhne pomocí stentu a tím se zajistí její průchodnost.

Terapie akutního stádia hemoragické CMP se léčí obdobně jako ischemická, avšak zde je kladen větší důraz na úpravu vysokého krevního tlaku a mozkového edému. Jsou zde kontraindikována antikoagulancia z důvodu zvětšení krvácení. Expanzivně chovající se mozečkové hemoragie jsou indikovány k operačnímu řešení, při němž se operačně vypouští hematoma. U některých pacientů může být řešení provedení dekompresivní kraniektomie. Farmakologická léčba je zaměřena na antideštičkovou léčbu, hypolipidemia, vazodilatancia, nootropika a relaxancia (Ehler, 2009; Ambler, 2011).

1.2.4 Následky cévní mozkové příhody

Při těžkém mozkovém poškození dochází k určitému omezení všech mozkových funkcí a tím následně ke ztrátě ovládnutí funkce těla a psychiky. U těžkých případů může nastat kóma a v horším případě i smrt. Celkově jsou následky cévní mozkové příhody závislé jednak na spontánní aktivitě postižené osoby, ale hlavně na včasné diagnostice, léčbě, ošetrovatelské péči a cíleném rehabilitačním postupu. Celkově se následky cévních mozkových příhod dělí na somatické, kognitivní a psychické (Lippertová-Grünerová, 2005).

Mezi nejčastější somatické obtíže patří *centrální parézy*, čili poruchy hybnosti, jež vedou ke snížení svalové síly. *Spasticita* se definuje jako zvýšené napětí svalové tonu, které je závislé na rychlosti pasivního protažení. Komplikací spasticity je rozvoj kontraktur, kdy jsou zdravá svalová vlákna nahrazována nefunkčními vazivovými vlákny. Pokud k tomuto dojde, končetina zůstane v patologickém postavení. *Hemiparéza* znamená částečné ochrnutí jedné poloviny těla a může být doprovázena poruchou citlivosti. U více než 10 % klientů dochází k algodystrofii paretické ruky, kdy je zmiňovaná končetina zarudlá, mramorovaná, teplejší nebo studenější a výrazně bolestivá. „*Stále významnější se jeví neglect syndrom, tedy opomíjení ochrnuté strany těla a neuvědomování paretických končetin, i když je to z hlediska hybnosti možné*“ (Votava, 2005, str.115). *Dysartrie* vzniká na základě poškození centrální nervové soustavy, jedná se o poruchu motorické realizace řeči. *Dysfonie* je porušená tvorba hlasu a jeho

následné využití a *dysfagie* jsou poruchy polykání. Důležitými somatickými poruchami jsou i poruchy regulace stupně vědomí, ovlivnění rytmu spánku a bdění, regulace teploty těla, látková výměna, hormonální systém a regulace srdeční frekvence a dýchání. K dalším následkům řadíme i poruchy povrchového cití, vnímání teploty a bolesti, schopnost vidět, slyšet, cítit a chutnat.

Poruchy kognitivních funkcí spočívají v omezení vyšší nervové činnosti a zaměřuje se na ně ve většině případů rehabilitační péče. Patří sem *Apraxie*, definována jako neschopnost provádět naučené pohyby, zejména co se týče horních končetin. Může se projevit i v řeči, v tomto případě pacient neovládá jednotlivé pohyby mluvidel. Dále *Agnozie*, jinak řečeno jako neschopnost rozeznávání předmětů a dějů v zevním či vnitřním prostředí. Můžeme sem zařadit i poruchy pozornosti, orientace, paměti, myšlení, abstrakce a ztrátu řeči (afázie).

Psychické následky mohou výrazně ovlivnit spolupráci pacienta a celkový vývoj rehabilitačního procesu. U klientů by měla být zvolena vhodná medikamentózní léčba, která by alespoň částečně zlepšila spolupráci. Do psychických poruch vyvolaných CMP řadíme impulzivitu, agresivitu, deprese, úzkosti, emoční labilitu a ztrátu integrace osobnosti (Kalvach, 2010;Lippertová-Grünerová, 2005).

1.3 Ošetrovatelská péče v akutní fázi cévní mozkové příhody

Pacienti po cévních mozkových příhodách jsou hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče, nebo na speciálních iktových jednotkách. Pro tato oddělení je charakteristický jak neustálý dohled od zdravotnického personálu, tak monitorace fyziologických funkcí. Pro efektivnější péči je důležité na těchto odděleních vytvořit správně fungující multidisciplinární tým, který umožňuje specializovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči, včasnou rehabilitaci a zapojení jak nemocného, tak jeho rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu (Kalita, 2006).

Ošetrovatelská péče je založená na kontinuálním sledování základních životních funkcí pacienta. Ty se zobrazují na monitoru po napojení pacienta na příslušné snímače. Sestra sleduje hodnoty krevního tlaku, pulzu, okysličení krve a EKG křivku. Pomocí

glukometru měří hladinu cukru, jelikož v akutní fázi CMP je častá hyperglykémie i u pacientů, kteří nemají onemocnění *diabetes mellitus* (Tyrlíková,2007;Kapounová,2007). Také musí co nejrychleji zavést žilní vstup, dle ordinace lékaře odebrat krev a co nejrychleji ji odeslat do laboratoře. Nejčastěji se odebírá krev na vyšetření krevního obrazu, koagulace a základní biochemie. V další fázi musí sestra natočit 12-ti svodové EKG, urgentně objednat CT mozku, či další lékařem zvolená zobrazovací vyšetření. Dále by měla pravidelně kontrolovat pacientův neurologický stav, zpočátku každých 15 minut, poté každou hodinu. Sestra také musí věnovat pozornost příznakům zvýšeného nitrolebního tlaku, ohledně možného, náhle vzniklého, krvácení do mozku. Nejčastějším příznakem krvácení do mozku je zvýšený krevní tlak a zpomalený puls. V bezprostřední blízkosti pacientova lůžka musí být k dispozici kyslíková maska a funkční přívod kyslíku při poklesu hodnoty kyslíku v krvi pod 90 % a pomůcky pro případnou endotracheální intubaci a mechanickou ventilaci. U pacienta, který podstoupil včasnou trombolytickou terapii, je nutnost každých 15 minut kontrolovat příznaky krvácení a sledovat laboratorní výsledky koagulačních vyšetření. Při otoku mozku je nezbytné, aby sestra zvýšila pacientovu horní polovinu těla o 35 – 40°, snížila tak intrakraniální tlak a umožnila odtok krve. Sestra během služby pravidelně aplikuje léky dle ordinace lékaře a sleduje účinky léčby.

Neodmyslitelnou součástí je pečlivé provádění hygienické péče, včetně péče o dutinu ústní. Polohování klienta jako prevence vzniku poškození kůže, péče o vyprazdňování, stravování a pitný režim. Sestra by měla poskytovat pacientovi psychickou podporu a zvolit jednoduchou komunikaci vzhledem k jeho stavu (Kapounová, 2007;Kolektiv autorů, 2008).

1.3.1 Ošetrovatelská péče v pozdní fázi cévní mozkové příhody

Po zvládnutí akutní fáze se pacient překládá na standardní ošetrovací jednotku neurologického oddělení. U těchto pacientů je kvalitní ošetrovatelská péče nedílnou součástí léčebného a rehabilitačního úsilí celého týmu, který se o nemocného stará. Tento tým tvoří lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, psychologové, ergoterapeuti,

logopedové a ostatní. Sestra musí zhodnotit psychický a fyzický stav nemocného, jeho schopnosti a možnosti spolupráce při léčbě a motivovat ke spolupráci jak rodinné příslušníky, tak samotného pacienta. V tomto směru musí sestra také zjistit potřeby a návyky nemocného a v rámci jejích schopností je uspokojovat. Důležitou součástí ošetřování je ošetřovatelský proces, což je způsob, jakým sestra vykonává péči o pacienta (Šamánková, 2006). Tóthová (2009) říká, že tato péče nesmí být intuitivní, ale založená na uváženém a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů.

Během hospitalizace je nezbytné, aby sestra u pacienta kontrolovala jeho zdravotní a neurologický stav, měřila základní fyziologické funkce a zapisovala naměřené hodnoty do pacientovy dokumentace. Dle ordinace lékaře podává léčiva a sleduje jejich žádoucí i nežádoucí účinky. Při aplikaci do žilní kanyly věnuje pozornost místu vpichu a jeho okolí. K základní ošetřovatelské péči poskytované sestrou patří hygienická péče, péče o vyprazdňování, prevence dekubitů, podávání stravy a pitný režim (Slezáková, 2007).

Hygienická péče je důležitá z hlediska zdravotního (péče o problematickou pokožku), estetického (pocit čistoty) a v neposlední řadě i psychologického. Před poskytnutím hygienické péče je nutné, aby sestra zhodnotila pacientovu soběstačnost, a dle toho se se řídila při provádění hygieny. Stanoví, co zvládne pacient sám, co s částečnou dopomocí, či je-li zcela závislý na pomoci. Po provedení hygieny sestra promaže pacienta vhodným přípravkem a mimořádnou péči zaměří na predilekční místa, kde je nemocný ohrožen vznikem dekubitů. Zvýšenou péči by měla věnovat i hygieně genitálií, obzvláště u inkontinentního pacienta. Sestra by měla nejméně 2x za den provádět zvláštní péči o dutinu ústní a při ranní hygieně dbát i o pacientův vzhled. Při poskytování hygieny je důležité udržovat lůžko v čistotě, proto si sestra k hygienickým pomůckám připraví i čisté ložní prádlo. Při všech hygienických úkonech musí postupovat systematicky, s ohledem na intimitu pacienta a zbytečně se nevzdalovat od lůžka.

Vyprazdňování patří k základním potřebám člověka. Narušené vyprazdňování nepříjemně komplikuje pacientův zdravotní stav. Způsob vyprazdňování se opět řídí stavem a soběstačností pacienta. Když je pacient schopný, sestra jej odvede na záchod,

nebo k posteli doveze pojízdný gramofon a odveze pacienta do ústraní pro lepší soukromí pacienta. Při vyprazdňování moče na lůžku použije sestra u muže močovou láhev a u ženy podložní mísu. V případě vyprazdňování stolice zvolí u obou pohlaví podložní mísu. Sestra musí znát správné techniky přiložení mísy, aby pacienta netlačila a obsah nešel mimo. U zcela inkontinentního a nesoběstačného pacienta sestra zvolí pomůcky pro inkontinentní, jako jsou plenkové kalhotky, jednorázové pleny, jednorázové podložky a kondomové urinaly. V tomto ohledu je nutné, aby sestra často kontrolovala pleny a udržovala pacienta v suchu a čistotě. U inkontinentního klienta se většinou zavádí permanentní močový katétr, který odvádí moč do sběrného sáčku a sestra může hodnotit množství, barvu, hustotu a příměsi. U stolice hodnotí pravidelnost, barvu, množství, příměsi a zápach. Vše zaznamenává do dokumentace a změny hlásí lékaři.

Prevence dekubitů je dalším podstatným faktorem v ošetrovatelské péči. V první řadě si sestra stanoví jak a do jaké míry je klient rizikový a shromáždí si o něm dostupné informace a zhodnotí je. K vyhodnocení použije tabulku dle Nortonové, kde sečte body a vyjde jí výše rizika vzniku proleženin. Nejdůležitější prevencí je změna polohy, neboli polohování, které musí sestra provádět každé dvě hodiny a zapisovat polohu do polohovacího záznamu. K polohování využije vhodné a dostupné polohovací pomůcky. Po každém polohování je nutné, aby sestra dostatečně vypnula základ lůžka, především prostěradlo a podložku a upravila celkový vzhled lůžka.

Stravování a pitný režim se významně podílí na zdravotním stavu klienta. Při podávání stravy sestra vychází ze soběstačnosti pacienta a jeho zdravotního stavu. Částečně soběstačnému klientovi dá jídlo k lůžku a případně mu dopomůže, či ho dokrmí. Ležícího pacienta zvedne do polosedu a krmí ho pomalu s ohledem na jeho stav. Pokud to jde, zapojí pacienta a motivuje ho a podporuje k soběstačnosti. Sleduje množství snědené stravy a vypitých tekutin. Tekutiny musí sestra aktivně nabízet několikrát během dne a to minimálně 1,5 – 2 litry za den. U pacienta v bezvědomí, či s poruchou polykání podává sestra stravu přes nazogastrickou sondu pomocí Janetovy stříkačky. Stravu podává mixovanou ve 3 hodinových intervalech v ordinované dávce

nejčastěji 50 – 350 mililitrů. Po každém podání musí sestra sondu propláchnout čajem a uzavřít ji (Šamánková, 2006; Slezáková, 2007).

1.3.2 Rehabilitace

Rehabilitace je definována jako činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu či onemocnění (Seidl, 2015). Zmínky o rehabilitaci se objevují již v Evropě za druhé světové války. Díky rehabilitaci je možná obnova plnohodnotného tělesného, duševního a nezávislého života. Jde především o pacienty, kteří jsou krátkodobě, dlouhodobě či trvale tělesně nebo smyslově postižení. Nejvyšším cílem rehabilitace je pomoci pacientovi, aby byl schopen samostatně vykonávat různé činnosti, aniž by ho omezovala jakákoliv zbytková invalidita. Hlavně u pacientů po cévních mozkových příhodách musí být každodenní úkony zařazeny do léčebného plánu. Při poskytování léčebného plánu je důležité se u klienta vyvarovat frustrace ze selhání, proto musí být vše prováděno v rámci schopností pacienta. K dosažení optimálního efektu léčby je nezbytná spolupráce se všeobecnou sestrou, ergoterapeutem, psychologem a ostatními členy multidisciplinárního týmu (Seidl, 2015; Švestková, 2006).

1.4 Rehabilitační ošetřovatelství

Do výuky všeobecných sester, ale i do pracovní náplně na některých pracovištích se rehabilitační ošetřování dostalo už před několika lety. Avšak je stále málo pracovišť, kde je důsledně uplatňováno. Důvodů a příčin je několik, především jde o nedostatek dovedností, malé uplatňování teoretických znalostí, nedostatečné personální, technické a materiální vybavení či špatná organizace práce. Rehabilitační ošetřovatelství je uplatňováno na pracovištích, kde jsou hospitalizováni pacienti s těžkým zdravotním postižením a pacienti s následnými poruchami hybnosti (Klusoňová, 2005).

V podstatě je rehabilitační ošetřovatelství způsob aktivního ošetřování, kdy se sestra snaží u pacienta zamezit vzniku komplikací a sekundárních změn pomocí všech dostupných prostředků. Rehabilitačním prostředkem v sesterské praxi je polohování pacientů pomocí polohovacích pomůcek. Každodenní a produktivní spolupráce sestry s fyzioterapeutem, účelná dělba práce při ošetřování neurologických pacientů je velmi významná a považuje se za základní charakteristický znak rehabilitačního ošetřovatelství (Klusoňová, 2005). Mezi neurologickým ošetřováním a rehabilitací je velmi úzký vztah, jelikož se sestra stará o pacienta celý den, kdežto fyzioterapeut je s ním jen krátce během dne, proto by se měly tyto obory vzájemně doplňovat. Pohyb a aktivita jsou jednou ze základních potřeb člověka a jsou jedním z ukazatelů zdraví jedince. V potřebě pohybu se z hlediska množství, rozsahu, četnosti, druhu pohybu a způsobu uspokojení lidé odlišují. Avšak každý z nich ho potřebuje ke zvládnutí běžných denních činností, či pro svou samostatnou a nezávislou existenci. Proto rehabilitace svými prostředky pomáhá zmírnit následky, či zcela obnovit funkci pohybového systému. Sestra nikdy nemůže nahradit fyzioterapeuta, ale pro pacienta může v běžné sesterské praxi udělat mnoho. Důležitý je návrat nemocného do společnosti, na kterém se podílí nejen zdravotní sestra a fyzioterapeut, ale i sociální, pracovní a pedagogicko-výchovná rehabilitace (Slezáková, 2014; Holubová, 2011).

1.4.1 Polohovací a kompenzační pomůcky

V dnešní době mají rehabilitační pomůcky nezastupitelné místo u klientů s poruchou hybnosti. Polohovací pomůcky slouží nejen jako prevence vzniku komplikací a sekundárních změn spojených s imobilitou, ale také podporují soběstačnost klientů na nejvyšší možnou míru. Rehabilitační prostředky lze rozdělit pro pacienty po CMP na polohovací a kompenzační pomůcky. Pro polohování se využívají polštářky, válce, půlválce, klíny, kvádry a hranoly. Tyto pomůcky slouží k podkládání horních a dolních končetin a také zajišťují stabilní polohu pacienta. Molitanové, perličkové a gelové pomůcky jsou nejčastěji ve tvaru kroužku a podkládají se jimi místa ohrožená vznikem dekubitů. Další pomůckou jsou desková zarážka či bednička, která se

vkládá do spodní části lůžka, když je pacient ve zvýšené poloze. Zabraňuje sklouznutí pacienta v lůžku tím, že se o záražku zapírá nohama. K usnadnění pohybu je nejpoužívanější pomůckou hrazdička, která je vyrobená z plastu, má trojúhelníkový tvar a pomocí popruhu se zavěšuje na kovový rám postele. Výborným pomocníkem jsou také elektronicky polohovatelná lůžka, která jsou lehce ovladatelná jak pro sestry, tak pro pacienty. Tyto lůžka je vhodné doplnit o antidekubitní matraci. Do kompenzačních pomůcek se řadí kartáče, houby a hřebeny s prodlouženou rukojetí, které využívají klienti s těžkým poškozením jedné z horní končetiny. Speciálně upravené a prodloužené lžice do bot a navlékače ponožek se uplatní u pacientů s neschopností se obout a obléct na ochrnuté straně. Vhodné je používat zapínače a rozepínače knoflíků. Pro pohyb se používají různé hole, mechanické a elektrické vozíky. Pro hygienu je vhodné koupelnu opatřit madly a sedačkou do vany, nebo na ní. (Bendová 2006, Sedlářová 2011).

1.4.2 Polohování a mobilizace klienta po cévní mozkové příhodě

Polohování představuje systematické změny poloh pacienta v lůžku, křesle, nebo na vozíku, prováděné v pravidelných časových intervalech, za účelem prevence vzniku dekubitů, nebo usnadnění jejich léčby. Střídáním poloh se zabraňuje nadprůměrnému tlaku na predilekční místa a zajišťuje tak dostatečné okysličení a prokrvení podkožních tkání. Polohování je první ošetřovatelsko-rehabilitační výkon u klientů v akutním stádiu onemocnění. Interval mezi jednotlivými změnami poloh závisí na zdravotním stavu pacienta. Nejlepší je měnit polohu každé 2 hodiny během dne a v noci jednou za 3 hodiny. Pravidelnost sestrám usnadňuje vedení podrobného a přesného polohovacího plánu. U neurologických pacientů je nejlepší polohou leh na postižené straně, jelikož posiluje vnímání ochrnuté poloviny těla. Cílem polohování je zabránit vzniku proleženin, kontraktur, ankylózám a deformitám končetin (Slezáková, 2014; Smilníková, 2008). Dle požadovaného účinku lze polohování rozdělit do několika typů. *Preventivní polohování* se využívá jako prevence špatného postavení v kloubech nebo svalového zkrácení. Správné uložení končetin a změnu polohy provádějí sestry. Pokud je pacient schopný, může jej sestra motivovat k samostatným změnám poloh. *Korekční*

polohování je prováděno tam, kde již nastal omezený pohyb, zkrácení svalů nebo deformita. Polohování provádí rehabilitační pracovník pomocí pískových dlah, vaků nebo fixačních pásů. *Protibolestivé polohování* neboli úlevová poloha, kterou pacient zaujímá sám ke zmírnění bolesti. Poloha většinou nebývá fyziologická a delší přetrvávání v této poloze může vyvolat sekundární změny na pohybovém aparátu. Sestra však může polohu zpříjemnit podložním bolestivého místa polštářem, válcem pod kolena či jinou pomůckou (Klusoňová, 2005; Smilníková, 2008).

Důležitá je správná manipulace s pacientem v rámci ošetrovatelské péče. Manipulace je činnost, kterou sestra vykonává polohováním, přemísťováním a posazováním pacienta (Slezáková, 2014). Někteří pacienti mají po CMP problémy s vnímáním postižené strany, proto nereagují na žádné podněty z postižené strany těla, ani prostoru na této straně. Ošetřující personál, návštěvy, ale i lékaři by měli přistupovat k pacientovi z postižené strany. Sestra musí umístit noční stolek a ostatní pacientovi věci tak, aby na ně klient dosáhl zdravou rukou a přitom se musel přetočit přes postižený bok. Tímto způsobem si pacient uvědomuje opomíjenou stranu těla.

Poloha na zádech (Příloha 2). Pacient leží na rovném lůžku, hlavu a ramena má podloženou polštářem. Hlava i trup leží v ose páteře a paže jsou podél těla vypodložené polštářem. Pod kolena dolních končetin je možno vložit polštář a paty zapřít molitanem.

Poloha na postiženém boku (Příloha 3). Pacient leží na boku více navalen na záda, která jsou podložena polštářem v celé délce. Paretická horní končetina je vypodložená polštářem a volně natažená před tělem dlení vzhůru a nataženými prsty. Ochrnutá dolní končetina je v kyčli a koleni mírně pokrčená a v celé délce vypodložená polštářem.

Poloha na zdravém boku (Příloha 4). Nemocný leží na boku více navalen na břicho, hlava je podložena polštářkem v ose těla. Ochrnutá horní končetina leží na polštáři předpažena do úhlu 100° před tělem a dlaní směřuje dolů. Paretická dolní končetina je mírně pokrčená v kyčli a koleni a podložena spočívá před tělem. Nepostižená dolní končetina je natažená a zdravá horní končetina je položena dle přání pacienta.

Převrácení na bok ochrnuté strany. Pacient leží na zádech, sestra ho přidržuje za rameno a koleno postižené strany. Nemocný samostatně přetáčí zdravé koleno a rameno z lůžka.

Poloha z lehu do sedu. Klient leží na postiženém boku, u kterého stojí i sestra. Nemocnou horní končetinu pokrčí v lokti a mírně pokrčí obě nohy. Sestra nemocného uchopí v podpaží nemocné strany a pod koleny obou končetin, které postupně sesouvá z lůžka. Nemocný se může přidržovat zdravou rukou o rameno sestry.

Chůze. Sestra stojí vedle nemocného na postižené straně. Svou bližší rukou fixuje rameno nemocného a druhou rukou vede pacienta za jeho postiženou ruku (Klusoňová 2005; Mikula, 2008).

1.5 Multidisciplinární tým

Zdravotnický tým je zpravidla týmem multidisciplinárním. Tvoří základní stavební kameny v poskytování ošetrovatelské péče. Ve zdravotnictví je týmová práce důležitá k uspokojení všech pacientových potřeb, poskytnutí bezpečné a účinné péče k jeho vyléčení a zamezení komplikacím. Zdravotnický tým je tvořen mnoha profesionály ve svém oboru. Počet zúčastněných osob na procesu uzdravování pacienta je závislý na sféře či oblasti zdravotnictví, v níž je péče poskytována. Do zdravotního týmu se obecně řadí lékaři, sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, nutriční terapeuti, sanitáři, sociálně-zdravotní pracovníci, duchovní, ale také studenti všech zdravotnických a sociálních oborů. Dobře fungující tým považuje za své členy také pacienty a jejich rodiny nebo jiné blízké osoby, protože jsou nepostradatelní při plánování a realizaci intervencí potřebných k uzdravení pacienta. Péče o zdraví člověka vyžaduje neustálou pozornost, koordinaci a integraci, kterou může zajistit pouze týmová práce zdravotnických pracovníků. Všichni členové si musí uvědomit důležitost vzájemné spolupráce, proto musí mezi sebou vytvořit dobré pracovní vztahy a atmosféru na pracovišti. Týmová práce se zde stává charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství (Vévoda, 2013; Plevová, 2012).

1.5.1 *Propojení práce sestry a fyzioterapeuta*

Ošetrovatelský plán zahrnuje spolupráci sestry a fyzioterapeuta. Vzájemně se informují o stavu pacienta a vypracovávají souběžný ošetrovatelský a rehabilitační postup. Ten vedou k vzájemné podpoře uzdravování klienta a tím i pro kvalitní a efektivní práci mezioborového pracovního týmu. Praktická spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem znamená, že nikdo není nikomu nadřizen ani podřízen. Oba jsou profesionálové a jejich společným úkolem je navrátit pacientovi co největší soběstačnost. Jejich spolupráce se propojuje v následujících úkonech.

Polohování. Správně prováděné polohování je základem pro následný pohybový vývoj pacienta a napomáhá fyziologickému držení těla a končetin. Sestra provádí polohování každé 2 hodiny. Fyzioterapeut by měl instruovat sestru o správném způsobu polohování a využití vhodných pomůcek pro danou situaci.

Dechová gymnastika. Fyzioterapeut provádí s klientem dechová cvičení, používá různé speciální pomůcky a techniky, které pomáhají zlepšit zdravotní stav pacienta a zadává mu různé úkoly či instrukce. Sestra provádí hygienu dýchacích cest, manuálně pomáhá při vykašlávání, dezinfikuje pomůcky a dohlíží, zda plní zadané úkony.

Vertikalizace, nácvik přesunů a chůze. Úkolem fyzioterapeuta je nácvik vertikalizace, přesunů, přechodu do stoje a nácvik chůze. Zajišťuje dodání technických pomůcek a informuje sestru o správném způsobu jejich využití. Úkolem sestry je poté zajistit vertikalizaci pacienta a posezení v lůžku. Zajišťuje bezpečnost při nejisté chůzi a přesouvání. Vše provádí dle instrukcí fyzioterapeuta.

Příjem potravy a tekutin. Sestra má za úkol dopomáhat pacientovi, pokud není schopen se samostatně najíst či napít. Samozřejmostí je respektovat návyky, tempo, množství jídla a pití při krmení. Klient by měl být ze strany sestry vybízen a povzbuzován v příjmu tekutin a potravy. Fyzioterapeut vybírá dle potřeby vhodné kompenzační pomůcky, které klientovi pomohou k samostatnosti a soběstačnosti.

Vyprazdňování. Fyzioterapeut vykonává s pacientem cviky pro posílení břišních svalů a dna pánevního, cviky pro povzbuzení peristaltiky a nácvik samostatné výměny inkontinentních pomůcek včetně hygieny. Sestra klientovi umožňuje být co nejvíce

samostatným, zajišťuje soukromí a pohodlí, nabízí vhodné inkontinenční pomůcky a kontroluje plnění zadaných úkolů podle instrukcí fyzioterapeuta.

Hygiena. Součástí komplexní ošetrovatelské péče poskytované sestrou. Pokud je klient částečně soběstačný, sestra mu dopomáhá a naopak při nesoběstačnosti, u něj provádí veškeré úkony. Důležité je, aby dbala i na úpravu pacientova zevnějšku. Fyzioterapeut vybírá vhodné kompenzační pomůcky, ergonomické vybavení koupelny a provádí nácvik aktivní hygienické péče.

Oděv a obuv. Fyzioterapeut vybírá pro pacienta vhodné kompenzační pomůcky, oblečení a obuv pro vybudování soběstačnosti. Dále provádí cvičení obratnosti, při oblékání, svlékání, obouvání a zouvání. Sestra radí a pomáhá při výběru oblečení a obuvi. Při neschopnosti klienta mu pomáhá i s oblékáním a obouváním (Benešová, 2009; Klusoňová 2005).

1.5.2 Komunikace sestry s pacientem po cévní mozkové příhodě

Ze strany sestry je schopnost komunikace základním prostředkem k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem po CMP. U pacienta může být porucha komunikace různého rozsahu. Úkolem sestry je zhodnotit komunikační schopnosti pacienta a sledovat jeho verbální i neverbální projevy (Venglářová, 2006). Během rozhovoru udržuje oční kontakt s pacientem, hovoří pomalu, srozumitelně a v jednoduchých větách. Sestra během komunikace povzbuzuje nemocného, vybízí ho k pomalému vyjadřování a v případě potřeby jej požádá o zopakování požadavků, které se týkají uspokojování jeho potřeb. V případě špatné komunikace vede pacienta k použití alternativních prostředků, jako jsou blok a pero, gesta, signály rukama a očima. Pokud klient není schopen psát, zajistí obrázkové a písmenkové tabulky. U nemocného s afázií, který má zachovanou schopnost porozumět mluvenému slovu, je třeba kontrolovat ze strany sestry své chování a nemluvit před pacientem, jako by zde nebyl. Je-li přítomná frustrace či hněv, je nutné pacienta ujistit, že jsou v jeho případě přirozenou reakcí. Pokud je to nutné, sestra zajistí logopedickou konzultaci, dle pokynů logopeda motivuje

pacienta a dohlíží na plnění úkolů. Vhodné je zapojit i rodinné příslušníky či blízké osoby. Sestra musí během hospitalizace zaznamenávat veškeré pokroky v komunikaci a změny psychického stavu do ošetrovatelské dokumentace (Klusoňová, 2005; Slezáková, 2014).

1.5.3 Kompetence všeobecné sestry

Všeobecná sestra vykonává svojí profesi dle vyhlášky 55/2011 Sb. Vydanou 14. března 2011, která hovoří o činnostech zdravotnických pracovníků. Sestra podle § 3 odstavce 1 vykonává činnost bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje a zajišťuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra vyhodnocuje úroveň soběstačnosti a potřeby pacientů, projevy jejich onemocnění a rizikové faktory. Sleduje a hodnotí dech, pulz, tělesnou teplotu, krevní tlak a elektrokardiogram. Hodnotí, pozoruje a zaznamenává stav pacienta. Zajišťuje herní aktivity u dětí. Provádí odběr biologického materiálu získaného neinvazivní cestou. Odsává sekrety a zajišťuje průchodnost dýchacích cest. Hodnotí a ošetřuje stomie, celistvost kůže, centrální a periferní žilní vstupy. Ve spolupráci s ergoterapeutem a fyzioterapeutem provádí rehabilitační ošetřování, dechová cvičení, posazování a bazální stimulaci jako prevenci. Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti a informuje pacienta o všech ošetrovatelských postupech. Kontroluje, přejímá a ukládá léčivé přípravky dle Zákona č. 378/2007 Sb., včetně návykových látek dle Zákona 167/1998 Sb., a zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Přejímá, ukládá a kontroluje zdravotnické potřeby dle Zákona č. 123/2000 Sb., a zajišťuje jejich zásobu, dezinfekci a sterilizaci. Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přípravuje pacienty k výkonům, které provádí, nebo při nich asistuje a zajišťuje ošetrovatelskou péči po výkonech. Podává léčivé přípravky s výjimkou injekcí do žíly, nebo infuzí u kojenců a dětí do 3 let. Zajišťuje kyslíkovou terapii, odebírá biologický materiál, provádí screeningové vyšetření a orientačně hodnotí výsledky. Ošetřuje akutní

a pooperační rány a pečuje o drény. Provádí katetrizaci močového měchýře u žen a dívek nad 10 let a pečuje o močové katetry. Ošetřuje tracheostomické kanyly, zavádí a pečuje o nazogastrické sondy u pacientů nad 10 let a podává do nich výživu. Výplach žaludku provádí u pacientů při vědomí starších 10 let. Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může aplikovat nitrožilně krevní deriváty, asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků dle Zákona 378/2007 Sb. Na základě indikace lékaře v průběhu podání transfuze ošetřuje pacienta a ukončuje její aplikaci (Vyhláška č. 55/2011).

1.5.4 Kompetence fyzioterapeuta

Fyzioterapeut vykonává činnosti podle § 3 odstavce 1 a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu v souladu s diagnózou lékaře, případně v souladu s doporučeným postupem lékaře, pokud je stanoven, a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace fyzioterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Provádí vyšetření nutná pro stanovení dalšího postupu, pomocí odebrání anamnézy, vyšetření pohybového systému, tělesných segmentů a dechových funkcí pomocí manuálních postupů, testů a diagnostických metod. Zajišťuje komplexní kineziologické vyšetření včetně diagnostiky bolestivých bodů, poruch pohybového systému, algeziologické vyšetření, škálové hodnocení spasticity a dalších neurologických projevů. Analyzuje běžné denní aktivity a provádí cílené ergonomické vyšetření dle stavu pacienta. Sestavuje krátkodobý či dlouhodobý fyzioterapeutický plán se znalostí patofyziologie onemocnění, vady a poruchy na základě fyzioterapeutické diagnózy. Pomocí pohybu a dalších fyzioterapeutických metod cíleně ovlivňuje funkce dalších systému, včetně psychických funkcí. Doporučuje kompenzační pomůcky pro pacienty. Aplikuje metody fyzikální terapie a balneologické procedury. Hodnotí výsledný efekt fyzioterapeutické péče. Fyzioterapeut může bez odborného dohledu a indikace provádět edukaci, prevenci a poradenství za účelem udržení či obnovy pohybových funkcí. Může školit zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat ošetrovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství. Doporučuje pacientům

ergonomické úpravy domácího a pracovního prostředí. Dle Zákona č. 378/2007 Sb., přejímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky, přičemž zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Přejímá, kontroluje a ukládá zdravotnické prostředky podle Zákona č. 123/2000 Sb., včetně prádla a zajišťuje jejich dezinfekci, sterilizaci a dostatečnou zásobu. Fyzioterapeut bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může provádět specializované diagnostické postupy a přístrojové vyšetření za účelem vyšetření pohybového systému pomocí pozitronové elektomyelografie a posturagrafie. U pacientů, kde je reálné riziko selhání životních funkcí aplikuje fyzioterapeutické postupy (Vyhláška č. 55/2011).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat spolupráci všeobecných sester a fyzioterapeutů u klientů po CMP v nemocničním prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: V čem spočívá spolupráce mezi všeobecnými sestrami s fyzioterapeuty u klientů po CMP?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké problémy ztěžují spolupráci mezi všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty?

3 METODIKA

3.1 *Použitá metoda*

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního šetření. Formy, které jsme v této práci využili, byly polostrukturované rozhovory a zúčastněné skryté pozorování. Rozhovory se sestrami a fyzioterapeuty byly zpracovány, přepsány a na základě studia písemných záznamů pomocí metody tužka a papír (Švaříček 2007) uspořádány do kategorií. Výzkumné šetření bylo prováděno v nemocnici na neurologickém oddělení a oddělení následné péče se svolením hlavní sestry a souhlasem vrchních sester zmiňovaných oddělení. Z důvodu zachování anonymity, není souhlas součástí bakalářské práce, ale je k nahlédnutí u autorky bakalářské práce. Šetření bylo zcela anonymní, pozorování a rozhovory probíhaly v období od 23.3.2015 – 17.4.2015.

3.1.1 *Pozorování*

Pro výzkumné šetření byla použita metoda skrytého zúčastněného pozorování, které probíhalo dle předem vytyčených bodů. Zjištěné poznatky byly zaznamenávány v průběhu pozorování do pozorovacího archu (Příloha 5), následně přepsány a vyhodnoceny. Pozorování bylo zaměřené na sestry a fyzioterapeuty, s kterými byly vedeny rozhovory.

3.1.2 *Rozhovor*

Ke sběru dat byl aplikován polostrukturovaný rozhovor, v němž bylo sestrám položeno 35 otázek (Příloha 6) a fyzioterapeutům 28 otázek (Příloha 7), doplněné o další podotázky. Rozhovory byly vedeny se skupinou sester a fyzioterapeutů, které jsme pozorovaly. V průběhu rozhovoru byly otázky doplňovány, zaznamenávány písemnou formou a poté přepsány (Příloha rozhovorů na CD). Délka každého rozhovoru se pohybovala přibližně kolem 60-ti minut. Získaná data byla analyzována, následně vyhodnocena a uspořádána do kategorizačních skupin.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl utvořen ze dvou skupin. První skupinu tvořilo 7 všeobecných sester, a druhou skupinu 3 fyzioterapeuti, pracují na neurologickém oddělení a oddělení následné péče.

Sestra č. 1 působí na oddělení následné péče. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské studium zakončené titulem bakalář. Na oddělení pracuje téměř pět let. Při rozhovoru ochotně zodpovídala všechny položené otázky. Rozhovor probíhal v soukromí na sesterně.

Sestra č. 2 pracuje na neurologickém oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské studium, na něž navázala specializací na elektromyografické vyšetření. Na oddělení působí 27 let. Při rozhovoru působila příjemným dojmem a s ochotou odpovídala na kladené otázky. Rozhovor probíhal na denní místnosti sester.

Sestra č. 3 pracuje na oddělení následné péče a její nejvyšší vzdělání je středoškolské. Na oddělení působí pouze jeden a půl roku. Dotazy zodpovídala ochotně, avšak s větší časovou prodlevou. Rozhovor probíhal na denní místnosti sester.

Sestra č. 4 pracuje na oddělení následné péče, a to po dobu devíti let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Rozhovor nejdříve odmítala, až po ujištění o anonymitě k němu svolila. Na otázky odpovídala vstřícně, bohužel došlo k velkým časovým indispozicím, kdy byla nucena opětovaně odejít kvůli patientským zvonkům. Rozhovor se odehrával na sesterně.

Sestra č. 5 pracuje na oddělení následné péče, a to téměř devět let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, s následným postgraduálním vzděláním na sestru specialistku pro interní oddělení. Při rozhovoru působila přívětivě, ale příležitostně delší dobu přemýšlela nad svou odpovědí. Rozhovor probíhal na sesterně, za občasné přítomnosti sestry č. 4.

Sestra č. 6 pracuje na neurologickém oddělení. Nejvyšší vzdělání, jehož dosáhla, je středoškolské, avšak momentálně studuje dále bakalářské studium na všeobecnou sestru v Jihlavě. Na oddělení působí šest let. Na otázky odpovídala netečně a neustále se dotazovala, kdy bude konec. Rozhovor probíhal na sesterně.

Sestra č. 7 pracuje na neurologickém oddělení již jedenáct let. Nejvyšší dosažené vzdělání představuje vysokoškolské, zakončené bakalářským titulem. Při rozhovoru působila milým dojmem a s ochotou zodpovídala kladené otázky. Rozhovor probíhal na sesterně, a to za přítomnosti doktora.

Fyzioterapeut č. 1 je žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské zakončené bakalářským titulem. Jako fyzioterapeutka pracuje osm let. Při rozhovoru odpovídala na položené otázky nejen se vstřícností, nýbrž se několikrát k danému tématu i více rozmluvila. Rozhovor probíhal na denní místnosti sester.

Fyzioterapeut č. 2 je žena a jako fyzioterapeutka působí již dvaadvacet let. Její nejvyšší dosažené vzdělání představuje gymnázium, ke kterému později dostudovala nástavbové studium na rehabilitačního pracovníka. K poskytnutí rozhovoru nejprve přistupovala zdráhavě, ale následně svolila. Na otázky odpovídala vstřícně. Rozhovor probíhal v soukromí, v prostorách jídelny.

Fyzioterapeutka č. 3 je také žena a její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola s titulem Dis. Tuto profesi vykonává osm let. Na kladené otázky odpovídala se zájmem. Rozhovor probíhal na sesterně.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizační výsledky z rozhovorů s všeobecnými sestrami

4.1.1 Kategorizační skupiny

1. Hospitalizace pacientů s CMP
2. Ošetrovatelská péče u pacientů po CMP
3. Přítomnost fyzioterapeutů na oddělení
4. Předávání informací
5. Získání informací po ukončení rehabilitace od fyzioterapeuta
6. Nedostatky při předávání informací
7. Rehabilitační ošetrovatelství
8. Polohování
9. Polohovací pomůcky
10. Kompenzační pomůcky
11. Zapojení sestry do rehabilitačního ošetrovatelství
12. Současná spolupráce
13. Vzdělávání v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství

1. Hospitalizace pacientů s CMP

V této kategorii jsme se zabývali, jací pacienti jsou nejčastěji hospitalizováni na oddělení, v jakém stádiu CMP, kolik pacientů se přijme za měsíc, jak dlouho jsou hospitalizováni a v neposlední řadě na jaká dostupná oddělení se poté překládají.

Sestrám na oddělení následné péče byla položena již zmiňovaná otázka, jaké pacienty zde mají nejčastěji hospitalizované. Sestry 1,3,4 a 5 se jednoznačně shodly, že to jsou neurologičtí pacienti po CMP, ortopedičtí a interní. Dále sestry 3,4 a 5 uvedly, že kromě zmiňovaných pacientů zde mívají i onkologické pacienty v terminálním stádiu. Na otázku, kolik pacientů po CMP přijmou za měsíc, sestra č. 1 odpověděla: „Většinou kolem těch pěti pacientů za měsíc“. Sestry č. 2 a 3 se shodly na třech pacientech za

měsíc a sestra č. 4 odpověděla „*Dva až tři za měsíc*“. V následující otázce jsme se zabývali stádiem CMP u hospitalizovaných pacientů. Sestra č. 1 uvedla: „*U nás leží pouze stabilizovaní pacienti, kteří jsou na tomto oddělení kvůli rehabilitaci a nácviku logopedie*“. Sestra č. 3 sdělila: „*Pacienti ve stabilizovaném stavu, kteří se sem chodí zrehabilitovat*“. Ostatní sestry č. 4 a 5 odpověděly zcela stejně jako výše uvedená sestra č. 3. Ohledně otázky, jak dlouho jsou u nich tito pacienti hospitalizováni se všechny sestry č. 1, 3, 4 a 5 shodly na časovém intervalu tří měsíců. Poslední otázka se zaměřovala na další dostupná oddělení pro překládání pacientů po CMP. Sestra č. 1 zmínila, že: „*V rámci nemocnice už nikam. Bud' jdou do domovů důchodců, nebo když se dobře podaří pacienta zrehabilitovat, tak se vrací zpět do rodiny*“. Sestry č. 3, 4 a 5 měly totožný názor, a to že pacienty překládají do domova důchodců, sociálního zařízení, či do jejich domácího prostředí. Sestra č. 4 ještě doplnila jiná rehabilitační zařízení.

Na neurologickém oddělení byly též sestry č. 2, 6 a 7 dotazovány, jaké pacienty zde mají nejčastěji hospitalizované. Sestry č. 2 a 7 se shodovaly na CMP, bolestech zad, epilepsii a nádorovém onemocnění. Sestra č. 2 dostala doplňující otázku, zdali je vyšší počet pacientů po CMP, v porovnání s ostatními, na kterou odpověděla: „*To si nemyslím, je to vyrovnané*“. Sestra č. 6 k otázce o hospitalizaci pacientů zároveň dodala neuroinfekce a roztroušené sklerózy. Další otázka se zabývala tím, v jakém stádium CMP jsou pacienti hospitalizováni a na jak dlouhou dobu. Sestra č. 2 uvedla: „*U nás jsou pacienti již v akutním stádiu, zhruba těch deset dní*“. Tato sestra se shodla na délce hospitalizace se sestrou č. 2, avšak sestra č. 7 uvedla délku hospitalizace kolem 14 dní. Dále sestry č. 6 a 7 uvedly, že hospitalizují pacienty v akutním a subakutním stádiu. Poslední otázka se zabývala dostupnými odděleními pro překládání pacientů. Sestra č. 2 se zmínila o rehabilitačním zařízení v Dačicích a o oddělení následné péče. Sestry č. 6 a 7 odpověděly zcela identicky: „*Překládáme je na oddělení následné péče, do léčebny dlouhodobě nemocných v Počátkách či do domácí péče*“.

2. Ošetrovatelská péče u pacientů po CMP

Tato kategorie je zaměřená na hodnocení ošetrovatelské péče u pacientů po CMP z pohledu sestry. Sestrám byla položena otázka, co hodnotí z hlediska ošetrovatelské péče u pacientů po CMP. Všechny sestry se shodly, že u pacientů hodnotí hybnost, řeč, tlak, pulz, příjem potravy, hydrataci a stav pokožky. Sestra č. 4 navíc uvedla, že kontroluje polykání a obličejovou část pacienta. Sestra č. 5 doplnila údaje o monitorování soběstačnosti a poklesu koutků. Sestra č. 7 dodala, že hodnotí soběstačnost a obličej pacienta. V této kategorii nás dále zajímalo, v jakých případech se sestra rozhodne zalarmovat doktora. Sestry č. 1, 3, 4, 5 a 7 totožně uvedly, že volají doktora, pokud se u pacienta objeví povislé koutky, vysoký krevní tlak, zhoršená řeč a pohyblivost. Sestra č. 2 tuto informaci doplnila o poruchy polykání a neshody, které hlásí alarmy, když je pacient napojený na monitor. Sestra č. 6 uvedla, že doktora přivolá: „*Jakmile dojde k jakékoliv změně oproti tomu, co bylo*“. Sestrám č. 1, 2, 5, 6 a 7 byla položena doplňující otázka, zdali se na jejich oddělení často objevuje potřeba přivolat doktora. Sestra č. 1 uvedla: „*Ano, stává se to často, skoro u půlky pacientů, co máme zde na oddělení*“. Zbylé sestry sdělily, že za jejich služby tato situace příliš nenastává, přičemž sestra č. 5 dodala nutnost za její služby několikrát doktora přivolat. Pro doplnění informací jsme sestrám č. 1 a 5 položily podotázku a ptali se na způsob jejich reakce při náhle vzniklých situacích. Obě dvě sestry uvedly obdobné odpovědi. Zavolají lékaře, pacienta dají do zvýšené polohy, měří mu tlak a pulz a sledují jeho celkový stav do příchodu doktora.

Na otázku, jak probíhá jejich směna při ošetřování pacienta po CMP, se všechny sestry shodovaly na postupu péče. Uváděly, že jejich práce spočívá v hygienické péči, péči o pokožku, podávání medikace, měření fyziologických funkcí, polohování a dopomoci při provádění činností všedního dne. Pouze sestry č. 1 a 5 kontrolují, zda mají pacienti umístěný stoleček na správné straně.

3. Přítomnost fyzioterapeutů na oddělení

Při šetření byla sestrám položena otázka, zda k nim dochází fyzioterapeuti či jsou k dispozici na oddělení. Všechny sestry jednoznačně uvedly každodenní docházku

fyzioterapeutů. Sestry č. 3, 4 a 7 odpověď doplnily o údaj, že fyzioterapeuti nejsou přítomni o víkendech a svátcích. Sestry č. 1 a 4 dodaly přítomnost soukromého fyzioterapeuta na oddělení, na vyžádání rodiny. Těmto sestřám byla kladena doplňující otázka. Sestra č. 1 na otázku, jak často jej rodina vyžaduje, odpověděla: „*Moc ne, záleží na postavení rodiny vůči onemocnění své blízké osoby*“. Sestra č. 4 na otázku, jak často dochází soukromý fyzioterapeut, odpověděla: „*Co se týče soukromého fyzioterapeuta, tak ten chodí na vyžádání rodiny*“. V další otázce jsme se ptali na počet fyzioterapeutů docházejících na oddělení. Sestry se shodly na počtu jeden až dva fyzioterapeuti. Sestra č. 1 na počet odpovídá: „*Jeden na den, pokud potřebuje nějakou výpomoc, tak si přivolá dalšího fyzioterapeuta*“. Sestry č. 2 a 4 měly podobnou odpověď, jako sestra č. 1. Sestra č. 3 na položenou otázku uvedla: „*Jedna až dvě fyzioterapeutky. Každé tři měsíce se střídají s jinými, takže je tu nemáme stále*“. Sestry č. 5 a 6 se též shodovali s výpovědí sestry č. 1. Sestra č. 7 odpověděla obdobně: „*Většinou chodí jeden ráno a odpoledne a u těžších pacientů chodí odpoledne dva*“.

4. Předávání informací

V této kategorii jsme se zaměřovaly na předávání informací o pacientech mezi sestry a fyzioterapeuty. Zajímal nás hlavně způsob a místo předávání informací. Všechny sestry se mezi sebou shodly, že si informace s fyzioterapeuty předávají. Sestra č. 1 dodala nutnost tohoto předání ihned po příchodu fyzioterapeutů. Sestra č. 2 rozšířila odpověď. Fyzioterapeuti prý dochází i na vizity. Dokonce se fyzioterapeuti i hodně ptají, zazněla sestra č. 3. Zato sestra č. 6 poskytla jinou odpověď. Uvedla, že si informace předávají minimálně. Sestra č. 7 odpověděla: „*Ano, předáváme si informace před vizitou a po vizitě*“. Všechny dotázané sestry se taktéž shodly, na předávání informací pouze ústní formou na sesterně. Sestra č. 5 doplňuje předávání informací na sesterně u informační tabule. „*Občas si je předáváme i u vizity*“, sděluje sestra č. 7. Sestřám jsme dále položili otázku, co vše obsahuje jejich předání informací o pacientovi pro fyzioterapeuta. Sestra č. 1 v rozhovoru uvádí: „*Když je nový pacient, tak odkud přišel, jak je na tom pohybově, jaká je sním komunikace a jaký je momentálně jeho stav. U ostatních pacientů, jestli se od minule změnil jejich celkový a zdravotní stav, zda*

někdo neměl teplotu a upozorním na to, jaký pokoj se koupe, aby pacienta nerehabilitovali hned po koupeli“. Sestra č. 2 předává: *„Jaký je zdravotní stav pacientů, jestli nedošlo k nějakému zhoršení, jaká je s nimi komunikace, zda někdo neměl teplotu či se koupe“.* Sestry č. 3, 4, 5 a 7 měly obdobné odpovědi jako sestra č. 2. Pouze sestra č. 6 uvedla jinou odpověď než všichni ostatní, a to: *„Informace nejčastěji dostávají od staniční sestry, nebo u vizity, na které s námi chodí. Ode mne informace moc nedostávají“.*

5. Získání informací po ukončení rehabilitace od fyzioterapeuta

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jaké informace sestry získávají od fyzioterapeutů po ukončení rehabilitace. Sestra č. 1 sdělila: *„Řekne mi, co zkoušeli na lůžku a jak se který pacient zlepšil. Sama také pozoruji změny u pacienta, když s ním rehabilituji v chodítku na chodbě“.* Sestra č. 2 dostává tyto informace: *„Jestli u pacientů došlo k nějakému zlepšení. Oznamují mi, kteří pacienti odmítají cvičit, či s nimi nelze rehabilitovat, jelikož nerozumí sděleným informacím“.* Sestry č. 3, 4 a 5 měly velmi podobné odpovědi jako jejich kolegyně č. 2. Záporně odpověděla sestra č. 6, když ve své odpovědi uvedla: *„Mě jako sestře žádné, nevím jak staniční sestře. Když chci od nich něco vědět, musím se většinou doptat“.* Jinak odpověděla i sestra č. 7: *„Informace mi většinou předá až druhý den po rehabilitaci, občas je poví na vizitě. Sděluje, co se u pacienta děje, zda už používají chodítka a jdou mimo pokoj, či jen cvičí na lůžku“.* V následující otázce jsme se dotazovali na společnou konzultaci ohledně další péče o pacienta. Všechny sestry kromě sester č. 3 a 6 odpověděly, že společně s fyzioterapeuty konzultují postup další péče. Konzultace jsou vedené v ohledu posazování, přesazování, polohování a nácviku všedních činností. Sestra č. 3 zdůraznila, že za žádných okolností s nimi nekonzultuje a vše řeší s ošetřujícím lékařem. Sestra č. 6 s fyzioterapeuty nekonzultuje také vůbec.

6. Nedostatky při předávání informací

Dále jsme se zabývali nedostatky při předávání informací mezi sestrou a fyzioterapeutem. Sestra č. 1 se na tuto otázku vyjádřila: *„Žádné nedostatky jsem během*

své praxe nezaznamenala. Co potřebuji vědět, tak se dozvím a když je potřeba, tak se doptám“. Sestra č. 2 hodnotí přísun informací jako dostatečný, pokud je třeba, tak se doptá. *„Myslím si, že to tady funguje docela dobře“*, shodují se na odpovědi sestry č. 3 a 4. Sestra č. 5 při rozhovoru uvádí: *„Ohledně informací žádné nedostatky nevidím, jediné co hodnotím jako negativní, je nedostatek času pro spolupráci u pacienta“*. Negativně opět odpovídá i sestra č. 6: *„Mám od nich nedostatek informací, které bych ráda uvítala, abych věděla, jaké pokroky pacienti dělají. Myslím si, že tato chyba je kvůli nedostatku času“*. Sestra č. 7 taktéž zmiňuje nedostatek času, avšak co se týče vztahů, jsou mezi sebou spokojení.

Pro doplnění informací byla sestře č. 4 položena otázka, zdali si myslí, že je dostatek času na předávání informací. Její odpověď zněla: *„Jak kdy, je nás docela málo a záleží na stavu oddělení. Osobně se snažím si na fyzioterapeuty udělat čas, ale někdy to prostě nejde“*.

7. Rehabilitační ošetřovatelství

V této kategorii jsme se sester ptali, co si představují pod pojmem rehabilitační ošetřovatelství. Pět sester ze sedmi ví, co tento pojem znamená, zbylé dvě se s ním nikdy neseťkali. Sestra č. 1 si tento pojem vysvětluje takto: *„Pod tímto pojmem si představuji péči sester v rámci polohování, nácviku činností základních dovedností, posazování a přesouvání pacienta“*. Dodává, že s tímto pojmem se poprvé setkala na vysoké škole v Českých Budějovicích. Sestra č. 2 uvádí: *„S tímto pojmem jsem se nikdy neseťkala, ale myslím si, že jde o zlepšení hybnosti, polohování, dopomoc a snahu o navrácení soběstačnosti u pacienta. Je to péče, kterou poskytuje sestra a podílí se na ní s fyzioterapeutem“*. Podobně jako sestra č. 2, tak i sestra č. 3 se s tímto pojmem nikdy neseťkala. Také je toho názoru, že se jedná o polohování, posazování, přesouvání a dopomoc u pacienta ze strany sester. Sestra č. 4 otázku definovala jako: *„Polohování pacientů, péče o pokožku, doprovod pacienta na záchod, vysazování na gramofon, posazování v lůžku a nácvik každodenních činností u pacienta“*. Zajímavou odezvu poskytla sestra č. 5: *„Pod tímto pojmem si představuju komplexní péči o pacienta, polohování v lůžku, posazování, dopomoc při jídle, oblékání a vyprazdňování. Jsou to*

úkony, kterými já jako sestra mohu být nápomocna pacientovi při navracení do denního života“. Reakce sestry č. 6 byla totožná s reakcí sestry č. 1, avšak ji doplnila o spolupráci mezi sestrou a fyzioterapeutem a vhodným uspořádáním pomůcek u pacienta po CMP. Sestra č. 7 pojem vnímá jako snahu navrátit pacienta do denního režimu, naučit ho základním činnostem, polohovat ho a dopomáhat mu. Sestry č. 1, 4, 5 a 7 na dotaz ohledně rozdílu mezi rehabilitačním ošetřovatelstvím a rehabilitací odpovídaly podobně. Shodly se, že rehabilitační ošetřovatelství je v rámci péče sestry a rehabilitaci provádějí fyzioterapeuti.

8. Polohování

Sestry polohují pacienty každý den, a proto jsme zjišťovali, jakým způsobem pacienty polohují. Všechny oslovené sestry uvedly polohování pacientů každé dvě hodiny a měnění polohy na levém boku, pravém boku a zádech. Tuto informaci sestry č. 3, 5, a 6 doplnily o údaj, že v noci polohují každé dvě hodiny a sestra č. 1 se řídí dle polohovacího plánu. Dále jsme se všech respondentů ptali, zdali je fyzioterapeuti seznámili se správným polohováním pacientů po CMP a jestli byly někdy ze strany fyzioterapeuta upozorněny na nesprávné polohování. Ze šetření vyplynulo, že fyzioterapeuti se správným polohováním seznámili pouze tři sestry ze sedmi. Sestru č. 1 fyzioterapeut neseznámil se správným polohováním, pouze při specifické události ukázal postup či jej ústně vysvětlil. Sestra si též není vědoma, že by byla někdy fyzioterapeutem upozorněna na nesprávné polohování. Dále podotýká, že kdyby tato situace nastala, určitě by o ní byla informována. Doplňující otázkou jsme se ptali, zda v případě, že sestře fyzioterapeut ukáže něco nového, to ukazuje i ostatním sestřím. Odpověděla, že si informace předávají poté a pouze mezi sebou. Sestra č. 2 uvedla, že jí to v pouze jednom případě bylo sděleno a ukázáno přímo u lůžka. Sestra č. 3 na poleženou otázku sdělila: *„Fyzioterapeut mi to nikdy neukázal, naučila jsem se to na zdravotní škole“.* Dále si není vědoma toho, že by byla upozorněna na nesprávné polohování a myslí si, že polohuje dobře. Sestra č. 4 odpověděla totožně, jako sestra č. 2 a dodala: *„Zatím se mi nestalo, že bych byla upozorněna na špatné polohování“.* Sestra č. 5 odpověděla obdobně jako sestra č. 4. Sestra č. 6 se zmínila i o jiném způsobu

informací: „*Fyzioterapeut mě s tím neobeznámil, tuto informaci mám od paní doktorky, která s námi vedla seminář na téma polohování pacientů po CMP*“. Sestra č. 7 nebyla nikdy seznámena se správným polohováním, techniky zná ze školního prostředí a nikdy nebyla upozorněna na nesprávné polohování. Dodává, že občas jí fyzioterapeuti s polohováním vypomůžou.

9. Polohovací pomůcky

V této kategorii jsme se sester tázali na pomůcky a jejich využívání k polohování pacientů po CMP. Všechny sestry měly identický názor a uvedly používání polohovacích pomůcek, jako jsou: polštáře, válce, molitany, kolečka, deky, klíny a podpatěny. Sestra č. 1 tyto informace doplnila o „muchnu“, jež se využívá k bazální stimulaci. Sestra č. 3 se zmiňuje o používání podkov a sestra č. 4 navíc upotřebuje polštáře plněné kuličkami. Na dotaz, zdali zmíněných pomůcek mají dostatek, se jednoznačně shodly na dostatečném počtu a sestra č. 6 dodala: „*Máme jich dostatek, hlavně teď, co jsme se přestěhovali do nového pavilonu*“. Sestře č. 2 byla položena doplňující otázka, jestli by chtěla lepší pomůcky a sdělila: „*Určitě bych přivítala lepší a novější*“. Sestra č. 3 jako jediné negativum připustila, že při velkém množství ležících pacientů musí velmi improvizovat. Další otázku jsme směřovali na seznámení s polohovacími pomůckami ze strany fyzioterapeutů.

Sestry č. 1, 2, 4 a 7 se shodly na ukázání názorným příkladem. Sestry č. 3, 5 a 6 uvádějí, že je nikdo s ničím takovým neseznámil. „*Vím to ze školy,*“ dodává sestra č. 5.

10. Kompenzační pomůcky

Sestrám byla předložena otázka, jaké kompenzační pomůcky používají k nácviku soběstačnosti u pacienta a jestli jich mají dostatek. Sestra č. 1 odpověděla: „*Používám chodítka, berle i hole*“. Udává, že mají dostatečný počet pomůcek, avšak pokud se sejde více pacientů, kteří je potřebují ve stejnou dobu, tak jich mají nedostatek, je nutnost dezinfikovat a mezi pacienty půjčovat. Sestra č. 2 odpověděla stejně jako sestra č. 1 a přitakává na dostatečné množství kompenzačních pomůcek. Sestra č. 3 používá chodítka, hole, berle a nazouváky, stejně jako sestra č. 6. Ta k těmto pomůckám ještě

přidává využívání peroneální pásky. Na doplňující otázku, v jakých případech tyto pásky využívá, odpovídá: „*Když pacienti špatně zvedají ochrnutou dolní končetinu, tak jim připnu pásku kolem lýtka a na chodidlo. Při chůzi jim ta páska nadzvedává ochrnutou končetinu pro lepší chůzi*“. Sestry č. 3 a 6 se taktéž shodují na dostatečném množství kompenzačních pomůcek. Sestry č. 4 a 5 souhlasí a využívají stejné pomůcky jako jsou: kroužky, míčky, ježky, hrazdičky, chodítka, hole a berle. Sestra č. 7 využívá obdobné pomůcky, kterých je dostatek pro jejich oddělení a jako jediná dodává: „*Fyzioterapeuti také využívají rehabilitační místnost, kde s pacienty provádí nácvik zavazování tkaniček, zavírání a otevírání dveří, nebo je nechávají přebírat čočku*.“ Taktéž jsme se zeptali, jestli byly sestry obeznámeny se správnou manipulací s kompenzačními pomůcky. Sestry č. 1, 2, 4, 5 a 7 uvedly, že byli seznámeni od fyzioterapeuta se správnou manipulací ohledně nastavování chodítek. Sestra č. 3 s manipulací nebyla obeznámena a tvrdí, že si pomůcky fyzioterapeuti nastavují sami. Podobně na tom je sestra č. 6, která též nebyla obeznámena od fyzioterapeuta, ale manipulovat s chodítky se naučila od ostatních sester.

11. Zapojení sestry do rehabilitačního ošetřovatelství

Při šetření bylo nejprve zjišťováno, zdali se sestry zapojují do rehabilitačního ošetřovatelství a poté i zda dostávají od fyzioterapeutů úkoly, co se týče pacientů. Sestry č. 1 a 4 se zapojují při nácviku denních činností, přípravě stravy, polohování, posazování a přemisťování pacientů. Sestra č. 4 také zmiňuje svojí snahu pacientovi dopomáhat k co největší soběstačnosti. Ohledně zadávání úkolů sestra č. 1 zmínila zadávání víkendového rehabilitačního plánu od fyzioterapeuta, kde je vypsána pomoc u pacienta či pokračování v rehabilitaci. Dodává, že na tyto úkoly nemá dostatek času, a proto se spíše věnuje ošetřování. Sestra č. 4 naopak sděluje: „*Žádné úkoly mi nezdává, když tu nejsou o víkendech, tak pacienty vezmu do chodítka, projdu se s nimi, či je posadím do křesla*“. Sestry č. 2, 3, 6 a 7 se do rehabilitačního ošetřovatelství zapojují obdobným způsobem jako výše uvedené sestry. Při zadávání úkolů se však jejich odpovědi již liší. Sestra č. 2 žádné úkoly nedostává, jelikož si vše fyzioterapeuti dělají sami. I když se o víkendu snaží lidem co nejvíce pomáhat, necvičí s nimi. Sestry č. 3 a 7

rovněž žádné úkoly nedostávají a sestra č. 3 by ani rehabilitační úkoly neplnila, jelikož k tomu není kompetentní a neví, co si může k pacientům dovolit. Naproti tomu sestra č. 7 si úkoly zjišťuje z rehabilitační karty a dle její vlastní iniciativy cvičí s pacienty. Sestra č. 6 odpovídá stejně jako sestra č. 7 a zdůrazňuje, že: „*Fyzioterapeuti tu nejsou vždy přítomni a pacienti pohyb potřebují víckrát, než jen dvakrát denně. Avšak plním pouze činnosti, které jsou v mé kompetenci*“. Sestra č. 5 ohledně zapojení do rehabilitačního ošetřovatelství zmiňuje: „*Snažím se zapojit každý den a nacvičovat s pacienty všední úkony jako obléknout se, najíst se a přemístit na toaletu. Když to pacientům moc nejde, tak je popřípadě dokrmím či doobléknu. Prostě se jim snažím pomoci při navrácení do denního života*“. „*Úkoly žádné nedostávám, ale nahlížím do rehabilitační karty a orientuji se v tom, co který pacient může dělat,*“ dodává sestra č. 5.

12. Současná spolupráce

U sester jsme též zjišťovali, jak by charakterizovaly současnou spolupráci s fyzioterapeuty a jaké mají mezi sebou vztahy. Sestra č. 1 spolupráci charakterizuje jako dostačující, s prostorem pro zlepšení, pokud by se mohli více zapojit, ale na to nejsou časové podmínky. Ohledně vztahů si stěžuje: „*Někdy nechápu, že mám nedostatek, abych všechno stíhala tak, jak mám a chodí si stěžovat na špinavé postele nebo že nejsou pacienti přebalení. Jinak spolu vycházíme dobře*“. Sestra č. 2 vystihuje spolupráci jako uspokojivou, ale problém vidí v nestabilitě fyzioterapeutů na oddělení. Vadí jí střídání každé tři měsíce. Co se týče vztahů, je vše v pořádku, ale příležitostně je s fyzioterapeuty horší domluva. Sestra č. 3 vidí spolupráci jako dostatečnou, ale mohli by ji více informovat ohledně využívání pomůcek. Na dotaz ve věci vztahů odpovídá: „*Vztahy máme vesměs dobré, vše záleží na vzájemné komunikaci a domluvě. Spolupráce je také dobrá, vždy se s nimi dá domluvit. Co se týče vztahů, tak jsou mezi námi hezké, rozumíme si a komunikujeme spolu,*“ podotýká sestra č. 4. Sestra č. 5 tvrdí, že spolupráce se mu jeví v pořádku, vycházejí si vstříc a dá se s nimi domluvit. Dodává, že vztahy jsou bezproblémové a nesnaží se mezi sebou vyhledávat nějaké konflikty. Sestra č. 6 na dotaz jak by charakterizovala spolupráci, odpovídá: „*Jako nedostatečnou, je málo času na předávání informací, fyzioterapeuti tráví na oddělení málo času*

s pacienty a je jich nedostatek“. Avšak vztahy hodnotí jako dobré a nikdy na pracovišti neřešili žádný konflikt. Sestra č. 7 na dotaz o spolupráci ihned zmiňuje: *„Nemáme na sebe moc času, jinak bych se ráda více zapojila. Spolupráce je dobrá, akorát mi vadí, že fyzioterapeuti nechodí k pacientům o víkendech, jelikož jsou pak dva dny skoro bez pohybu“.* Při vzájemné komunikaci s nikým neměla problém a nikdy neřešila ani jeden konflikt.

13. Vzdělávání v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství

V neposlední řadě jsme se sester dotazovali, zdali se vzdělávají v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Sestra č. 1 sděluje: *„Ano, byla jsem na jednom semináři“.* Sestra č. 2 rovněž navštěvuje výukové semináře, avšak na semináři o rehabilitační péči ještě nebyla. Stejnou odpověď poskytla i sestra č. 3 a doplnila ji o kurz bazální stimulace, který aktivně využívá u pacientů. Sestra č. 4 odpovídá: *„Ano, byla jsem na jednom semináři ohledně rehabilitační péče před dvěma lety“.* Sestra č. 5 se na výpovědi shoduje se sestrou č. 4. Sestra č. 6 na položenou otázku odpovídá zajímavě: *„Byla jsem již na zmiňovaném semináři ohledně polohování pacientů po CMP, který vedla naše paní doktorka“.* Sestra č. 7 se taktéž shoduje na výpovědi se sestrou č. 4 a zmiňuje návštěvy jiných seminářů prostřednictvím jejich nemocnice.

4.2 Kategorizační výsledky z rozhovorů s fyzioterapeuty

4.2.1 Kategorizační skupiny

1. Návštěva oddělení fyzioterapeuty
2. Rehabilitace po CMP
3. Předávání obsah informací
4. Nedostatky při předávání informací
5. Rehabilitační ošetřovatelství
6. Polohování
7. Polohovací pomůcky
8. Kompenzační pomůcky
9. Současná spolupráce mezi fyzioterapeutem a sestrou

1. Návštěva oddělení fyzioterapeuty

V této kategorii jsme se tázali fyzioterapeutů, jak často navštěvují oddělení a v jakém počtu na oddělení dochází. Fyzioterapeut č. 1 odpovídá: „*Momentálně jsem přišla vypomoc, ale střídáme se každé 3 měsíce v rámci koleček. Docházíme na oddělení každý den, během dopoledne a odpoledne po obědě*“. Ohledně dotazu na počet udává, že na jedno oddělení zpravidla patří jedna fyzioterapeutka, pokud časově nezvládá povinnosti, požádá o výpomoc. Fyzioterapeut č. 2 oddělení navštěvuje každé ráno a odpoledne. Chodí většinou samostatně, a když potřebuje, zavolá si pomoc. Fyzioterapeut č. 3 vypověděl identicky, jako fyzioterapeut č. 2 a přidal dovětek, že na oddělení chodí každý den kromě víkendů a svátků. V další otázce jsme se zajímali o to, jaké pacienty nejčastěji navštěvují. Na položenou otázku fyzioterapeut č. 1 zareagoval: „*Dle toho co nám vypíše doktor do rehabilitační karty, podle které poté provádíme rehabilitaci. Většinou jsou to pacienti po CMP, bolesti zad, špatná pohyblivost a podobně*“. Fyzioterapeut č. 2 nabídl odpověď: „*Nejčastěji po CMP, s parézou nervů a bolestmi zad*“. Tohoto tvrzení se držel i fyzioterapeut č. 3, jenž zároveň zmínil i pacienty po operaci kyčlí.

2. Rehabilitace po CMP

V této kategorii jsme zjišťovali, kdy začínají fyzioterapeuti s rehabilitací u pacientů po CMP, co sledují z hlediska rehabilitace u pacientů a jak probíhá samotná rehabilitace. Fyzioterapeut č. 1 zdůraznil, že začínají hned od začátku, jakmile mají povolení od lékaře, a také záleží na typu CMP. Otázku doplňuje o zajímavý údaj: *„Po hemoragické příhodě nesmíme hned vertikalizovat, kdežto po klasické ischemii začínáme hned“*. Fyzioterapeuti č. 2 a 3 mají tentýž názor na začínání fyzioterapie již v akutním stádiu, dle stavu pacienta. Z hlediska hodnocení pacienta se fyzioterapeuti č. 1 a 2 shodují na sledování hybnosti, soběstačnosti a vzniku proleženin a kontraktur. Kdežto fyzioterapeut č. 3 hodnotí: *„Zlepšení jemné motoriky, zatížení končetin, stav postižené strany a pohyblivost“*. Poté jsme se dotazovali na průběh rehabilitace u pacienta po CMP. Fyzioterapeut č. 1 uvedl: *„Záleží na stavu pacienta, cvičím na lůžku s končetinami pasivně, poté zapojuji aktivní cvičení, vertikalizaci, stoj a nakonec chůzi“*. Rehabilitace u fyzioterapeuta č. 2 probíhá pasivními a aktivními cviky, vertikalizací a nácvikem sebeobsluhy. Pozoruhodnou odpověď však poskytl fyzioterapeut č. 3: *„Cvičím jemnou motoriku, chůzi a soběstačnost. Dále provádím nácvik soběstačnosti jako otevřít dveře, vzít telefon, oblíknout se, nazout si ponožky a boty“*.

3. Předávání a obsah informací

V průběhu rozhovoru jsme zjišťovali, zda si fyzioterapeut a sestra předávají informace o pacientech a jakým způsobem. Všichni fyzioterapeuti byli téhož názoru, a to že si informace se sestrou předávají. Shodli se i na ústním způsobu předání, pouze fyzioterapeut č. 3 toto doplnil i o písemnou formu. Hlavním místem pro předání informací je sesterna. Fyzioterapeut č. 1 poznamenal, že na sesterně mají rehabilitační karty. Fyzioterapeut č. 2 zdůraznil výměnu informací zpravidla se staniční sestrou. Pro doplnění informací jsme od fyzioterapeutů ověřovali, co vše obsahuje předání informací, které dostanou od sestry. Fyzioterapeut č. 1 vypověděl: *„Předávají mi jaký je zdravotní stav pacientů, jestli někdo nemá teplotu, nezvrací, nemá průjem a jestli máme čekat do odpoledne, než se zlepší stav“*. Fyzioterapeuti č. 2 a 3 udávají zprávy, co se

týče fyzického stavu, hybnosti, spolupráce a zlepšení či zhoršení zdravotního stavu. Následující otázky jsme směřovali na informace, které fyzioterapeuti předávají sestře po skončení rehabilitace. Fyzioterapeut č. 1 zmínil: *„Informace od nás sestra získává během vizity, kde říkáme, jak jsme pokročili s rehabilitací. Jinak po skončení rehabilitace si nic nepředáváme“*. Fyzioterapeut č. 2 informace nepředává každý den, pokud je pacientův stav stejný. Když je však odlišný od stavu předcházejícího, hlásí stav pacienta staniční sestře. Fyzioterapeut č. 3 sděluje aktivity s pacienty, případné zlepšení a koho již mohou přesazovat na gramofon.

4. Nedostatky při předávání informací

Další otázka se zabývala nedostatky ohledně předávání informací. Fyzioterapeuti při této otázce byli poněkud zaskočeni a museli být znovu ujištěni, že je rozhovor anonymní. Fyzioterapeut č. 1 odpověděl: *„Na některých odděleních je lepší domluva, na některých zase horší. Na předání informací máme dostatek času, záleží také na vytížení sester a místo předávání mi také vyhovuje. Jak říkám všechno je o lidech“*. *„Když něco potřebuji vědět, tak se zeptám a funguje to tak i naopak,“* sděluje fyzioterapeut č. 2. Tentýž fyzioterapeut dostal doplňující otázku. Měl posoudit, zda je dostatek času na předávání informací. Jeho odpověď zní: *„Jak kdy, záleží na stavu a vytíženosti sester. Většinou jsou ale informace plnohodnotné i za nedostatku času“*. Fyzioterapeut č. 3 udává občasné nedostatky při předávání informací. Na doplňující otázku o jaké nedostatky se jedná, hovoří: *„Tak hlavně nedostatek času na předávání informací ze strany sester. Avšak chápu, když mají plné oddělení, že nemají čas jen na nás“*.

5. Rehabilitační ošetřovatelství

V této oblasti jsme zjišťovali, zda fyzioterapeuti školí sestry pro rehabilitační ošetřovatelství. Všichni fyzioterapeuti uvedli, že prozatím nikoho neškolily, jelikož sestry jezdí na semináře. Fyzioterapeut č. 1 zmiňuje nejbližší seminář o rehabilitačním ošetřovatelství, který se bude konat na konci dubna. Pro rozšíření výzkumu jsme fyzioterapeutům položili otázku: *„Myslíte si, že je mezi rehabilitačním ošetřovatelstvím*

a rehabilitací nějaký rozdíl?“ Fyzioterapeut č. 1 reagoval: „My provádíme dechovou rehabilitaci, cvičíme různé techniky a metody, které umíme my jako školení fyzioterapeuti. Rehabilitační ošetřovatelství je spíše sesterská část, kdy polohují, dopomáhají do sedu a jistí pacienty při cestě na toaletu. Myslím si, že k těmto výkonům není od nás potřebná pomoc“. Fyzioterapeuti č. 2 a 3 se u této otázky shodují na tom, že rehabilitační péči provádí sestřičky a rehabilitaci oni. Fyzioterapeut č. 3 člení zmiňovanou práci na dva rozdílné obory.

6. Polohování

Při otázkách na polohování měli fyzioterapeuti totožné názory, a to na střídání levého boku, pravého boku a zad v intervalech dvou hodin. Ohledně otázky, jak sestry seznámily se správným polohováním, se všichni fyzioterapeuti opět shodli na podobné odpovědi. Nikdy sestry neškolily ohledně správného polohování, jelikož to už znají. Fyzioterapeutovi č. 3 byla položena doplňující otázka, zda si myslí, že je správné polohovat pacienta na postiženou stranu. Odpověď zněla: *„No jak kdy, má to své pro a proti. V jednom případě si pacient tu ruku zalehne, a jelikož ji necítí tak se může špatně prokrvovat. V dalším případě se zase říká, že tím, že leží na postižené straně, tak si ji aspoň uvědomuje“.* Při otázce, zdali někdy sestru upozornili na nesprávné polohování, si ani jeden z respondentů nevybavil nastání takové situace.

7. Polohovací pomůcky

Na dotaz o používání polohovacích pomůcek se všichni fyzioterapeuti shodli na využívání polštářů, deky, klínů, válců, podpatěnek a podložek. Fyzioterapeut č. 1 svou reakci obohatil o dlouhé žízaly na bazální stimulaci a fyzioterapeut č. 2 o antidekubitní matraci. Všichni fyzioterapeuti udávají, že polohovacích pomůcek je dostatečné množství. V ohledu seznámení sester s využitím polohovacích pomůcek odpovídali respondenti značně podobně. Fyzioterapeutka č. 1 udala: *„Sama je o tom neinformuji, jelikož vědí, jaké pomůcky mají správně používat“.* Fyzioterapeut č. 2 odpovídá stejně jako fyzioterapeut č. 1. *„Já je neseznamuju, všechno vědí. Když je nějaká novinka, tak je s ní seznámím,“* sděluje fyzioterapeut č. 3.

8. Kompenzační pomůcky

V této kategorii jsme sbírali informace o kompenzačních pomůckách, které fyzioterapeuti využívají. Fyzioterapeuti se shodli na využívání chodítek, berlí, holí, míčků a ježků. Fyzioterapeut č. 1 dodal navlékání korálků s pacienty, kdežto fyzioterapeut č. 3 pro nácvik jemné motoriky přebírá s pacienty čočku. Všichni se taktéž shodli na dostatku kompenzačních pomůcek na odděleních, pouze fyzioterapeut č. 3 zmiňuje, že větší množství by neškodilo. Na dotaz ohledně seznámení sester s použitím kompenzačních pomůcek fyzioterapeut č. 2 stručně sděluje, že je neobeznámil. Fyzioterapeut č. 1 se rozprávěl: „*Sestra tyto pomůcky moc nepoužívá, nepřichází s nimi do kontaktu. Spíše využívá chodítka pro přesun pacientů. Pomůcky nechávám u pacienta, vše mu vysvětlím sama, nechám mu to tam a on si cvičí sám*“. Fyzioterapeut č. 3 obeznámil sestru se správnou manipulací ohledně chodítek. Na doplňující otázku, jaké pomůcky ponechává u pacienta, fyzioterapeut č. 3 odpověděl: „*Většinou ty míčky, kostky, čočku a chodítka*“.

9. Současná spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem

Šetření jsme se snažili obohatit o průzkum, na jaké péči se sestra podílí s fyzioterapeutem. Fyzioterapeut č. 1 se při odpovědi usmívá: „*My tím sestřičky moc neobtěžujeme, většinou si vypomůžeme sami*.“ Ostatní fyzioterapeuti se shodli, že jim sestry vypomáhají při polohování, přemísťování a nácviku všedních činností. Fyzioterapeut č. 3 dodává, že sestry dávají občas pacientům do ruky míček nebo ježka. Také jsme se tázali na zadávání úkolu sestrám. Fyzioterapeut č. 1 a 3 zdůrazňují zadávání úkolů pouze na víkend. Všechny potřebné informace si najdou v rehabilitačních kartách, kde jsou většinou základní úkony jako posazování a doprovod pacientů. Také nás zajímalo, jak fyzioterapeuti hodnotí současnou spolupráci se sestrami z jejich pohledu. Pěknou odpověď nám podal fyzioterapeut č. 1: „*Spolupráci bych charakterizovala jako dobrou, záleží na sestře, jakou má náladu, jestli stíhá plnit své práce. Jediné co se mi nelíbí, je to, že pacienty nenechají se přemístit samostatně, i když to umí. Pro sestru je rychlejší pacienta vzít a přesunout ho*“.

samostatně, než čekat až to udělá sám“. Fyzioterapeut č. 2 posuzuje spolupráci jako bezproblémovou, nikde nevidí žádná negativa. Pouze dodává, že na jiných odděleních to občas vázne. Na doplňující otázku v čem to vázne, posléze odpovídá: *„Ve vzájemné komunikaci a hlavně v nedostatku času ze strany sester“.* Fyzioterapeut č. 3 vidí spolupráci jako dobrou, příležitostně se vyskytne se sestrou špatná domluva. Dále dodává: *„Je to však minimálně a záleží na vytížení sestry v daném okamžiku“.*

4.3 Kvalitativní šetření – přepis zúčastněného skrytého pozorování

4.3.1 Zúčastněné pozorování sester

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Předávání informací při příchodu	A	A	A	A	A	A	A vizita
Získání informací po odchodu fyzioterapeuta	N	A	A	A	A	N	A
Polohování pacienta	A	A	A	A	A	A	A
• Poloha	+	+	+	+	+	+	+
• Pravidelnost	+	+	+	+	+	+	+
Použití polohovacích pomůcek	A	A	A	A	A	A	A
Použití kompenzačních pomůcek	A	A	N	A	A	A	A
Zapojení se sestry do rehabilitačního ošetřovatelství	A	A	A	A	A	A	A
• Posazování	+	+	+	+	+	+	+
• Hygiena	+	+	+	+	+	+	+
• Vyprazdňování	+	+	+	+	+	+	+
• Stravování	+	+	+	+	+	+	+
Hodnocení pacienta z pohledu sestry	A	A	A	A	A	A	A
Konzultace další péče o pacienta	N	N	N	N	A	N	A
Zadávání úkolů sestřám od fyzioterapeuta + plnění úkolů ze strany sestry	N	N	N	N Sama	A	A (3.pac) N	A (čočka) A
Přítomnost sestry u fyzioterapeuta při rehabilitaci	N	N	N	N	N	N	A

Sestra 1

Sestra předala fyzioterapeutce informace o pacientech ihned po jejím příchodu na oddělení. Sestra během směny polohovala pacienty a dbala na správné provedení. Dle polohovacího plánu střídala polohy na levém boku, pravém boku a zádech. K polohování pacientů využívala dostupné polohovací pomůcky. K přesunování pacientů využívala kompenzační pomůcky. Do rehabilitačního ošetřovatelství se zapojila již zmíněným polohováním, hygienou, posazováním pacientů v lůžku, přípravou stravy k lůžku a případnou dopomocí při stravování. Dopomáhala pacientům na toaletu, přesazovala je na gramofon. Během těchto výkonů hodnotila pacientův zdravotní stav pomocí cílených otázek. Při provádění rehabilitace fyzioterapeutkou nebyla přítomna u pacientova lůžka, pouze když s pacienty cvičili po chodbě, tak je pozorovala. Při odchodu fyzioterapeuta z jeho strany nezískala žádné informace, tudíž s ním nekonzultovala postup další péče, ani nedostala žádné úkoly.

Sestra 2

Sestra předala fyzioterapeutce informace o pacientech na sesterně. Sestra během dne polohovala správně a pravidelně. K polohování pacienta využila polohovací pomůcky. Během směny využívala kompenzační pomůcky pro přesun pacientů. Z hlediska rehabilitačního ošetřovatelství posazovala pacienty v lůžku před jídlem i mimo něj. Dle potřeby doprovázela pacienty na toaletu, a prováděla u nich hygienu. Během spolupráce s pacienty se ptala, jak se cítí, zda nemají nějaké problémy. Při provádění rehabilitace sestra nebyla přítomna u fyzioterapeuta, pouze ze sesterny pozorovala, jak s nimi chodí v chodítku. Před odchodem fyzioterapeutky od ní získala informace, žádné úkoly nedostala, ani nekonzultovali postup další péče.

Sestra 3

Sestra předala fyzioterapeutce informace ohledně zdravotního stavu pacientů. Polohovala pacienty pravidelně a k polohování využila dostupných polohovacích pomůcek. Střídala polohy na zádech, levým boku a pravým boku. Během služby nevyužila ani jednu z kompenzačních pomůcek. Do rehabilitačního ošetřovatelství se zapojila posazováním pacientů k jídlu, provádění hygienické péče a doprovodem pacientů na toaletu. Během této péče pokládala pacientům otázky na jejich zdravotní

stav, zda je vše v pořádku či ne. Sestra nebyla přítomna u fyzioterapeuta při rehabilitaci, ani jej nepozorovala. Při odchodu fyzioterapeutky od ní získala stručný přehled o tom, jak dnes s pacienty rehabilitovala. Fyzioterapeutka sestře žádný úkol nezadávala, ani s ní nekonzultovala postup další péče.

Sestra 4

Sestra předala fyzioterapeutce informace ihned o jejím příchodu na stanici. Během dne sestra pravidelně polohovala pacienty pravidelně a dbala na správné provedení poloh. K polohování využívala dostupné polohovací pomůcky. Pacienty posazovala v lůžku i mimo něj nejen při stravování. Prováděla hygienickou péči během dne a pro doprovod pacientů na toaletu používala kompenzační pomůcky. Některé částečně pohyblivé pacienty přesazovala na gramofon. Stravu pacientům přinesla k lůžku a dopomáhala jim. Při této péči se jich dotazovala na jejich zdravotní stav, náladu a jejich pokroky. Při rehabilitaci nebyla přítomna u fyzioterapeuta, ale pečlivě jej sledovala při rehabilitaci s pacienty na chodbě. Při odchodu fyzioterapeutky od ní získala informace. Od fyzioterapeutky žádné úkoly nedostala, ani spolu nekonzultovali postup další péče. Sama během svého volna vzala některé pacienty do chodítka a procházela se s nimi po chodbě.

Sestra 5

Sestra předala informace fyzioterapeutce ihned po jejím příchodu na oddělení. Během své směny sestra polohovala pravidelně na záda, pravý bok a levý bok. K polohování používala polohovací pomůcky. Používala kompenzační pomůcky. Do rehabilitační péče se zapojovala při hygienické péči, doprovázení pacientů na toaletu a přesazováním na gramofon. Pacienty pokaždé před jídlem posadila v lůžku či jim dopomohla do křesla. Během těchto úkonů se ptala pacientů na jejich zdravotní stav. Při rehabilitaci nebyla přítomna u fyzioterapeutky, ani ji nepozorovala. S fyzioterapeutkou konzultovala postup další péče u některých pacientů. Při odchodu fyzioterapeutka předala sestře dostatek informací a zadala jí úkoly. Sestra tyto úkoly plnila ve svém volnu.

Sestra 6

Sestra předala fyzioterapeutce informace ihned po jejím příchodu. Během dne sestra polohovala pacienty pravidelně na záda, levý a pravý bok. K polohování využívala dostupné polohovací pomůcky. K přesunům pacientů využívala kompenzační pomůcky. Při rehabilitační péči prováděla posazování pacientů v lůžku, doprovázela je na toaletu, pomáhala při stravování a ranní hygieně. U těchto úkonů se pacientů tázala na zdravotní stav, zda něco nepotřebují a kontrolovala u nich predilekční místa, zda se nevytvářejí dekubity. Při rehabilitaci nebyla přítomna u fyzioterapeutky, ani ji nesledovala při pohybu s pacienty po chodbě. Před odchodem fyzioterapeutka předala sestře informace a při předávání ji poprosila, zdali by ještě pacientku nevzala do chodítka. Sestra tento úkol nesplnila. S fyzioterapeutkou nekonzultovala postup další péče.

Sestra 7

Sestra předala fyzioterapeutce informace o pacientech ihned po jejím příchodu na oddělení a některé se ještě dozvěděla na vizitě. Sestra polohovala pacienty pravidelně a střídala polohy na zádech, levým a pravým boku, přičemž dbala na jejich správném provedení. K polohování používala polohovací pomůcky. Do rehabilitačního ošetřovatelství se aktivně zapojovala. Prováděla hygienickou péči, posazovala pacienty před každým jídlem i mimo něj. Za pomoci kompenzačních pomůcek pacienty doprovázela na toaletu, či je přesazovala na gramofon. Stravu zajistila pacientům k lůžku. Při kontaktu s pacientem se ho dotazovala, zda na sobě vidí pokroky, jak se cítí a jestli nemá nějaké problémy. Při rehabilitaci byla chvíli u lůžka s fyzioterapeutkou. Poté ze sesterny pozorovala fyzioterapeutku, jak rehabilituje s pacienty na chodbě. Při odchodu fyzioterapeutky získala dodatečné informace. Konzultovali spolu postup další péče u některých pacientů. Dostala úkol, aby odpoledne dala pacientce na přebírání čočku pro zlepšení jemné motoriky. Sestra tento úkol splnila.

4.3.2 Zúčastněné pozorování fyzioterapeutů

	F1	F2	F3
Získání informací od sestry při příchodu	A	A	A
Předání informací po odchodu	A	A	A
Polohování pacientů	A	A	A
Použití polohovacích pomůcek	A	A	A
Použití kompenzačních pomůcek	A	A	A
Hodnocení pacientů z pohledu fyzioterapeuta	A	A	A
Konzultace další péče o pacienty se sestrou	N	A S7	A S5
Zadávání úkolů sestrám	N	A chod. Rh.plán	A S5

Fyzioterapeut 1

Fyzioterapeutka při příchodu získala dostatečné informace od sestry. Při rehabilitaci využívala kompenzační pomůcky. Po skončení rehabilitace pacienty napolohovala dle polohovacího plánu. K polohování využila polohovací pomůcky. Při rehabilitaci se pacientů dotazovala na zlepšení, či zhoršení pohyblivosti z jejich pohledu a bolestivosti při pohybu. Se sestrou nekonzultovala postup další péče, ani jí nezdávala žádné úkoly. Při jejím odchodu sestře předala informace o tom, jak s pacienty cvičila.

Fyzioterapeut 2

Fyzioterapeutka vždy při jejím příchodu na oddělení získala dostatečné informace od sestry č. 2 a 7. Od sestry č. 6 dostala pouze stručné informace. K rehabilitaci využívala kompenzační pomůcky. Při provádění rehabilitace se pacientů ptala na jejich pocity při cvičení a bolestivost při pohybu. Po ukončení rehabilitace pacienty opět vrátila do polohy, kterou zaujímali předtím. K polohování použila polohovací pomůcky. Fyzioterapeutka konzultovala postup další péče se sestrou č. 7. Na víkend pro sestry vypsala rehabilitační plán. Při jejím odchodu předala informace sestrám, pouze sestře č. 6 je nepředávala.

Fyzioterapeut 3

Fyzioterapeutka získala vždy, ihned při jejím příchodu na oddělení následné péče dostatečné informace od sester č. 1, 3, 4, 5. Při provádění rehabilitace využívala kompenzační pomůcky. Když skončila s rehabilitací, tak pacienty znovu napolohovala a dbala na správné provedení polohy za pomoci polohovacích pomůcek. Během rehabilitace se pacientů ptala na případnou bolestivost, jejich pocity, fyzický a stav. Postup další rehabilitační péče konzultovala se sestrou č. 5. Úkoly zadala pouze sestře č. 5. Na víkend vypsala pro sestry rehabilitační plán. Při jejím odchodu vždy sestrám předala informace.

5 DISKUSE

Tato bakalářská práce se zabývá tématem spolupráce sestry a fyzioterapeuta u klientů po CMP. Všeobecně se práce zaměřuje na předávání a získávání informací, přítomnost fyzioterapeutů na oddělení, polohování, využití kompenzačních pomůcek, spolupráci mezi sestrou a fyzioterapeutem, její zapojení do rehabilitačního ošetřovatelství, vzdělávání sester a problémy, které mohou ztěžovat spolupráci. V současné době je spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem aktuálním tématem s hlubokým společenským podtextem, jelikož pacientů po cévní mozkové příhodě neustále přibývá. Tito pacienti potřebují komplexní ošetrovatelskou péči a včasnou rehabilitaci, kterou jim zajistí sestra a fyzioterapeut, přičemž je důležité, aby tyto dva obory mezi sebou vytvořily dobře fungující tým.

Výzkumné šetření bylo vedeno v nemocničním prostředí. Výzkumný soubor tvořilo 7 sester a 3 fyzioterapeuti, pracující na neurologickém oddělení a oddělení následné péče. Pro získání informací jsme využili formu polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden se sestrami a fyzioterapeuty na zmiňovaných odděleních. Výzkumné šetření bylo doplněno o pozorování dotazovaných respondentů a vypořádané poznatky byly zaznamenávány do předem připraveného pozorovacího archu. Cílem bakalářské práce je zmapovat spolupráci všeobecných sester a fyzioterapeutů u klientů po CMP v nemocničním prostředí. K tomuto cíli byly vytvořeny tyto dvě výzkumné otázky: V čem spočívá spolupráce mezi všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty u klientů po CMP a jaké problémy ztěžují spolupráci mezi všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty?

Na začátku výzkumného šetření jsme od sester a fyzioterapeutů zjistili, jaké mají nejčastější dosažené vzdělání, na jakém oddělení pracují a jak dlouho zde působí. Získané informace jsme shrnuli v charakteristice výzkumného souboru. V první řadě jsme se sester tázali, zdali k nim na oddělení dochází fyzioterapeuti. Všechny sestry se shodly, že k nim fyzioterapeuti dochází každý den v ranních a odpoledních hodinách. Fyzioterapeutů jsme se též dotázali, jak často navštěvují dané oddělení. Jejich odpovědi byly totožné s těmi, které uvedly sestry. Dále jsme se sester ptali, v jakém počtu fyzioterapeuti dochází na oddělení. Zde se sestry opět shodovaly na počtu jednoho až

dvou fyzioterapeutů. Sestra č. 2 podotýká: „Jedna až dvě fyzioterapeutky, záleží na pohyblivosti pacienta. Pokud je špatně pohyblivý, musí být na něj dvě“. Sestra č. 3 doplnila docházku fyzioterapeutů, když dodala: „Každé tři měsíce se střídají s jinými, takže tu nemáme stálé“. Na to odpověděl zcela stejně fyzioterapeut č. 1, když sdělil, že se střídají v rámci koleček každé tři měsíce. Docházení fyzioterapeutů na oddělení jsme si ověřili během pozorování, a tudíž můžeme potvrdit tvrzení jak sester, tak fyzioterapeutů. V další otázce jsme se fyzioterapeutů dotazovali, v jakém stádiu začínají s fyzioterapií u pacientů po cévní mozkové příhodě. Nejčastější odpovědí bylo, že začínají s fyzioterapií ihned poté, co to dovolí stav pacienta. Také Kejkličková (2011) ve své publikaci zmiňuje, že rehabilitace po cévní mozkové příhodě by měla začít co nejrychleji, tedy jakmile to dovolí stav pacienta. Dále udává, že je to možné již v prvních dnech, někdy až v dalších týdnech. Fyzioterapeut č. 2 k otázce dodává, že s rehabilitací začíná, jakmile je to povolené od lékaře a cvičí dle toho, co vypíše do rehabilitační karty. Vytečková (2011) ve své knize sděluje, že lékař stanovuje u nemocného míru pohyblivosti a zátěže, kterou může pacient vykonávat.

V další kategorii jsme se tázali, zdali si mezi sebou sestry a fyzioterapeuti předávají informace a jakým způsobem. Obě dotazované skupiny se jednoznačně shodly na výpovědi, že si mezi sebou informace předávají každý den. Fyzioterapeuti získávají informace od sester ihned po jejich příchodu na oddělení. Sestry č. 2 a 7 se shodují, že s nimi fyzioterapeuti chodí na vizity, kde taktéž získávají informace. Stejně tak i Vytečková (2011) ve své literatuře uvádí, že se vizity kromě lékařů účastní sestry a fyzioterapeuti, kdy je cílem vzájemná informovanost členů, plánování změn, vyhodnocení sesterských činností a konzultace o pohybové aktivitě. Dále se sestry a fyzioterapeuti shodují na skutečnosti, že předávání informací probíhá zásadně ústní formou. Taktéž Venglářová (2011) je stejného názoru a ve své knize uvádí, že preferuje osobní předávání informací. Místo vyhrazené pro předávání informací je sesterna. Předávání a získávání informací je důležité pro orientaci ohledně zlepšení či zhoršení zdravotního stavu jednotlivých pacientů. Všechny sestry tuto informaci sdělují jako prvotní, jelikož je pro fyzioterapeuty podstatná. Šest sester ze sedmi zdůrazňují důležitost předání informace ohledně pokojů pacientů, kteří se ten den koupou. Díky

těmto informacím si fyzioterapeuti určí pořadí, ve kterém budou cvičit s pacienty. Fyzioterapeuti nám při dotazování potvrdili pravdivost informací, které získávají od sester. Pro dokonalé ucelení informací je potřebné, aby sestra nejen předávala informace, ale také je od fyzioterapeutů získávala. Proto by fyzioterapeuti měli před odchodem předat informace sestře. Fyzioterapeut č. 3 uvádí, že předává informace o tom, co s pacienty dělal, koho mohou začít posazovat a přesunovat na gramofon. Avšak fyzioterapeut č. 1 sděluje, že informace sestře po skončení rehabilitace nepředává. Obdobně je na tom i fyzioterapeut č. 2, který udává, že informace sestře sděluje pouze, když se stav pacienta změní. V tomto ohledu si myslím, že postoj fyzioterapeutů k předávání informací po skončení rehabilitace není správný, jelikož každá informace, byť i každý den stejná, je důležitá, protože ne každý den je na oddělení stejná sestra. Sester jsme se též dotazovali, zdali s fyzioterapeuty konzultují postup další péče u pacientů. Sestry č. 3 a 6 rovnou přiznaly, že s nimi postup další péče nekonzultují. Kdežto zbylé sestry č. 1, 2, 4, 5 a 7 tvrdily, že s fyzioterapeuty konzultují posazování, přesazování, polohování a nácvik denních činností. Toto tvrzení musím vyvrátit, jelikož jsem během svého pozorování zaznamenala skutečnost, kdy konzultaci ohledně postupu další péče prováděly pouze sestry č. 5 a 7. Také nás zajímali nedostatky při předávání informací mezi sestrou a fyzioterapeutem. Všichni fyzioterapeuti, včetně sester, uvedli, že informace, které si mezi sebou předávají, jsou většinou dostatečné. Fyzioterapeut č. 2 dodává, že na předávání informací mu vadí nedostatek času ze strany sester, avšak chápe, že mají spoustu práce. Stejný problém vidí i sestry č. 4, 6 a 7 a přiznávají, že ne vždy mají dost času, občas jsou tedy informace předávané ve spěchu. Při pozorování jsem také zaregistrovala, že sestry nemohou věnovat dostatek času fyzioterapeutům, z důvodu jejich vytížení, zejména v ranních hodinách.

Další otázkou jsme se zaměřili na rehabilitační ošetřovatelství a zajímalo nás, co si sestry pod tímto pojmem představují. Dvě sestry ze sedmi uvádí, že se s tímto pojmem nikdy nesetkaly. Je však pozoruhodné, že jejich odpověď na toto téma je totožná s výpověďmi ostatních sester. Třeba sestra č. 5 si pod tímto pojmem představuje komplexní péči o pacienta, polohování na lůžku, posazování, dopomoc při jídle, oblékání a vyprazdňování. Dále dodává, že: „Jsou to úkony, kterými já, jako sestra,

mohu být nápomocna pacientovi při navracení do denního života.“ Sestra č. 7 rehabilitační ošetrovatelství vidí jako snahu navrátit pacienta do denního režimu a naučit ho základním činnostem. Zato sestra č. 6 si pod tímto pojmem okamžitě vybavila spolupráci mezi sestrou a fyzioterapeutem. Převážně se však sestry shodovaly, že rehabilitační ošetrovatelství vnímají jako péči v rámci polohování, posazování, přesazování a dopomoci při navracení soběstačnosti pacientům. I Vytejková (2011) ve své literatuře zmiňuje, že hlavními prostředky rehabilitačního ošetrování jsou včasné užití léčebných poloh, polohování, mobilizace a vertikalizace nemocného. V této kapitole nás však dále zajímalo, zdali sestry a fyzioterapeuti vědí, jaký je rozdíl mezi rehabilitačním ošetrovatelstvím a rehabilitací. Zde se opět sestry a fyzioterapeuti shodovali na podobném popisu rozdílu. Sestra č. 1 uvádí, že rehabilitační ošetrovatelství je v rámci péče sestry a rehabilitace jsou cviky pod vedením fyzioterapeuta. *„Rehabilitaci provádí výhradně fyzioterapeuti a rehabilitační ošetrovatelství provádím já, jako sestra“*, uvádí sestra č. 5. Zbylé sestry měly obdobné názory. K tvrzením sester se však přikláněli i fyzioterapeuti. Například fyzioterapeut č. 2 si taktéž myslí, že rehabilitační ošetrovatelství provádí pouze sestry a rehabilitaci mají na starost fyzioterapeuti, kdy s pacienty provádí speciální cviky. *„Jsme dva rozdílné obory, sestry pečují a my cvičíme“*, říká fyzioterapeut č. 3. Při vyhodnocení těchto informací mohu říci, že jak sestry, tak fyzioterapeuti nemají dostatečný přehled o rozdílu mezi rehabilitačním ošetrovatelstvím a rehabilitací. Jediné, s čím mohu doopravdy souhlasit je to, že rehabilitaci mohou poskytovat pouze pracovníci, kteří mají vzdělání či atestaci pro výkon tohoto povolání. Můj názor mi také ve své knize potvrzuje i Vytejková (2011). Co se týče rehabilitačního ošetrovatelství, tak jej nejlépe vystihla sestra č. 2, když zmiňovaný termín popsala jako péči, kterou poskytuje sestra a podílí se na ní s fyzioterapeutem. Šamánková (2006) ve své knize definovala, že rehabilitační ošetrovatelství je uplatnění rehabilitačních principů do ošetrovatelských, s cílem zkvalitnit základní péči o pacienta. Rovněž uvádí, že ve své podstatě je rehabilitační ošetrovatelství cíleno k prevenci primárních a sekundárních změn, jako jsou svalové kontraktury a dekubity.

„V praxi je ošetrovatelství chápáno jako ošetrovatelská péče, která se vykonává v určitém čase“ (Plevová, 2011, s. 61). Je zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného člověka v péči o jeho zdraví. Hlavním cílem je uspokojovat potřeby člověka, které vedou k udržení či navrácení zdraví, zmiňuje ve své publikaci Plevová (2011). Ošetrovatelská péče je důležitou součástí při ošetrování pacientů po cévní mozkové příhodě. Proto jsme ve výzkumném šetření zjišťovali, jak sestry ošetřují pacienty po CMP. Všechny sestry se shodly na tom, že svojí péči začínají prováděním komplexní hygienické péče, ve které pokračují i během dne, jelikož mají na oddělení převážně ležící pacienty. U ležících pacientů je vhodné udržovat hygienickou péči o pokožku, protože se tím zmenšuje riziko vzniku dekubitů. I když jsem ve svém pozorovacím archu neměla sledování ošetrovatelské péče, tak jsem během absolvování výzkumu zahlédla, že během dne nebyla poskytována dostatečná péče o pokožku dle potřeb pacientů. Taktéž se sestry shodují na podávání ranní medikace. Sestry č. 5 a 7 uvedly, že pacientům denně měří tlak a pulz. Další péče ze strany sester se odvíjela v oblasti polohování, posazování, přesazování, dopomoci při stravování a vyprazdňování. Sestra č. 1 doplnila údaje o důležitou informaci: „Kontroluju, jestli je stolek umístěn na postižené straně pacienta.“. Také Mikula (2008) ve své knize zdůrazňuje důležitost, aby noční stolek pacienta byl umístěn na straně parézy, z důvodu zlepšení sebeobsluhy a uvědomění si postižené strany. V rozhovorech sestry dále uváděly, že během poskytování péče se také zaměřují na pacientův zdravotní stav a tělesný obraz. Sestra č. 1 se soustředí zejména na hybnost, kdežto sestry č. 2, 3 a 7 věnují více pozornosti stavu pokožky. Zbylé dvě sestry během směny kontrolují pacientovu obličejovou část, řeč a polykání kvůli možným známkám opakující se CMP.

Při výzkumném šetření jsme se také zaměřili na způsob polohování, a zda byly sestry informovány od fyzioterapeutů ohledně správného polohování. Všechny sestry a fyzioterapeuti mají stejný názor na střídání poloh, a to na levý bok, pravý bok a záda. Dále udávají, že pravidelně polohují pacienty v intervalech dvou hodin. Pouze sestra č. 5 a fyzioterapeut č. 2 sdělení obohacují o polohování v noci, jež se provádí každé 4 hodiny. Smilníková (2008) ve svém článku uvádí, že polohování představuje

systematické změny poloh v lůžku, prováděné v pravidelných dvou hodinových časových intervalech, za účelem prevence dekubitů. Ohledně informovanosti sester o správném polohování byly odpovědi rozdílné. Sestra č. 1 zmiňuje, že ji fyzioterapeut neseznámil se správným polohováním pacienta a dodává, že pokud je něco specifického, tak jí to vysvětlí ústně. Sestra č. 4 byla taktéž jedenkrát slovně poučena. Jednou mi to názorně ukázala, podotýká sestra č. 5 a 2. Sestra č. 6 též nebyla seznámena, ale informaci o správném polohování získala od lékařky, která s nimi vedla seminář na toto téma. Zbylé dvě sestry se naučily správné polohování během svého studia na zdravotní škole. I fyzioterapeuti souhlasili, že sestry neinformovaly o správném polohování a tvrdí, že „to všechno sestry znají.“ Během našeho pozorování určitých sester a fyzioterapeutů jsem nezaznamenala žádné nedostatky. Všichni polohovali správně a dodržovali časové intervaly. Polohování se však nedá uskutečnit bez vhodných polohovacích pomůcek, a proto naše další otázky byly směřovány tímto směrem. V dnešní době je již velké množství a druhů polohovacích pomůcek, přičemž je vhodné znát jejich rozdělení a správné využití. Mezi nejčastější polohovací pomůcky patří polštáře, deky, klíny, kolečka, válce a molitanové podložky. Všichni fyzioterapeuti a sestry uvedli denní používání výše uvedených polohovacích pomůcek při polohování pacientů. Šest sester a jeden fyzioterapeut do polohovacích pomůcek zařazují i antidekubitní matrace. Sestra č. 1 využívá k polohování také „muchnu“, která je určena pro bazální stimulaci. Na odděleních mají dostatek pomůcek a pouze fyzioterapeut č. 1 v rozhovoru uvedl, že by lepší pomůcky neuškodily. Ohledně správné volby polohovacích pomůcek jsme se z rozhovorů dozvěděli, že čtyři sestry byly seznámeny od fyzioterapeutů názornou ukázkou, ostatní sestry o ničem takovém prý nikdy neslyšely. I fyzioterapeuti při dotazování přiznali, že sestry neinformovaly. Tuto skutečnost popisuje Hozáková (2006) ve svém odborném článku a klade důraz na to, aby fyzioterapeut instruoval sestru, jakým způsobem polohovat pacienta, popřípadě jaké pomůcky je vhodné v dané situaci použít. Myslím si, že je obrovská škoda takové důležité informace nepředat dál. Bylo by žádoucí na toto téma vytvořit semináře v rámci nemocnice, protože i v dnešní době jsem se během své praxe na různých odděleních setkala s tím, že některé sestry neumí zcela správně polohovat a vybírat

vhodné pomůcky. Naopak, co se týče kompenzačních pomůcek, jsme dle rozhovorů zjistili, že v ohledu manipulace s těmito pomůckami jsou sestry dobře informované. Proto při přesunu pacientů nejčastěji využívají chodítka. Dále taky mnohdy používají berle a hole. Ohledně množství kompenzačních pomůcek nám jako jediná sestra č. 1 přiznala, že jich mají nedostatek, pokud se sejde na oddělení ve stejnou dobu více pacientů, kteří jej potřebují.

Při provádění výzkumu jsme pozorovali důležitý komponent, a to zdali se sestry zapojují do rehabilitačního ošetřovatelství. Během pozorování jsme měli štěstí, jelikož se nám podařilo vidět při práci všechny sestry, se kterými byl veden rozhovor. Zjistili jsme, že se všechny sestry snaží během dne zapojit alespoň do většiny úkonů týkající se rehabilitačního ošetřovatelství. Sestra č. 1 se během dne zapojila do všech úkonů jako je polohování, přesazování na židli, posazování pacienta na lůžku, přípravě a dopomoci při stravování a v neposlední řadě také dopomoci při přesunu na toaletu, klozet či podkládání podložních mís. Obdobně se do péče zapojovala i sestra č. 2, u které jsem jako nedostatek zaznamenala nezapojení se při dopomoci pacientů na toaletu. Aktivně také působily sestry č. 5 a 7, které se do poskytování rehabilitační péče zapojily stejně jako první sestra. Taktéž dobře odvedenou péči při pomoci pacientům prokazovaly sestry č. 4 a 6, jež ale pouze nepřemisťovaly pacienty, jelikož zřejmě neměly mnoho času, aby čekaly na spolupráci pacientů. U sestry č. 3 jsem zaznamenala, že se ani jednou nezapojila do pomoci při stravování a tuto činnost přenechala ošetřovatelkám. Dalším pozorovaným aspektem bylo, zda jsou sestry při rehabilitaci s pacienty přítomné u lůžka s fyzioterapeutem. Z pozorování vyplynulo, že pouze jedna sestra si našla čas na to, aby se podílela na cvičení s pacienty a osobně si ověřila, jaké pacienti dělají pokroky. Zbylé sestry rehabilitaci sledovaly ze sesterny, a to když fyzioterapeuti cvičili s pacienty na chodbě. Dle mého názoru za tento fakt může přílišná vytíženost sester během jejich pracovní směny. Tento problém potvrdila i sestra č. 5, když v rozhovoru uvedla, že jako negativum vidí nedostatek času pro spolupráci s fyzioterapeutem přímo u pacienta.

V další části výzkumu nás zajímalo, zda se sestry školí v oblasti rehabilitační péče. Myslím si, že každá sestra by měla alespoň jednou za rok navštívit seminář na toto

téma, aby byla informována ohledně nových trendů v této oblasti. Ze šetření vyplynulo, že pouze pět sester se alespoň jednou zúčastnilo podobného semináře. Sestra č. 6 například uvedla, že typ tohoto semináře s nimi vede doktorka, která pracuje na jejich oddělení. Sestra č. 2 se nikdy žádného semináře o rehabilitačním ošetřovatelství nezúčastnila, což nám potvrdila, když uvedla, že se s tímto pojmem ještě nikdy nesešla. I když se sestra č. 3 nikdy takového semináře nezúčastnila, snaží se to kompenzovat bazální stimulací u pacientů, na kterou má dokončený kurz. Podle vyhlášky č. 55 (2011) mohou fyzioterapeuti školit zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat ošetřovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Při zjišťování tohoto faktu jsme se při rozhovorech s fyzioterapeuty cíleně dotazovali, zda školí sestry v této oblasti. Ze šetření vyplynulo, že ani jeden z fyzioterapeutů sestry v tomto ohledu nevzdělává. Fyzioterapeut č. 1 jako důvod uvedl možnost zaškolení sester na seminářích a konferencích. Můj názor je, že pokud to mají fyzioterapeuti v kompetenci, měli by minimálně jednou do roka seminář zavést, protože na odděleních často nezůstávají stejné sestry a také by se lépe využil čas, jenž sestry stráví při dojíždění na semináře, které nejsou místní.

Při výzkumném šetření nás rovněž zajímalo, jak by sestry a fyzioterapeuti zhodnotili jejich dosavadní spolupráci a vztahy na pracovišti. Všechny sestry kromě jedné si myslí, že spolupráce mezi nimi a fyzioterapeuty je dostatečná. Sestry č. 1 a 7 by se rády více zapojily do poskytování péče, ale neumožňuje jim to čas. Sestra č. 2 vidí problém v častém střídání fyzioterapeutů a chtěla by, aby na oddělení byli fyzioterapeuti stálí. Sestra č. 3 zmiňuje, že by potřebovala více informací ohledně využívání pomůcek. Kladně hodnotí spolupráci i fyzioterapeuti, problém vidí pouze v nedostatečné vzájemné komunikaci. Klusoňová (2005) ve své knize zmiňuje fakt, že podmínkou dobré spolupráce zdravotnického týmu je vzájemná komunikace. Fyzioterapeut č. 3 říká: *„Jediné, co se mi nelíbí, je to, že pacienti nenechají přemístit samostatně, i když to umí.“* Co se týče vztahů na pracovišti, sestry jej hodnotí převážně jako bezproblémové, pouze sestra č. 1 vidí překážku ve vzájemných vztazích a o fyzioterapeutech říká: *„Někdy nechápou, že mám nedostatek času, abych všechno stíhala tak, jak mám a chodí si stěžovat na špinavé postele, či nepřebalené pacienty.“*

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na spolupráci sestry a fyzioterapeuta u klientů po CMP. Stručně popisuje cévní mozkovou příhodu, její diagnostiku a léčbu. Dále obsahuje ošetrovatelskou péči, rehabilitační ošetřování a multidisciplinární tým.

Před zahájením empirické části byl vytyčen cíl a k němu položené dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1 - V čem spočívá spolupráce mezi všeobecnými sestrami s fyzioterapeuty u klientů po CMP? Výzkumná otázka č. 2 - Jaké problémy ztěžují spolupráci mezi všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty? Cílem práce bylo zmapovat spolupráci všeobecných sester a fyzioterapeutů u klientů po CMP v nemocničním prostředí.

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření jsme zjistili, že sestry a fyzioterapeuti spolu spolupracují. Všichni se každý den s výjimkou víkendů scházejí, za účelem předání informací. Společně během dne pacienty polohují, posazují, přesazují a dopomáhají jim při vyprazdňování a nácvičku všedních činností. Pokud nejsou fyzioterapeuti přítomni, sestry v práci pokračují samostatně. Dokonalá spolupráce by byla, kdyby sestry byly přítomny u lůžka společně s fyzioterapeutem, avšak během pozorování jsme zjistili, že se sestry do takto úzké spolupráce příliš nezapojují. Spolupráce rovněž spočívá v informovanosti sester od fyzioterapeutů ohledně polohování, polohovacích a kompenzačních pomůcek. Zde jsme během rozhovorů zjistili, že fyzioterapeuti sestry neinformují, co se týče správného polohování.

Taktéž jsme z výsledků šetření odhalili, že nejčastějším problémem je nedostatek času ze strany sester. Nedostatek času se odráží zejména při předávání informací a vzájemné spolupráci. Dalším faktorem je střídání fyzioterapeutů na oddělení, tudíž jejich časté střídání. Problém také nastává v nedostatečné konzultaci ohledně péče o pacienta. To se projevuje v rozhovorech, kdy sestry uváděly, že neví, co vše si k pacientům mohou a nemohou dovolit.

Tato bakalářská práce by měla podpořit spolupráci sester a fyzioterapeutů u pacientů po cévní mozkové příhodě. Taktéž, aby poukázala na nedostatky, které se při této spolupráci vyskytují.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3
- BENDOVÁ, P., K. JEŘÁBKOVÁ a V. STOKLASOVÁ. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1436-8
- BENEŠOVÁ, Eva a Hana BENEŠOVÁ. Všeobecná sestra a fyzioterapeut – spolupráce v oboru ošetrovatelství. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 5, s. 47-48. ISSN 1210-0404
- EHLER, Edvard. *Neurologie*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009. ISBN 978-80-7395-158-0
- HOZÁKOVÁ, Jaroslava. Spolupráce fyzioterapeuta a sestry na ošetrovacích lůžkách. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2006, roč. 5, s. 40. ISSN 1210-0404
- HUTYRA, Martin., D.ŠAŇÁK, A. BÁRTKOVÁ a M. TÁBORSKÝ. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4738-161
- KALINA, Miroslav a Martin BAREŠ. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9
- KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
- KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-309
- KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestram)*. 2. dopl. vyd. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-423-2
- KOČÁREK, Eduard. *Biologie člověka 2*. Praha: Scientia, 2010. ISBN 978-80-86960-48-7

- KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vyd. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2548-7
- KRAJÍČEK, M., J. H. PEREGRIN, M. ROČEK a P. ŠEBESTA. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0607-8
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2317-6
- MARIEB, Elaine N. a Jon MALLAT. *Anatomie lidského těla*. 1. čes. vyd. Brno: CP Books, 2005. ISBN 80-251-0066-9
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6
- MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2
- MLČOCH, Zbyněk. Cévní mozková příhoda, mrtvice – léčba [online]. 2008 [cit. 2014-1-16]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicína/neurologienemoci-vysetreni/cevni-mozkova-prihoda-mrtvice-lecba>
- PLAČKOVÁ, Romana. Léčba ischemické CMP pomocí trombolýzy. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2008, ročník IV, č. 1, s. 11. ISSN 1801-1349.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0
- SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9

- SMILNÍKOVÁ, Magdalena a Lenka ZÍTKOVÁ. Polohování – prevence i léčba. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion 2008, roč. 4, č. 3, s. 27-28. ISSN 1801-1349
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4
- ŠKOLOUDÍK, David a Daniel ŠAŇÁK. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-807-3453-602
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- ŠVESTKOVÁ, Olga a Yvona ANGEROVÁ. Rehabilitace v České Republice. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. Florence. 2006, roč. 2, č. 3, s. 23-24. ISSN 1801-464X
- TÓTHOVÁ, Valérie a kolektiv. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-807-3872-861.
- TROJAN, S., R. DRUGA, J. PFEIFFER a J. VOTAVA. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1296-2
- TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vyd., rozš. Brno: NCONZO, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3174-2
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1262-8
- VÉVODA, Jiří a kolektiv. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3
- VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTOVÁ a J. HOLUBOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4734-194

VYHLÁŠKA č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. MZCR, 2011 [cit. 2014-12-19]. Dostupné také z: <http://www.mzcr.cz>

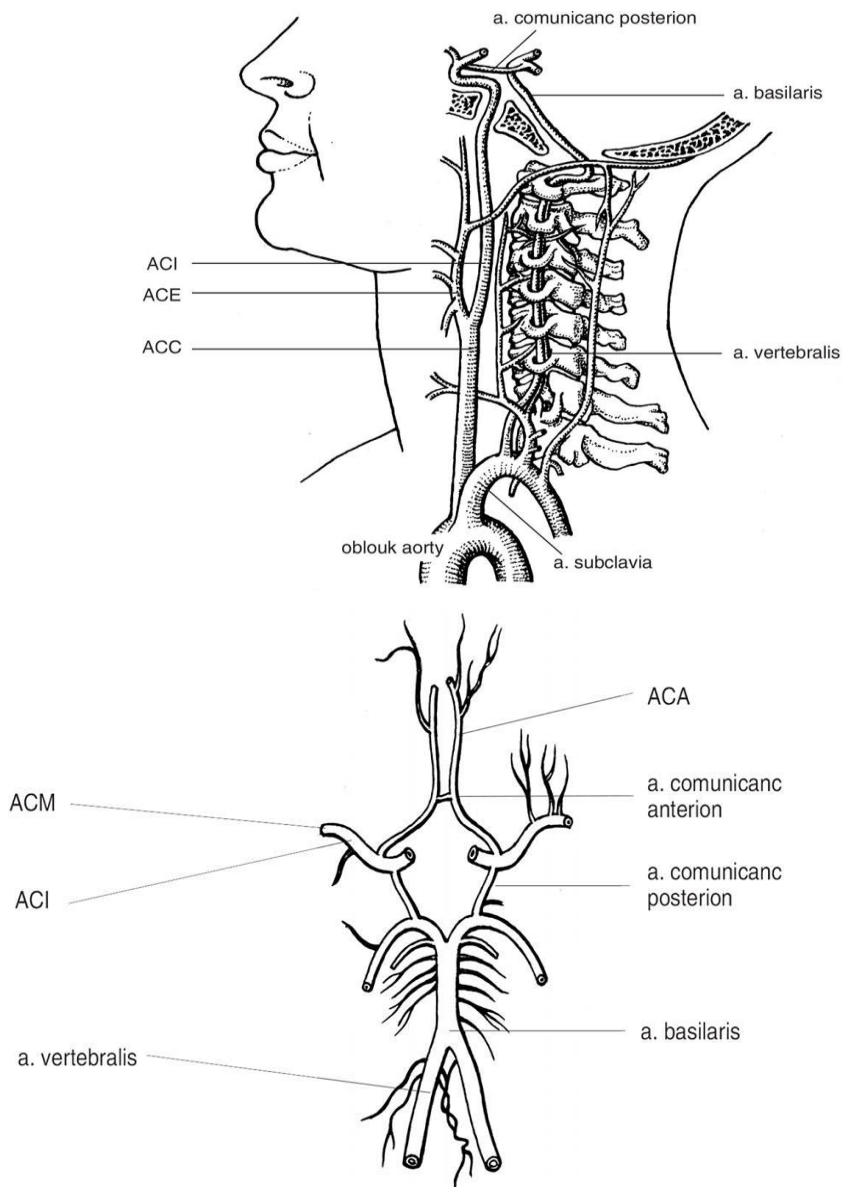
8 PŘÍLOHY

8.1 *Seznam příloh*

Příloha 1	Cévní zásobení mozku
Příloha 2	Poloha na zádech
Příloha 3	Poloha na postiženém boku
Příloha 4	Poloha na zdravém boku
Příloha 5	Pozorovací arch pro sestry
Příloha 6	Pozorovací arch pro fyzioterapeuty
Příloha 7	Otázky k rozhovoru pro sestry
Příloha 8	Otázky k rozhovoru pro fyzioterapeuty
Příloha 9	Rozhovory na CD

Příloha 1

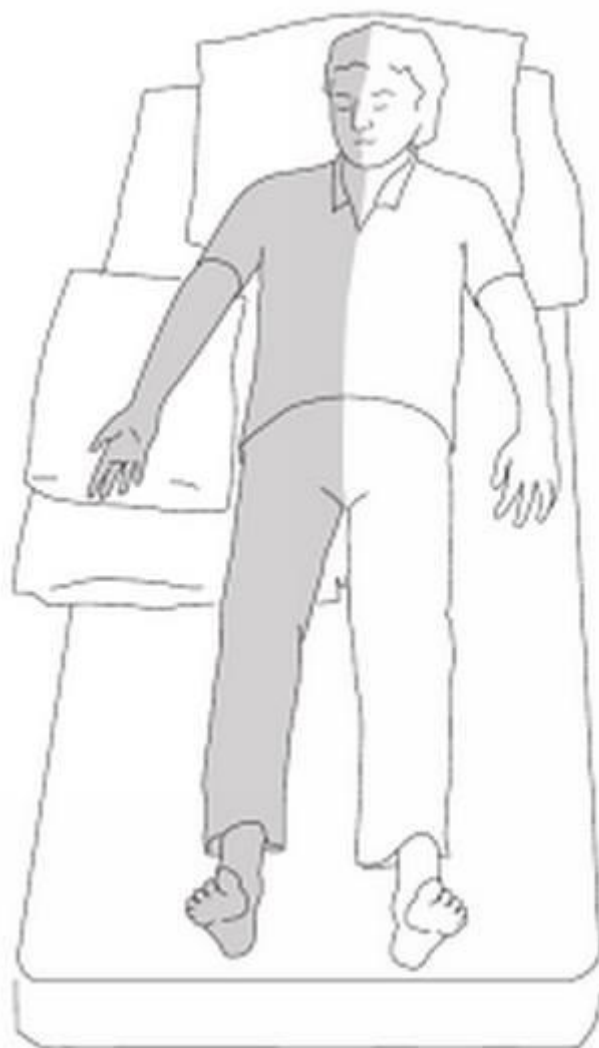
CÉVNÍ ZÁSOBENÍ MOZKU



Zdroj: Seidl Z., 2015

Příloha 2

POLOHA NA ZÁDECH



Zdroj: Mikula J., 2008

Příloha 3

POLOHA NA POSTIŽENÉM BOKU



Zdroj: Mikula J., 2008

Příloha 4

POLOHA NA ZDRAVÉM BOKU



Zdroj: Mikula J., 2008

Příloha 5

POZOROVACÍ ARCH PRO SESTRY

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Předávání informací při příchodu							
Získání informací po odchodu fyzioterapeuta							
Polohování pacienta <ul style="list-style-type: none">• Poloha• Pravidelnost							
Použití polohovacích pomůcek							
Použití kompenzačních pomůcek							
Zapojení se sestry do rehabilitačního ošetřovatelství <ul style="list-style-type: none">• Posazování• Hygiena• Vyprazdňování• Stravování							
Hodnocení pacienta z pohledu sestry							
Konzultace další péče o pacienta							
Zadávání úkolů sestřám od fyzioterapeuta + plnění úkolů ze strany sestry							
Přítomnost sestry u fyzioterapeuta při rehabilitaci							

Zdroj: Vlastní

Příloha 6

POZOROVACÍ ARCH PRO FYZIOTERAPEUTY

	F1	F2	F3
Získání informací od sestry při příchodu			
Předání informací po odchodu			
Polohování pacientů			
Použití polohovacích pomůcek			
Použití kompenzačních pomůcek			
Hodnocení pacientů z pohledu fyzioterapeuta			
Konzultace další péče o pacienty se sestrou			
Zadávání úkolů sestřám			

Zdroj: Vlastní

Příloha 7

OTÁZKY K ROZHORU PRO SESTRY

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak dlouho pracujete na oddělení následné péče?

Jací pacienti jsou u Vás nejčastěji hospitalizováni?

Kolik pacientů po CMP přijmete za měsíc?

V jakém stádiu CMP jsou u Vás pacienti hospitalizováni?

Jak dlouho jsou u Vás tito pacienti hospitalizováni?

Na jaká dostupná oddělení je poté překládáte?

Co sledujete z hlediska ošetrovatelské péče u pacienta po CMP?

V jakých případech zalarmujete doktora?

Dochází k Vám fyzioterapeuti, či je máte k dispozici na oddělení?

Kolik fyzioterapeutů k Vám dochází?

Předáváte si s fyzioterapeutem informace o pacientech?

Jakým způsobem si informace předáváte?

Kde si informace předáváte?

Co vše obsahuje Vaše předání informací o pacientovi pro fyzioterapeuta?

Jaké informace Vám po ukončení rehabilitace předává fyzioterapeut?

V jakých oblastech konzultujete společně s fyzioterapeutem postup další péče?

Myslíte si, že jsou nějaké nedostatky při předávání informací mezi Vámi a fyzioterapeutem?

Popište mi prosím, co si představujete pod pojmem rehabilitační ošetrovatelství?

Jak probíhá Vaše směna při ošetrování pacienta po CMP?

Jakým způsobem polohujete pacienty po CMP?

Jak Vás fyzioterapeut seznámil se správným polohováním pacienta po CMP?

Jak Vás fyzioterapeut upozornil na nesprávné polohování?

Jaké polohovací pomůcky využíváte k polohování pacientů po CMP?

Kolik máte pomůcek na oddělení?

Jak Vás fyzioterapeut seznámil se správným použitím a vhodnou volbou polohovacích pomůcek?

Jaké kompenzační pomůcky používáte k nácviku soběstačnosti u pacientů po CMP?

Máte k dispozici dostatečné množství?

Jak Vás fyzioterapeut obeznámil s používáním těchto pomůcek?

Na jaké další péči se Vy, jako sestra, zapojujete do rehabilitačního ošetřování?

Jaké úkoly Vám zadává fyzioterapeut ohledně pacienta?

Jak byste charakterizovala současnou spolupráci mezi Vámi a fyzioterapeutem?

Je ještě nějaká překážka třeba ohledně vztahů?

Vzděláváte, či se školíte v oblasti rehabilitační péče?

Zdroj: Vlastní

Příloha 8

OTÁZKY K ROZHOVORU PRO FYZIOTERAPEUTY

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak často navštěvujete oddělení následné péče?

Jaké pacienty nejčastěji navštěvujete?

V jakém stádiu začínáte fyzioterapii s klienty po CMP?

Co sledujete z hlediska fyzioterapie u pacienta?

Předáváte si se sestrou informace o pacientech?

Jakým způsobem si předáváte informace?

Kde si informace předáváte?

Co vše obsahuje předání informací o pacientovi pro Vás od sestry?

Jaké informace předáváte po ukončení rehabilitace sestře?

V jakých oblastech konzultujete společně se sestrou postup další péče o pacienta?

Myslíte si, že jsou nějaké nedostatky při předávání informací?

Vzděláváte, či školíte sestry v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství?

Myslíte si, že je mezi rehabilitačním ošetřovatelstvím a rehabilitací nějaký rozdíl?

Jak probíhá rehabilitace u pacienta po CMP?

Jakým způsobem by se měli polohovat klienty po CMP?

Jak jste seznámila sestru se správným polohováním pacienta?

Jak upozorňuje sestru na nesprávné polohování?

Jaké polohovací pomůcky využíváte k polohování pacientů?

Máte jich na oddělení dostatek?

Jak sestry seznamujete se správným použitím pomůcek a vhodnou volbou polohovacích pomůcek?

Jaké kompenzační pomůcky používáte k nácviku soběstačnosti u pacientů?

Máte k dispozici dostatečné množství kompenzačních pomůcek?

Jak jste sestru obeznámila se používáním těchto pomůcek?

Na jaké další péči se s Vámi podílí sestra ohledně rehabilitačního ošetřování?

Jaké úkoly zadáváte sestře ohledně pacienta?

Jak byste charakterizovala současnou spolupráci mezi Vámi a sestrou?

Zdroj: Vlastní