



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné
péče

Bakalářská práce

Ošetrovatelská rehabilitace u nemocných po CMP v domácí péči

Vypracovala: Veronika Chaloupková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2015/2016

ABSTRAKT

Ošetrovatelská rehabilitace u nemocných po CMP v domácí péči

Teoretická východiska

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou mimo úrazů druhou nejčastější příčinou mortality a následné snížené participace postižených. Pokud tento akutní zdravotní stav není včas a adekvátně léčen, může způsobit trvalé neurologické postižení. Po pobytu na iktové jednotce a ústavech rehabilitační péče se pacient dostává do domácího prostředí, kde o něj pečují rodina. Pokud to stav pacienta vyžaduje, může ošetřující lékař indikovat domácí péči. Realizátorem domácí péče je agentura domácí péče. Péče o klienty po CMP je v základním rejstříku diagnostických a indikačních skupin každé agentury domácí péče. Po stabilizaci stavu je těžištěm léčby po CMP především léčebná rehabilitace. Do multidisciplinárního týmu v rehabilitaci po CMP zařazuje Neubauerová et al. (2011) i sestry, v jejichž kompetenci je provádění ošetrovatelské rehabilitace. Oba tyto rehabilitační přístupy spolu úzce souvisí a v péči o pacienta se doplňují. Cílem ošetrovatelské rehabilitace je předcházení komplikacím a sekundárním změnám, které vznikají vlivem základního onemocnění a nekvalifikované ošetrovatelské péče. Hlavní příčinou sekundárních změn po CMP je spasticita a imobilita. Sestry ošetrovatelskou rehabilitací dále pomáhají pacientovi napravit deficit soběstačnosti, provádět nácvik aktivit každodenního života a pozitivně ovlivňují jeho psychický stav. V rámci prostředků ošetrovatelské rehabilitace sestry provádějí u pacienta polohování, mobilizaci, vertikalizaci a dechová cvičení. Polohování pacienta je rovněž součástí nemocniční péče a sestry ho běžně vykonávají. Mobilizace a vertikalizace pacienta prováděná sestrami je častá právě v dlouhodobé domácí péči. Realizace ošetrovatelské rehabilitace klade vysoké nároky na teoretické znalosti a dovednosti sester. Moderní rehabilitační ošetrovatelství je u nás podceňováno a v minulosti nedostatečně vyučováno. V rehabilitačním ošetrovatelství by měly být proškoleny sestry pracující v agenturách domácí péče (ADP), aby mohly odborně pomoci pacientovi po CMP.

Cíle práce

Zmapovat znalosti sester pracujících v agenturách domácí péče v oblasti ošetrovatelské rehabilitace.

Zmapovat praktické využívání rehabilitačního ošetrovatelství sestrami agentur domácí péče v péči o pacienty po CMP.

Zjistit, zda sestry pracující v agenturách domácí péče si zvyšují znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci dalším vzděláváním.

Na základě cílů práce byly zvoleny výzkumné otázky:

1. Jaké jsou znalosti sester pracujících v agenturách domácí péče v oblasti ošetrovatelské rehabilitace?
2. Jak využívají sestry pracující v agenturách DP znalosti rehabilitačního ošetrovatelství v praxi?
3. Jaké formy dalšího vzdělávání absolvují sestry pracující v agenturách DP k rozšíření znalostí o ošetrovatelské rehabilitaci?

Použité metody

Bakalářská práce byla vypracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden technikou hloubkových rozhovorů, formou nestandardizovaného dotazování pomocí otevřených otázek. Výzkumný soubor tvořilo sedm sester pracujících v ADP minimálně dva roky. Rozhovory byly nahrány a následně doslovně přepsány. Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce neboli metodou tužka a papír.

Výsledky

Analýzou dat byly vytvořeny čtyři podkategorie:

1. Znalosti sester v souvislosti s CMP
2. Znalosti sester v souvislosti s ošetrovatelskou rehabilitací
3. Využití znalostí o ošetrovatelské rehabilitaci v praxi v souvislosti s polohováním, mobilizací a vertikalizací
4. Prostředky podporující provádění ošetrovatelské rehabilitace

K jednotlivým kategoriím jsou přiřazeny podkategorie a do nich zakódována klíčová slova, která sestry uvedly. Vše je zobrazeno v přehledném schématu.

Závěr

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry disponují teoretickými znalostmi o ošetrovatelské rehabilitaci. Mají jasnou představu, co je jejím obsahem a s jakým cílem ji provádějí. Využití znalostí rehabilitačního ošetrovatelství v praxi je na dobré úrovni v rámci polohování a vertikalizace. Množství znalostí a dovedností ohledně mobilizace pacienta po CMP se mezi jednotlivými sestrami liší. Výzkumné šetření ukázalo přímou úměru mezi vzděláváním a prováděním mobilizace v domácí péči. Všechny sestry si doplňují vzdělání v ošetrovatelské rehabilitaci vlastním úsilím, pouze jedna má podporu zaměstnavatele. To se odráží na kvalitě poskytované péče. Proto navrhujeme uspořádání semináře na téma Mobilizace, teorie a její aplikace u pacientů po CMP.

Klíčová slova

Sestra, pacient, cévní mozková příhoda, ošetrovatelská rehabilitace, domácí péče

ABSTRACT

Rehabilitation nursing in patients after stroke in home care

Theoretical basis

Cerebrovascular accident (CVA) are the second leading cause of mortality and subsequent reduced participation of handicapped person. If this acute state of health is not promptly and adequately treated, it can cause permanent neurological disability. After staying at the stroke unit and rehabilitation institutes, the patient gets to the home environment, where his family takes care of him. A doctor may indicate home care if it is required. The implementer of the home care is a home care agency (HCA). Customer care for patients after stroke are on the list of the basic diagnostic and therapeutic groups of every home care agency. After the state stabilization, the focus of treatment is mainly rehabilitation. Neubaurová et. al. (2011) classifies nurses as an important part of a rehabilitation multidisciplinary team, whose competence is the implementation of rehabilitation nursing. Both of these approaches to rehabilitation are closely linked, and complements each other. The main goal of rehabilitation nursing is to prevent secondary complications and changes that arise due to the underlying disease and unqualified nursing care. The main causes of secondary post-stroke changes are spasticity and immobility. Rehabilitation nurses also help the patient to remedy the deficit of self-sufficiency, to perform activities of daily living practice and positively influence his mental condition. Within the rehabilitation nurses perform patient positioning, mobilization, verticalization and breathing exercises. Patient positioning is a part of hospital care and nurses carry him routinely. Mobilization and verticalization of the patient performed by HCA nurses is in long-term used in home care as well. The implementation of nursing rehabilitation places high demands on theoretical knowledge and skills of nurses. In our country the modern rehabilitation nursing is underestimated and inadequately taught. In the nursing rehabilitation the nurses working in HCA should be trained, so that they can expertly help patients after stroke.

Thesis goals

The primary aim is to explore the knowledge of nurses working in HCA providing various kinds of rehabilitation nursing.

It also involves a research how HCA nurses use the rehabilitative nursing in the care of patients after stroke.

The thesis also tries to answer the question whether HCA nurses deepen their knowledge of rehabilitation nursing by continuing education.

These goals led to the following research questions:

1. What skills do HCA nurses have?
2. How do HCA nurses use the knowledge of rehabilitation nursing in practice?
3. What forms of continuing education do HCA nurses try to obtain in order to broaden their rehabilitation nursing knowledge?

Applied methods

This thesis was based on form of qualitative research. The data collection was conducted by in-depth interviews containing open-ended questions. The research sample consisted of seven nurses working in HCA at least two years. The interviews were recorded and transcribed. The data was analysed using method known as pencil and paper.

Results

The following four subcategories were extracted as the result of the data analysis:

1. Nurses' knowledge of stroke
2. Nurses' knowledge of nursing rehabilitation
3. Utilization of knowledge of rehabilitation nursing practice in connection with positioning, mobilization and verticalization
4. Means to support forms of rehabilitation nursing

The detailed diagrams show the keywords how they were used in different categories and subcategories.

Conclusion

The research proved that nurses have the nursing rehabilitation theoretical knowledge. They clearly know where it aims to and how it is performed. Knowledge of rehabilitation nursing, in the context of positioning and verticalization, is at a good level. Different nurses have different level of knowledge and skills. The research revealed a direct correlation between education and the usage of mobilization in home care. All nurses broaden their education in nursing rehab own efforts, only one has the support of the employer. This is reflected in the quality of care. Therefore, we propose to organize a seminar on Mobilization, theory and its application for patients after stroke.

Keywords

Nurse, patient, stroke, rehabilitation nursing, home care

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 12.8.2016

.....

(Veronika Chaloupková)

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce. Současně jí chci poděkovat za podporu a velkou trpělivost.

Poděkování patří i všem sestrám z agentur domácí péče, které se výzkumu účastnily.

OBSAH

ÚVOD.....	14
1 SOUČASNÝ STAV.....	15
1.1 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	15
1.1.1 Cévní zásobení mozku.....	16
1.1.1.1 Anatomie cévního zásobení mozku	16
1.1.1.2 Fyziologie cévního zásobení mozku.....	16
1.1.1.3 Příčiny selhání cévního řečiště mozku.....	17
1.1.2 Dělení CMP	18
1.1.2.1 Ischemická CMP	18
1.1.2.2 Hemoragická CMP.....	20
1.1.2.3 Příznaky CMP v akutní fázi	21
1.1.3 Následky po CMP.....	21
1.1.3.1 Následky somatické	21
1.1.3.2 Následky kognitivní	23
1.1.3.3 Následky neurobehaviorální	24
1.1.4 Terapie CMP	25
1.1.4.1 Léčba ischemické CMP	26
1.1.4.2 Léčba hemoragické CMP.....	26
1.2 SEKUNDÁRNÍ POŠKOZENÍ PO CMP.....	27
1.2.1 Příčiny vzniku sekundárního poškození po CMP	27

1.2.1.1	Spasticita	27
1.2.1.2	Imobilita	28
1.2.2	Charakteristika sekundárního poškození po CMP ovlivnitelných ošetřovatelskou rehabilitací	29
1.2.2.1	Kontraktury a atrofie svalstva	29
1.2.2.2	Centrálně paretická ruka	30
1.2.2.3	Infekce	32
1.2.2.4	Dekubity	33
1.2.2.5	Osteoporóza a degenerativní změny chrupavek, vaziva a kloubních pouzder	34
1.2.2.6	Poruchy vyprazdňování	34
1.3	REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	35
1.3.1	Léčebná rehabilitace po CMP	35
1.3.2	Ošetřovatelská rehabilitace	36
1.3.3	Polohování	37
1.3.3.1	Specifika polohování u pacientů s hemiparézou	38
1.3.3.2	Pomůcky pro polohování	40
1.3.4	Mobilizace	41
1.3.4.1	Pasivní pohyby	41
1.3.4.2	Aktivní cvičení	42
1.3.4.3	Specifika mobilizace u pacientů s hemiparézou	43
1.3.4.4	Pomůcky k mobilizaci	45
1.3.5	Vertikalizace	46
1.3.5.1	Sed na lůžku a sed se spuštěnými končetinami	46
1.3.5.2	Stoj u lůžku a chůze	47

1.3.5.3	Specifika vertikalizace u pacientů s hemiparézou	48
1.3.5.4	Riziko pádu	49
1.3.5.5	Pomůcky pro vertikalizaci	50
1.3.6	Dechová cvičení	50
1.4	DOMÁCÍ PÉČE	51
1.4.1	Domácí péče a její realizace	51
1.4.2	Sestra v ADP	53
2	CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	55
2.1	CÍL PRÁCE	55
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	55
3	METODIKA	56
3.1	METODIKA VÝZKUMU	56
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	57
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	59
5	DISKUZE	83
6	ZÁVĚR	95
7	ZDROJE	97
8	SEZNAM PŘÍLOH	103

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ADL = activity daily living (Barthelův test základních všedních činností)
- ADP = agentura domácí péče
- BI = Barthel Index
- CMP = cévní mozková příhoda
- CNS = centrální nervový systém
- CT = Computed Tomografy (počítačová tomografie)
- ČR = Česká republika
- DK = dolní končetina
- EPUAP = Mezinárodní systém klasifikace dekubitů
- FIM = Functional Independence measure (test funkční soběstačnosti)
- HK = horní končetina
- ICHS = ischemická choroba srdeční
- IM = infarkt myokardu
- JIP = jednotka intenzivní péče
- KR = komplexní rehabilitace
- LDN = léčebna dlouhodobě nemocných
- MR = magnetická rezonance
- MZČR = Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- NCO NZO = Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
- RZP = rychlá zdravotnická pomoc
- SAK = subarachnoideální krvácení
- TIA = tranzitorní ischemická ataka
- TK = tlak krevní
- USA = United States of America

ÚVOD

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou mimo úrazů druhou nejčastější příčinou mortality a těžkého zdravotního postižení. CMP jsou značným medicínským, sociálním a ekonomickým problémem. Jde o akutní onemocnění vzniklé náhle, často z plného zdraví, vyžadující péči napříč medicínskými obory. Následky po CMP jsou somatické, kognitivní, neurobehaviorální a přinášejí pacientovi omezení v aktivitách denního života, deficit sebezpeče a závislost na druhé osobě. Po pobytu na lůžkách akutní péče, následné péče a rehabilitačních ústavech se pacient dostává do domácího prostředí, kde o něj péči zajišťuje rodina. Pacient po CMP potřebuje komplexní péči. Tuto komplexnost jsou schopné zajistit agentury domácí péče. Péče o klienty po CMP je v základním rejstříku diagnostických a indikačních skupin každé agentury domácí péče. Těžištěm léčby v akutní i chronické fázi onemocnění je léčebná rehabilitace. Sestry v ADP navazují na práci rehabilitačních pracovníků a provádějí u pacienta ošetrovatelskou rehabilitaci. Rehabilitační ošetrovatelství zahrnuje soubor prostředků, kterými sestra aktivně ošetřuje pacienta a zamezuje tak vzniku komplikací a sekundárních změn, které zatěžují pacienta často více, než jeho základní onemocnění. Prostředky ošetrovatelské rehabilitace jsou polohování, mobilizace, vertikalizace a dechová rehabilitace.

Téma jsem si vybrala z důvodu vlastního zájmu o ošetrovatelskou rehabilitaci. V minulosti jsem pracovala jako sestra v ADP a ošetrovatelská rehabilitace byla jednou z hlavních náplní práce sester. Se zařazením ošetrovatelské rehabilitace do výuky jako samostatného předmětu jsem se setkala až při vysokoškolském studiu. U pacientů po CMP je léčebná a ošetrovatelská rehabilitace jednou ze základních léčebných a preventivních metod. Pro rozsah následků po CMP je její provádění velmi náročné a má svá specifika. To klade vysoké nároky na znalosti a dovednosti sester.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

„CMP je charakterizována akutně vzniklými fokálními či globálními příznaky poruchy funkce mozku trvajících déle než 24 hodin (event. do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.“ (Seidl, 2008, str. 83).

CMP jsou stále častou příčinou těžkého zdravotního postižení, a jsou proto značným medicínským, sociálním a ekonomickým problémem. V České republice je ročně postiženo CMP až 35 000 osob (Kolář, 2009).

CMP zauímají třetí místo v příčině úmrtí po onemocněních srdce a rakovině. V ČR je mortalita po CMP čtyřikrát vyšší než v USA a 40% nemocných umírá do jednoho roku po příhodě (Seidl, 2008).

Úmrtnost v ČR na CMP roste rychleji než úmrtnost na ICHS a prevalence iktů se stále více posouvá do produktivního věku. Je to onemocnění s devastujícími následky. Je příčinou úmrtí, hlavní příčinou invalidity, druhou nejčastější příčinou demence a hlavní příčinou deprese jak u pacientů, tak u osob pečujících (Kalita, 2006).

Společnost, která sníží úmrtnost na jiná onemocnění v mladším věku, se jistě dočká nárůstu úmrtí na CMP v důsledku komplikací aterosklerózy, kterou vyšší věk přináší. Ve statistice bude úspěchem zatlačení výskytu CMP do co nejvyššího věku díky prevenci (Bártlová et al., 2007).

Kalvach (2010) uvádí studii z Aucklandu z roku 1991 – 1992, podle které po šesti letech po prodělání CMP 77% postižených žilo doma, ale 42% z tohoto počtu bylo závislých alespoň v jednom aspektu sebezpečí na pomoci.

1.1.1 Cévní zásobení mozku

1.1.1.1 Anatomie cévního zásobení mozku

Funkce mozku jako řídicího orgánu je plně závislá na jeho krevním zásobení. Krev je do mozku přiváděna soustavou čtyř tepen, které jsou v mozku propojeny. Tuto soustavu tvoří pravá a levá vnitřní krkavice (karotický systém) a pravá a levá páteřní tepna (vertebrobazilární systém), (Dylevský, 2009).

Karotický systém vzniká z vnitřních větví společných krkavic, které vystupují z aortálního oblouku a u horního okraje štítné chrupavky se dělí na vnitřní a zevní krkavici (carotis interna a externa), (Dylevský, 2009). Karotický systém se na zásobení mozku podílí 80% (Kalvach a kol. 2010).

Vertebrální tepny vystupují z a. subclavie a přes foramen atlasu prostupují tvrdou plenou, kde se pak spojují a vytvářejí nepárovou a. basilaris (Druga a kol., 2011).

A. basilaris a její konečné větve spolu s větvemi a. carotis interna jsou součástí Willisova okruhu, který v mozku propojuje karotický a vertebrobazilární systém. Úkolem tepenného Willisova okruhu je vyrovnávat tlakové rozdíly a průtok krve v obou řečištích (Druga a kol., 2011).

Do cévního zásobení mozku náleží i mozkový venózní systém, který zajišťuje žilní sběr u mozkové cirkulace. Má dva systémy – povrchový a hluboký žilní systém. Hluboký systému sbírá krev z centrálních struktur mozku, povrchový systém žil odvádí krev z mozkové kůry a podkorových oblastí. Tyto žilní systémy ústí do žilních splavů tvrdé pleny. Krev z intrakraniální oblasti odvádějí vv. jugulares internae (Druga a kol., 2011).

Pro cévní cirkulaci je důležitý fakt, že mozek je uložen v neroztažitelné kostěné lebce. Každá tepenná vlna je kompenzována synchronním odtokem žilní krve a likvoru (Pfeiffer, 2007).

1.1.1.2 Fyziologie cévního zásobení mozku

Mozek je orgán s extrémně vysokou biologickou výkonností a má mimořádné nároky na spotřebu kyslíku a glukózy (Kalvach a kol., 2010). Lidský mozek, který

představuje 2% hmotnosti celého těla, dostává okolo 20% objemu arteriální krve a spotřebuje 20% kyslíku potřebného pro celý organismus (Druga a kol., 2011).

Nedostatečné zásobení mozku kyslíkem a glukózou se projeví ztrátou vědomí a po 5 minutách dochází ke smrti neuronů. Při poklesu glykémie dochází nejprve k zmatenosti, bezvědomí, křečím a smrti (Rokyta a kol, 2015).

Krev protéká mozkem poměrně rychle. Z vnitřní krkavice proteče mozkem do odvodné jugulární žíly za 2 – 5 sekund (Dylevský, 2009). Mozkem proteče 750 ml/min v klidových podmínkách (Rokyta, 2015).

Dle Seidla (2008) k poruše mozkové funkce dojde při poklesu průtoku na 20 ml/min na 100 g mozkové tkáně. Nevratné změny ve struktuře neuronů působí pokles průtoku pod 10 ml/min.

Akutní cévní mozková příhoda může vzniknout jen na patologicky změněné cévě (kromě embolie) a tehdy, jestliže dojde k selhání více mechanismů, které krevní oběh v mozku zajišťují a udržují (Neubauerová et al., 2011).

Tyto regulační mechanismy zajišťují energetické nároky mozku na kyslík a glukózu (Rokyta, 2015). Regulační mechanismy mají dle Dylevského (2009) dvě úrovně. Regulují celkový průtok krve, který řídí autonomní nervstvo, a regulují místní průtok krve, který má na starosti látková výměna dané oblasti. Oba tyto mechanismy se doplňují.

1.1.1.3 Příčiny selhání cévního řečiště mozku

Dle Pfeiffera (2007) jsou cévní onemocnění nejčastější příčinou akutních onemocnění nervového systému. Ty způsobují poruchu prokrvení (ischemie), nebo krvácení (hemoragie) do struktur nervového systému nejčastěji na základě aterosklerózy. Chronickou příčinou je dlouhodobé selhávání kardiovaskulárního systému nebo onemocnění krve.

Ateroskleróza s následnou trombózou a embolizace je nejčastější příčinou ischemické CMP. Příčinou hemoragické CMP je nejčastěji aneurysma, ateroskleróza a ruptura cévní malformace (Kalvach, 2010).

„Ateroskleróza jsou proměnlivé změny v intimitě a medii tepen, způsobené nahromaděním lipidů, sacharidů, krevních buněk, vaziva a vápníku.“ (Šafránková a Nejedlá, 2006, str. 126).

Tento proces, při kterém vznikají aterosklerotické změny na cévách, se nazývá atherogeneze. Rozdělujeme ho na tři stadia. Stadium III. se nazývá ateromový vřed. Vzniká z prasklého ateromového plátu (dutiny v intimitě cévy, která je vyplněná nekrotickou hmotou s velkým obsahem krystalů cholesterolu), na kterém se začnou shlukovat trombocyty a vytváří se trombus až uzávěr tepny. V této fázi už dochází ke vzniku CMP s typickými příznaky (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Embolizace je proces, kdy dojde k vmetení embolu (většinou tromboembolu) v cévním řečišti do úzkého místa, které embolus obliteruje – ucpe. Vmetkem může být část trombu, který se utrhne. U CMP jsou zdrojem embolů místní trombózy mozkové tkáně s následným vmetením do užšího průsvitu cévy, nebo embolie z levé srdeční předsíně a aorty z nástěnného trombu (Pfeiffer, 2007).

Aneurysma je tepenná výduť, která vzniká v důsledku vrozených degenerativních změn, poranění, nebo aterosklerózy, kdy se porušená cévní stěna vlivem vysokého TK rozšiřuje. Aneurysmata jsou nejčastější příčinou SAH (subarachnoideálního krvácení), (Valenta et al., 2007).

Cévní malformace jsou anomálie ve výstavbě cévního řečiště, kdy není dodržen systém postupného větvení tepen, kapilár a žil. Jsou příčinou vzniku intracerebrální hemoragie i SAH (Kalvach a kol., 2010).

1.1.2 Dělení CMP

Kalita (2006) rozděluje CMP dle typu na ischemické cévní mozkové příhody a hemoragické cévní mozkové příhody.

1.1.2.1 Ischemická CMP

Ischemický iktus je nejčastějším typem CMP (Kalita, 2006). Představuje 80 % všech cévních mozkových příhod (Kalvach a kol., 2010).

Ischemie vzniká obvykle v karotické bifurkaci (rozvětvení) nebo na vertebrální či bazilární arterii. Mechanismem ischemie je generalizovaný pokles saturace mozku kyslíkem s následnou perfuzí v důsledku stenózy tepen a trombotické okluze nebo embolizace do mozku ze srdce nebo velkých cév. K embolizaci nejčastěji dochází při fibrilaci síní, chlopenních vadách nebo prodělanému IM. (Seidl, 2008).

Dle Koláře (2009) vznikají ischemické CMP i z příčin celkových, mezi které řadí mozkovou hypoxii při plicních poruchách, zvýšené krevní ztrátě nebo hypoxie při zvýšené viskozitě krve.

Závažnost ischemických CMP závisí na velikosti porušené cévy a na době výpadku prokrvení. Dle doby výpadku prokrvení CMP rozdělujeme na přechodné CMP, označované jako tranzitorní ischemické ataky (TIA) a na mozkové příhody - ikty (Kalvach a kol., 2010).

„Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je fokální neurologický deficit ischemického původu, který zcela vymizí do 24 hodin.“ (Kalvach a kol., 2010, str. 128).

Většinou se upravuje do 1 hodiny. Je považována za varovný signál možného iktu. Příčinou TIA je aterotrombóza, embolie, selhání oběhu a vazospasmus (Kalvach a kol., 2010). Vazospasmus je způsoben podrážděním sympatické nervové pleteně, která jde souběžně s vertebrálními arteriemi, a při jejím podráždění dojde k vazokonstrikci vertebrálních tepen s následnou vertebrobasilární insuficiencí (Pfeiffer, 2007).

TIA je upozorněním na pokročilou aterosklerózu. Při TIA vnímá pacient výpadek funkce, ale nedojde u něj k poškození mozkové tkáně (Kalvach a kol., 2010).

Příznakem TIA může být krátkodobá paréza, parestezie, porucha vidění nebo např. pouze neobratnost horní končetiny nebo afázie, které se zcela upraví. Vždy je nutné brát tyto příznaky vážně a pacienta podrobit vyšetření pro zjištění příčiny, protože opakování TIA by nemuselo mít již tak příznivou prognózu (Pfeiffer, 2007).

Ischemická CMP (iktus) je stav, kdy příznaky CMP přetrvávají více než 24 hodin a nevyjmí úplně. Při těžkém iktu dochází většinou na počátku k bezvědomí a k závažným příznakům. (Pfeiffer, 2007).

Dle Koláře (2009) můžeme ischemické ikty dělit dle vývoje na reverzibilní, při kterých příznaky odezní do 2 týdnů, na progredující CMP, kde se příznaky pozvolna

prohlubují, a na dokončené CMP, při kterých se rozvine nevratná ložisková ischemie s trvalým neurologickým postižením.

Ischemie ovlivňuje nejprve funkci neuronu, při prohlubující se snížené perfuzi má vliv na strukturu neuronu. Při tomto stavu vidíme klinický obraz akutní CMP. Výhodou je, že krevní zásobení nebývá přerušeno totálně, periferní části okolo ischemického ložiska bývají zásobené kolaterálním oběhem. Tam se nachází zóna letálního prahu, naproti vyhaslé funkci, která tvoří ischemický polostín (Kalvach a kol., 2010). Neurony v polostínu mají naději na strukturální a funkční úpravu. Tato tkáň je cílem léčebných zásahů. (Kalita, 2006).

Podle lokalizace postižení na jednotlivých cévách karotického a vertebrobasilárního povodí se setkáváme při CMP s typickou symptomologií pro danou oblast. U karotického povodí jde většinou o poruchy pohybové, u vertebrobasilárního se jedná o postižení hlavových nervů (Pfeiffer, 2007).

1.1.2.2 Hemoragická CMP

U hemoragické CMP se jedná o iktus způsobený krvácením. Mezi CMP zaujímají hemoragické ikty přibližně 20%. Kalvach (2010) je dále dělí na intracerebrální hemoragie a subarachnoidální hemoragie.

Intracerebrální hemoragie je krvácení do mozkové tkáně. Jedná se o nitrolebeční spontánní krvácení prasklou cévní stěnou do okolí. Příčinou krvácení je nejčastěji hypertenze, ateroskleróza tepen, cévní abnormality jako je aneurysma, angiomy, nebo i krvácení do předem změněných tkání např. nádorem, zánětem. Při krvácení se následně vytvoří koagula a okolní hemoragie, dochází k útlaku mozkové tkáně a sníženému žilnímu odtoku, vzniká sekundární malacie mozkové tkáně s rozvíjejícím se edémem mozku. Příznaky se mohou projevit akutně, nebo se vyvíjet i několik dní. Závisí na lokalitě a velikosti krvácení. Nejčastěji krvácení nastává v mozkových hemisférách, mozkovém kmeni a mozečku. Ke ztrátě vědomí v prvních minutách dochází u 1/3 nemocných, u jiných nemocných až po vyčerpání kompenzačních mechanismů v zásobení mozkové tkáně (Kalvach a kol., 2010).

Subarachnoideální krvácení (SAH) je krvácení do prostoru mezi arachnoideu a mozkovou plenu pia mater. Nejčastější příčinou SAH (subarachnoid hemorrhagie) jsou cévní aneurysma a prosakování, nebo ruptura aterosklerotického plátu. Vznik krvácení se projevuje bolestí hlavy, zvracením a poruchou vědomí kvalitativní i kvantitativní. V diagnostice má velký význam lokalizace bolesti. Následné meningeální příznaky nastupují až po 6 – 12 hodinách od počátku krvácení. Někdy příznaky nejsou připisovány SAH, ale např. migrenózním stavům, vertebrogením syndromům, což brání včasné diagnostice (Sander Connolly et. al., 2012).

1.1.2.3 Příznaky CMP v akutní fázi

Metodický pokyn pro péči o pacienty po CMP rozděluje příznaky akutního stádia CMP na hlavní a vedlejší. Mezi hlavní řadí náhle vzniklou hemiparézu, lézi VII hlavového nervu (n. facialis) a náhle vzniklá porucha řeči (afázie). Vedlejší klinické příznaky představují náhle vzniklou kvalitativní nebo kvantitativní poruchu vědomí, poruchu čítí na polovině těla, setřelou řeč (dysartrie), výpadek poloviny zorného pole, dvojité vidění (diplopie), prudkou bolest hlavy, ztuhlost šíje a závratě s nauzeou a zvracením (Heger, 2012).

1.1.3 Následky po CMP

Následky po prodělané CMP ovlivňuje řada faktorů – typ a stupeň neurologického postižení, přidružená onemocnění, psychika nemocného, snížení aktivit denního života (jak je popsáno v Barthel Indexu BI) a bariéry v okolí (Vaňásková, 2004).

Vaňásková (2004) rozděluje poruchy funkcí po CMP na mentální a gnostické, poruchy řeči, poruchy motoriky, čítí, rovnováhy a další. Kalvach (2010) rozděluje následky CMP na somatické, kognitivní a neurobehaviorální.

1.1.3.1 Následky somatické

Poruchy motorických funkcí jsou typickým a nejnápadnějším projevem CMP. Dle stupně postižení neuronů je i motorický výpadek různého stupně od poruchy jemné

motoriky, parézy (neúplná ztráta hybnosti) až po plegii (úplná ztráta hybnosti). Pokud je postižena jedna končetina mluvíme o monoparéze, polovina těla hemiparéze a postižení všech čtyř končetin je kvadraparéza (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Lipertová – Grünerová, 2015).

Hemiparéza je nejfrekventovanějším hybným následkem CMP. Je umístěna kontralaterálně s místem mozkové léze díky křížení pyramidové dráhy. Porucha pravé mozkové hemisféry se projeví poruchou hybnosti levé poloviny těla a opačně (Neubauerová a kol, 2011).

Pacient zaujímá Wernickeovo-Mannovo držení, které popisuje Kolář (2009) a Kalvach (2010). Přesný popis je uveden v kapitole Spasticita.

Hemiparéza je spojena s poruchou extrapyramidového systému, mozečkovými syndromy, poruchami čítí a hlavových nervů (Lipertová – Grünerová, 2015).

Extrapyramidové syndromy vznikající při poruše extrapyramidového systému, který zajišťuje jemné pohybové regulace. Je porušen svalový tonus a pohyb. Projevují se třesem, svalovou ztuhlostí a mimovolními pohyby. Příznakem poruchy průběhu pyramidové dráhy po CMP je spasticita – zvýšení svalového tonu (Kolář et al., 2009; Lipertová – Grünerová, 2015).

Mezi mozečkové syndromy patří porucha rovnováhy, porucha řízení a kontroly pohybu. Pohyb je nepřesný, neobratný, s úchyly do různých směrů než je zamýšleno (Kolář et al., 2009). Porucha rovnováhy je doprovázena nauzeou a zvracením. Pacient má poruchu koordinace pohybů, porušené vnímání tělesné osy, postavení v prostoru a nejistou chůzi (Pfeiffer, 2007).

Při poruše senzitivních funkcí po CMP vzniká hypstezie – snížená citlivost kůže na dotyk, bolest, teplotu, nebo parestezie- porucha čítí jako brnění, mravenčení, svrbění. Jedná se o poruchu čítí buď hluboké, nebo povrchové citlivosti. Hemiparéza provázená poruchou čítí má horší prognózu než bez této poruchy (Vaňásková, 2004; Kalvach a kol., 2010).

Dle Vaňáskové (2004) mezi poruchy hlavových nervů u CMP patří poruchy zorného pole, poruchy okohybných nervů (diplopie), paréza obličeje (paréza lícního

nervu), nystagmus (nekontrolovaný pohyb očních bulbů), dysfagie (porucha polykání) a dysartrie.

Diplopie, jinak řečeno dvojitě vidění, je současné vidění dvou obrazů jednoho předmětu najednou. Jedná se často o následek narušené funkce okohybných svalů, přičemž obě oči fungují senzoricky správně, ale nedokážou se správně zacílit na sledovaný objekt. Diplopie narušuje udržování rovnováhy nemocného, pohyb i čtení (Lipertová – Grünerová, 2015; Vaňásková, 2004).

Poruchy zorného pole se projevují tím, že pacient nerozezná osoby a předměty v poškozené části zorného pole. Např. naráží do dveřního rámu, oholí si pouze jednu část obličeje. Tyto příznaky vidíme již v rané fázi onemocnění (Lipertová – Grünerová, 2015).

Dysartrie je ztížená artikulace při normálním chápání řeči z důvodu poruchy hybnosti jazyka z poruchy inervace svalů účastnících se na mluvení (Kalvach a kol., 2010). Jde o poruchu motorické realizace řeči, kdy je postižena fonace, respirace a artikulace. U pacientů po CMP se jedná hlavně o formu spastické dysartrie (Lipertová – Grünerová, 2015).

Z výše uvedených somatických následků po CMP může sestra diagnostikovat tyto ošetrovatelské diagnózy (Herdman a Kamidsuru, 2016): Bolest chronická – 00133, Imobilizační syndrom riziko – 00040, Porušená chůze – 00088, Porušené polykání – 00130, Zhoršená pohyblivost – 00085, Nedostatečná výživa - 00002, Riziko aspirace – 00039, Riziko pádu – 00155, Nauzea – 00134.

1.1.3.2 Následky kognitivní

Mezi poruchy kognitivní Kalvach (2010) řadí poruchy orientace (orientace osobou, časem, místem), pozornosti, paměti, myšlení, apraxii, agnózii a afázii.

„Apraxie je neschopnost provádět komplikované naučené pohyby, hlavně rukou. Způsobuje je porucha koncepce komplexního pohybu v důsledku lézí parietálního či frontálního laloku.“ (Kalvach a kol, 2010, str. 366).

Agnozie je porucha dovednosti pozorovat, vnímat, poznávat a rozpoznávat zrakem, sluchem, hmatem osoby, předměty a objekty. Mezi gnostické poruchy patří např.

autotopagnózie (neschopnost lokalizovat a pojmenovat části těla), optická agnózie, kdy postižený člověk vidí, ale nepoznává známé předměty ani osoby (Vaňásková, 2004; Lipertová – Grünerová, 2015).

Afázie je získané narušení jazykových schopností v důsledku pravostranného postižení mozku, nejčastěji právě u CMP. Jedná se o poruchu komunikace, kdy je postiženo chápání symbolických funkcí. Pacient má poruchu porozumění (senzorická fatická porucha), vyjadřování (expresivní fatická porucha), čtení a psaní. S nemocným mluvíme v krátkých, jasných větách, udržujeme oční kontakt, využíváme gestikulaci a mimiku. Důležitá v přístupu je vlídnost a trpělivost ze strany sestry. Hlavním cílem terapie je komunikace na úrovni potřeb denního života (Love et al., 2009).

Při kognitivních poruchách můžeme stanovit tyto ošetrovatelské diagnózy (Herman a Kamidsuru, 2016): Narušený obraz těla – 00118, Zhoršená verbální komunikace – 00051, Porušené myšlení – 00130, Porušená paměť – 00131, Porucha smyslového vnímání – 00122.

1.1.3.3 Následky neurobehaviorální

Dle Kalvacha (2010) mezi následky neurobehaviorální patří apatie, impulzivita, agresivita, deprese, úzkost, emoční labilita a ztráta motivace. Lipertová – Grünerová (2015) zdůrazňuje, že tyto poruchy výrazně ovlivňují a omezují terapeutické aktivity a většinou mají negativní vliv na funkční zlepšení. Důležité je tyto poruchy rozeznávat a adekvátně na ně reagovat, např. při depresi včasné zahájit antidepressivní medikaci. Pro pacienty je velmi obtížná každá změna, např. změna prostředí, oš. personálu, způsobu terapie a zadávání nesplnitelných cílů.

Při neurobehaviorálních poruchách po CMP můžeme stanovit tyto ošetrovatelské diagnózy (Herman a Kamidsuru, 2016): Beznaděj – 00124, Bezmocnost – 00125, Zátěž v roli pečovatele – 00161, Situačně snížená sebeúcta – 00120, Strach – 00148, Úzkost – 00146, Chronický smutek – 00137, Sociální izolace – 00053.

1.1.4 Terapie CMP

Terapii CMP předchází prevence, která je často důležitější než vlastní léčba už vzniklého onemocnění. Jejím úkolem je odstranění a korekce rizikových faktorů jako je hypertenze a hyperlipidémie. Základem je udržet zdravý, neporušený endotel cévní stěny (Kalvach a kol., 2010).

V léčbě hraje roli čas. Osoby po náhlých mozkových příhodách přežívají i značně dlouho, proto je cílem léčby minimalizovat následky, aby nemocný mohl žít plnohodnotným životem (Pfeiffer, 2007).

Kalita (2006) popisuje organizaci péče o nemocného s iktem. Po RZP, JIP, iktové jednotce, intermediální péči následuje LDN, rehabilitační oddělení, rehabilitační ústav a na posledním místě domácí péče. (Kalita, 2006).

Pomocí v léčbě je rozvoj diagnostických zobrazovacích metod. Hlavní diagnostické metody jsou CT a MR, které určí lokalizaci a velikost hematomu a ischemie. (Školoudík a Šaňák, 2013).

Léčebný postup CMP závisí na stupni závažnosti. Celková terapie musí být zavedena co nejdříve a musí být komplexní. U těžších stavů je třeba nejprve zajistit životně důležité funkce. Sem patří podpora a stabilizace kardiovaskulárního systému, zajištění průchodnosti dýchacích cest, zajištění stability vnitřního prostředí, péče o gastrointestinální trakt, nutriční podpora, potlačení rozvoje infekce, prevence hluboké žilní trombózy a prevence depresivních stavů. Zcela nezbytnou součástí intenzivní péče je i intenzivní rehabilitace, reedukace řeči, ergoterapie a psychoterapie. (Kalvach a kol., 2010). To potvrzuje i Seidl (2008), který považuje rehabilitaci za velmi důležitou. Při ní redukuje spasticitu, zlepšujeme hybnost a učíme sebeobsluže a samostatnosti.

Rehabilitace má být prováděna co nejdříve z důvodu využití plasticity mozku, kdy tréninkem působíme na poškozené nervové buňky a dochází tím ke změně neuroanatomické struktury mozku (Lipertová – Grünerová, 2015).

Další postup léčby se liší dle mechanismu vzniku hemoragické a ischemické CMP (Kalvach a kol., 2010).

1.1.4.1 Léčba ischemické CMP

Vyhlídky na terapeutický úspěch u ischemie má jen terapie nasazená včas. Předmětem léčby je ta část mozku s průtokem krve mezi 10 - 20ml/min. Tato oblast představuje ischemický polostín – penumbru. Pokud ischemie vznikla na základě embolizace do mozkových tepen, provádí se trombolýza. Ta se provádí na specializovaných odděleních JIP a iktových jednotkách (Seidl, 2008).

Trombolýza se může podávat pouze v časovém okně 3 – 6 hodin od začátku příznaků. (Kalvach a kol., 2010). Trombolýzou dosahujeme rozpuštění embolu pomocí rekombinačního tkáňového aktivátoru plazminogenu. Může se provádět celkovým podáním léku intravenózně, nebo místně přímo do blokované arterie trombem intraarteriálně. Výhodou je minimalizace nežádoucích účinků proti celkovému podání intravenóznímu (Školoudík a Šaňák, 2013).

Další metodou odstranění trombu je mikrochirurgicky katétrem. Na radiologickém pracovišti se provádějí neurointervenční techniky, mezi které patří trombektomie, angioplastika (překročení obliterující cévy cévním štěpem) a zavedení stentu (výztuže trubicového orgánu), (Školoudík a Šaňák, 2013).

U pacientů, kteří nesplňují podmínky pro trombolýzu, se provádí neagresivní paliativní podpůrná léčba. Tou je aplikace kyseliny acetylsalicylové ve formě Aspegic 500 mg. Dále se sleduje a upravuje srdeční činnost a plicní funkce, aby se dosáhlo intenzivní oxygenace mozkové tkáně (Kalvach a kol., 2010).

1.1.4.2 Léčba hemoragické CMP

Při léčbě intracerebrální hemoragie je hlavním úkolem redukovat edém mozku podáváním antiedematózních léků, Manitolu (Kalvach a kol., 2010). Pomocí je odstranění hematomu neurochirurgicky, nebo v krajním případě provedení kraniotomie, aby měl mozek kam ustupovat (Pfeiffer, 2007).

Léčba subarachnoideálních krvácení spočívá v řešení krvácejícího aneurisma, které řeší neurochirurg. Při již vzniklém SAK z výdutě se provádí uzávěr výdutě a odsátí hematomu (Kalvach a kol., 2010).

1.2 SEKUNDÁRNÍ POŠKOZENÍ PO CMP

1.2.1 Příčiny vzniku sekundárního poškození po CMP

Dle Kalvacha (2010), Koláře (2009), Lipertové (2015) a dalších autorů vznikají sekundární komplikace po CMP v důsledku postižení CNS s následnou hemiparézou, spasticitou a imobilitou. Vlivem spasticity vzniká omezení motorické funkce ve smyslu parézy s rizikem imobility a rozvojem sekundárních změn. Jejich vznik podporuje i imobilita. Spasticita a imobilita jsou úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují a prohlubují.

1.2.1.1 Spasticita

Spasticita (hypertonie) je zvýšené svalové napětí projevující se pérovitým zvětšováním svalového odporu při rychlém natahování svalu. Ke konci pohybu odpor náhle poklesne. Nazývá se to také syndrom sklapovacího nože (Seidl, 2008).

Spasticita bývá častým a trvalým následkem po CMP, který je zdrojem dalších komplikací (zhoršená hybnost a pohyblivost, dekubity, bolesti, kožní infekce), snižuje pacientovu soběstačnost v denních činnostech (oblékání, osobní hygiena, lokomoce) a rovněž komplikuje péči o pacienta dalšími osobami (Ehler et. al., 2009).

Lipertová – Grünerová (2015) také uvádí, že spasticita s následnými kontrakturami přináší velké problémy s polohováním a prováděním osobní hygieny (např. při masivní spasticitě adduktorů DK je možnost intimní hygieny značně omezena).

Spasticita u pacientů po CMP se projevuje na flexorech horní končetiny a extenzorech dolní končetiny (Kolář et al., 2009). Štětkářová et al. (2012) popisuje základní spastické vzorce na horní a dolní končetině.

Základní spastický vzorec na HK má tento obraz: rameno se nachází v addukci a pronaci, loket ve flexi, zápěstí je ve flekční kontraktuře, ruka je zaťatá pěst a má flektovaný palec v dlani (Štětkářová et al., 2012).

Základní spastický vzorec na DK se projevuje flexí a addukcí kyčelního kloubu, vnitřní rotací kolene, vtočením nohy (equinovarus) a extenzí palce (Štětkařová et al., 2012).

Spasticita po CMP je centrálního typu a pokud se jí pacient snaží potlačit, dochází naopak k jejímu prohloubení (Friedlová, 2007).

Friedlová (2007) uvádí faktory, které spasticitu zvyšují. Jsou to hluk, cizí osoby, učení se nové motorické aktivitě, bolest, chlad, stres, špatné prudké polohování a emocionální napětí – strach, vztek. Se spasticitou jsou také spojeny asociativní reakce, kdy pohyb na jedné straně těla vyvolá reakci na opačné straně těla. Pokud je nepostižená strana přetížena, např. při ošetrovatelské rehabilitaci udělá pacient náročnější namáhavý pohyb, odrazí se to na postižené straně spastickým vzorcem.

Terapií spasticity je fyzioterapie, ošetrovatelská rehabilitace a medikamentózní léčba. Fyzioterapeuti využívají mezi ostatními i koncept Bobathových, jehož cílem je vyvolání vzpomínek na pohyb a pohybové vzory, zapojení obou stran těla, uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy a dosažení soběstačnosti. Tento koncept autoři doporučují aplikovat i v ošetrovatelské péči (Kolář et al., 2009). Lipertová – Grünerová (2015) potvrzuje, že tento koncept by měl být používán všemi členy multidisciplinárního týmu.

1.2.1.2 Imobilita

„Imobilita je stav, kdy dochází vlivem nemoci, úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě nebo omezení pohybových schopností Pohyb je základním projevem životních funkcí a úzce souvisí s vnitřním prostředím organismu i se zevními vlivy.“ (Klusoňová a Pitnerová, 2011, str. 46).

Mobilita patří mezi základní lidské vlastnosti a potřeby a přináší člověku uspokojení. Mobilita má vliv na sebeúctu člověka a ta je závislá na samostatnosti a potřebnosti. Člověk s imobilitou může mít pocit bezmoci, závislosti a odkázanosti na druhé osoby. K označení funkčního omezení člověka v některých činnostech se používá pojem disabilita (Andejkivová a Andrejkivová, 2007).

„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ (Kalvach a kol., 2010, str. 371).

Imobilita a nečinnost z důvodu onemocnění způsobuje ztrátu vzpomínek na pohyb a změnu vnímání tělesného schématu. Pacienti mohou na imobilitu reagovat zmateným chováním, nekvalitní komunikací, projevy strachu a úzkosti, motorickým neklidem např. svlékáním, taháním za permanentní katétry, nekoordinovaným spouštěním končetin z lůžka nebo těsným přitlačením k postranici lůžka z důvodu lepšího vnímání hranice vlastního těla (Friedlová, 2007).

Imobilita způsobuje komplikace na všech systémech lidského těla. Vlivem imobility dochází ke komplikacím v respiračním systému (pneumonie, atelektázy), kardiovaskulárním systému (flebotrombózy, embolie v důsledku nedostatečného žilního návratu), zažívacím traktu (obstipace, ileus v důsledku snížené mobility střev), močovém systému (záněty, urolitiázy v důsledku nedostatečného odtoku z močových cest), na kůži (ischemie v místě tlaku, dekubity, infekce v důsledku dlouhodobého tlaku a trofických změn) (Klusoňová a Pitnerová, 2011).

Imobilita způsobuje také sekundární změny, které se rozvíjejí v oblasti pohybového ústrojí a psychiky, zvyšují stupeň závislosti a zhoršují kvalitu života. V oblasti pohybového ústrojí dochází k atrofii svalstva, degenerativním změnám na chrupkách, vazivu a kloubních pouzdrech, osteropotóze a kontrakturám (Klusoňová a Pitnerová, 2011).

1.2.2 Charakteristika sekundárního poškození po CMP ovlivnitelných ošetřovatelskou rehabilitací

1.2.2.1 Kontraktury a atrofie svalstva

Kontraktura je zkrácení spastického svalstva, které omezuje pohyb postižených končetin, fyziologický rádius pohybu v kloubech je malý a pro pacienty znamená funkční omezení. Zkrácením jsou postiženy určité skupiny svalů, na dolních

končetinách jsou to flexory kyčlí, adduktory kyčlí, m. triceps surae a m. tikalis posteriori, na horní končetině to jsou adduktory a vnitřní rotátory ramene, flexory lokte, flexory zápěstí a prstů, na trupu ventrální svalovina trupu a ventrální svalovina krku (Lipertová – Grünerová, 2015).

Příčinou kontraktur je vedle spasticity i imobilita. Pokud je pacient po několik hodin ve stejné poloze, dojde nejprve k omezení pohybu v kloubech pro bolest a později ke vzniku kontraktur (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Kolář et al., 2009).

Následkem kontraktury dochází k nepříznivému postavení a deformitě kloubu, omezení hybnosti a ankylózám (ztuhlost kloubu pro změny v kostěné a vazivové struktuře kloubu), (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

U kontraktur je hlavním terapeutickým principem prevence. Tou je správné a včasné polohování, pasivní, asistované a aktivní pohyby a zamezení bolesti. Bolest vede k další fixaci kontraktury. Tyto zásady platí i v léčbě kontraktury. V případě, že i přes preventivní opatření a rehabilitační program dojde ke vzniku kontraktury s následnou osifikací a fixací kloubu je snaha zachovat a zlepšit pohyblivost sousedních kloubů (Lipertová – Grünerová, 2015).

Příčinou atrofie svalstva je dle Koláře (2009) imobilita, při které atrofuje hlavně svalstvo extenzorů již během jednoho měsíce až o 60%. Spastické svaly atrofují mnohem rychleji. Toto sekundární postižení je po odeznění příčiny reverzibilní. Pokud eliminujeme imobilitu, je šance svalový deficit odstranit pomocí asistovaného pohybu a aktivního cvičení.

1.2.2.2 Centrálně paretická ruka

Rozvoj centrálně paretické ruky se syndromem bolestivého ramene ovlivňuje paréza, patologická synergie a spasticita. Centrální paréza je neschopnost muskulatury se cíleně a koordinovaně aktivovat. Následkem parézy je zmenšení síly a amplitudy pohybu, kdy může být postižena pouze jemná motorika až kompletní plegie končetiny (Lipertová – Grünerová, 2015). Dle Krobota (2005) je hemiparetické rameno považováno za komplikaci chybně vedené rehabilitace.

Syndrom bolestivého ramene u hemiparézy se projevuje motorickým a funkčním deficitem svalů paže a svalů podílejících se na stabilizaci ramene. Scapula není pevně fixována ke stěně trupu a spastické svaly m latissimus dorsi a mm. pectorales jsou příčinou subluxace nebo luxace ramene. Ramenní kloub je jeden z nejpohyblivějších kloubů našeho těla, před luxací jej chrání kloubní pouzdro a svaly ramenního pletence, které při paréze neplní svou funkci (Lipertová – Grünerová, 2015).

Klinický obraz pacienta se syndromem bolestivého ramene je bolest (zvyšovaná když HK visí dolů), omezení abdukce a rotace, otok a celkové omezení hybnosti. Bolest vyvolává zvýšená zátěž kloubního pouzdra při selhávání svalů ramene, únava svalstva při dlouhodobé spasticitě a traumatizace měkké tkáně ramenního kloubu při subluxaci a luxaci, nebo nešetrné manipulaci při pasivních pohybech. I přes tyto komplikace zvládne ramenní a loketní kloub mnoho neobratných pohybů a souhybů na rozdíl od ruky (Krobot, 2005).

Paretická ruka je pro pacienta zásadní problém. Ruka vykonává jemnou motoriku a mnoho činností vykonává koordinovaně pravá i levá ruka. Paretická ruka se nachází ve flekčním postavení díky nerovnováze mezi flexory a extenzory, které jsou oslabeny. Paretickou deformovanou ruku má pacient stále na očích a může ho i psychicky traumatizovat. Při postižení dominantní končetiny je riziko závislosti na pomoci druhé osoby velké. U starších osob po CMP je plasticita mozku již omezena a přeučení se na dominanci druhé ruky je těžko uskutečnitelná. U postižení subkoordinované končetiny je důležité rehabilitací dosáhnout jednoduchého úchopu, protože u většiny prací tato ruka vykonává pouze fixační úchop (Pfeiffer, 2007).

Léčba paretické HK zahrnuje hlavně prevenci vzniku a prohloubení komplikací. Prevence subluxace a bolesti ramene obsahuje správné polohování ošetřujícím personálem, fyzioterapii zaměřenou na aktivaci hypotonických svalů a snížení napětí spastických svalů, edukaci pacienta o správném polohování a provádění cviků. Na snížení bolestivosti se podílí správně vedená ošetrovatelská a léčebná rehabilitace, manuální terapie k uvolnění spasmů a snížení otoků, aplikace fyzikální terapie a užití analgetik a kortikoidů podávaných per os, injekční formou, nebo subakromiálně. Otok HK se snižuje zvýšenou polohou, kdy zvyšujeme venózní a lymfatický odtok a pohyby

v zápěstí podporujeme zapojení žilní pumpy. Pohyby, které způsobují bolest, nemají být prováděny. Pfeiffer (2007) i Lipertová – Grünerová (2015) uvádějí jako možnost léčby již od začátku na paretickou ruku nakládat dlahu, která udržuje pozici zápěstí a prstů. Nejedná se o dlahu palmární, nebo volární, ale o měkkou molitanovou dlahu, kterou na míru zhotoví protetické pracoviště. Krobot (2005) uvádí používání závěsu na paretickou končetinu jako kompromis, pro prevenci subluxe ramenního kloubu při vertikalizaci upřednostňuje speciální ortézu nebo tapping ramenního kloubu.

1.2.2.3 Infekce

V důsledku imobility dochází k rozvoji infekcí dýchacího a močového ústrojí. Spastické svaly trupu a nevhodná poloha při imobilitě jsou příčinou stagnace hlenu v dýchacích cestách a nedostatečné plicní ventilace. Stagnující hlen je zdrojem patogenů s rozvojem infekce dýchacích cest až chronické bronchitidy (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Neurogenní poruchy močového měchýře po CMP vykazují zvýšenou frekvenci akutních a chronických infekcí močových cest. Pacient po CMP může mít potíže se zadržením moči, úplným vyprázdněním močového měchýře až inkontinencí, protože kontrakce svalů odpovědných za vyprazdňování močového měchýře nejsou koordinované. Při úplné inkontinenci je nemocným zaváděn permanentní močový katétr, který je invazivním vstupem s rizikem infekce. V takovémto prostředí dochází k hromadění patogenů. Infekce se klinicky projevuje polakisurií, dysurií, bolestí, křečemi při močení a inkontinencí. Infekce močových cest dle Lipertové – Grünerové (2015) zesiluje symptomy neurogenní poruchy.

Léčba infekce je v kompetenci lékaře. Sestra by měla infekci předcházet dodržováním hygienických předpisů jak v hygienické péči o pacienta, tak o invazivní vstupy. Jejím úkolem je včasné rozpoznání infekce dle klinických příznaků a fyzikálního vyšetření moče. Pacient vedle již uvedených příznaků může vykazovat zvýšenou somnolenci, zhoršení hemiparézy a afázie (Krišková a kol., 2006).

Cílem léčebné rehabilitace a celého týmu je posílit svaly pánevního dna, pomocí mobilizace a vertikalizace zlepšit stabilitu trupu a umožnit přesun na toaletu. Vše je

závislé na motorických a kognitivních schopnostech pacienta. Pokud inkontinence trvá déle než 2 – 3 týdny je pro pacienta výhodnější zavést suprapubický katétr místo transuretrálního, protože v tom případě je možný trénink močového měchýře a nižší riziko infekce (Lipertová – Grünerová, 2015).

1.2.2.4 Dekubity

„Proleženina (dekubitus, tlaková léze, vřed) je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace, a z ní vyplývající hypoxie, vyvolané tlakem. Je-li intenzita tlaku působící na tkáň vyšší než normální krevní tlak v kapilárách, tj. 4,27 kPa, dojde k zástavě krevního řečiště. Již po dvou hodinách poruchy mikrocirkulace dochází k ireverzibilním změnám v buňkách a tkáních“. (Mikšová a kol, 2006, str. 43).

Místa na těle, která jsou náchylná na vznik dekubitu, označujeme jako predilekční místa. Jsou to ta, kde je mezi kostí a pokožkou minimální svalová a tuková tkáň. Lokalita dekubitů závisí na poloze pacienta (Lipertová – Grünerová, 2015).

Mezi faktory, které ovlivňují vznik dekubitu, uvádí Mikšová a kol. (2006) mimo jiných i imobilitu a poruchu centrální nervové soustavy. Dekubity jsou ohrožení pacienti nepohybliví, s postižením CNS a polymorbidní.

Hodnotící škály uvádějí několik stadií dekubitů. Guttman např. udává 6 stadií, Torrancen 5, klasifikace dle Bornea a Felda hodnotí stadia 4. Mezinárodní systém klasifikace dekubitů (EPUAP) hodnotí 4 stadia dekubitů. První stadium erytém, druhé stadium povrchový vřed, který zasahuje dermis a epidermis, třetí stadium vřed šířící se do podkoží až fascie, čtvrté stadium – nekróza tkáně šířící se do svalů a kostí. (Krišková a kol., 2006).

Výskyt dekubitů lze snížit dobrou ošetrovatelskou péčí, která je zaměřena hlavně na prevenci. Sestra vyhodnocuje riziko vzniku dekubitu pomocí hodnotících škál, nejznámější je škála Nortonové a Bradenové. Prevence zahrnuje omezení tlaku podložky na kůži, vlhkosti, vyloučení tření a střižné síly, vhodnými pomůckami řešit inkontinenci, zajistit dostatečnou výživu pacienta (Mikšová a kol., 2006).

Lipertová – Grünerová (2015) zdůrazňuje, že dekubitus vzniká vždy jako komplikace zanedbaného polohování. Proto ošetrovatelská rehabilitace, jak polohování, tak včasná mobilizace a vertikalizace, hraje v prevenci vzniku dekubitů zásadní roli.

1.2.2.5 Osteoporóza a degenerativní změny chrupavek, vaziva a kloubních pouzder

Kostní tkáň reaguje na změnu zátěže, a proto mechanická zátěž způsobená funkčním pohybem svalů pomáhá udržet v rovnováze kostní tkáň. Pokud chybí tato funkční nebo statická zátěž, reaguje kostní tkáň atrofii, která se může vyvinout již po několika týdnech. (Kolář et al., 2009; Lipertová – Grünerová, 2015).

U pacienta s motorickým postižením je riziko pádu velmi vysoké, a proto se osteoporóza stává závažnou komplikací s rizikem vzniku fraktur. Snížení rizika osteoporózy se dosahuje každodenním hodinovým osovým zatížením pomocí vertikalizace a včasné mobilizace (Kolář et al., 2009).

Vlivem imobility dochází k degenerativním změnám na chrupavkách s následným zkrácením vaziva a vzniku kontraktur. Tyto změny nastávají již po 3 – 4 týdnech. Pacient je ohrožen zvýšeným rizikem traumatu pro sníženou možnost zátěže (Kolář et al., 2009).

1.2.2.6 Poruchy vyprazdňování

Vyprazdňování stolice je reflexní proces, kdy se při dostatečné náplni rekta podráždí receptory řídící vnitřní svěrač z hladké svaloviny a pod tlakem stolice dojde k uvolnění vnitřního svěrače a vůlí člověka je ovládán svěrač vnější z příčně pruhovaného svalstva a dojde k defekaci (Krišková a kol., 2006).

K nejčastějším poruchám vyprazdňování stolice po CMP patří zácpa až ileus a neschopnost udržet stolicí – inkontinence. Defekaci ovlivňuje mnoho faktorů. U nemocných po CMP s motorickým postižením je to imobilita, nervově – svalové postižení svěračů, spasticita svalů trupu, kdy nemocný obtížně zapojuje břišní lis a deficit soběstačnosti a s ním spojené obtíže (Mikšová a kol., 2006).

Klusoňová a Pitnerová (2005) upozorňují, že důvodem inkontinence u pacientů po CMP může být i neschopnost pacienta přivolat sestru, nebo jiné poruchy mozkových funkcí. Úkolem sestry je naučit používat pacienta signalizační zařízení.

Úkolem sestry je zajistit potřebné pomůcky pro defekaci, zajistit nemocnému soukromí a pomocí ošetrovatelské rehabilitace dopomoci ke včasné mobilizaci. Aktivní asistované a pasivní cvičení podpoří stabilitu trupu a umožní přesun na toaletu, posílení svalů pánevního dna a zapojení břišního lisu (Kolář et al., 2009).

1.3 REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

1.3.1 Léčebná rehabilitace po CMP

„Rehabilitace je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních výchovných a pracovních prostředků pro nácvik nebo znovuzískání nejvyššího možného stupně zdatnosti.“ (Klusoňová a Pitnerová, 2011, str. 7)

Pro rehabilitaci se používá označení Komplexní rehabilitace (KR), protože se jedná o dynamický proces od léčebných opatření až k integraci. KR se dále dělí na léčebnou rehabilitaci, sociální rehabilitaci, pedagogickou rehabilitaci a pracovní rehabilitaci. Léčebná rehabilitace má vést k obnově, zlepšení, udržení a náhradě poškozených a ztracených funkcí, zpomalení progresu a k dosažení maximální možné nezávislosti (Klusoňová a Pitnerová, 2011).

Léčebná rehabilitace patří mezi metodu léčby onemocnění CMP a je její nedílnou, nezastupitelnou součástí. Dle Pfeiffera (2007) má neurologie k rehabilitaci velice blízko, nejbližší ze všech medicínských oborů.

Seidl (2008) uvádí na prvním místě diagnózu, která vyžaduje rehabilitaci, právě CMP s následnou hemiparézou.

Kolář (2009) se zaměřuje na rehabilitaci po nejčastější CMP a řeší fyzioterapii po ischemické CMP s hemiparézou. Rozděluje rehabilitaci po CMP podle časového období, ve kterém se nemocný po CMP nachází, na akutní, subakutní, chronické

stádium a péči v následném období. Pro každé stádium jsou typické příznaky. U časného stadia je to svalová atonie, v subakutním se začíná rozvíjet spasticita.

V chronickém stadiu a následném období se setkáváme s pacienty, kteří přes všechnu péči mají porušené pohybové stereotypy již zafixovány. Většinou u nich zůstává motorický deficit, kdy pacient používá DK jako rigidní oporu a zdravou rukou se opírá o hůl. Je často imobilní a má deficit soběstačnosti (Betlachová a kol., 2013).

Péče v následném období se odehrává v rehabilitačních ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo při příznivém vývoji a vhodném domácím prostředí může být pacient propuštěn do domácí péče. V této fázi hraje roli praktický lékař, který zajišťuje dohled a může indikovat péči agentury domácí péče (Betlachová a kol., 2013; Hanzlíková a kol., 2006).

V následném období po CMP je terapie zaměřená na prevenci sekundárního poškození, jako jsou dekubitus, kontraktury a infekce (Kolář et al., 2009). Dle Lipertové – Grünerové (2015) je důležité aby pohyb, který se pacient naučil při rehabilitaci v klinických podmínkách, byl přenesen do domácího prostředí a využit v rámci denních aktivit.

V následném období Kalvach a kol. (2010) zdůrazňuje požadavek na práci multidisciplinárního týmu, který se skládá z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, klinického logopeda, psychologa, sociální pracovnice, protetika a zdravotní sestry.

Jejich úkolem je zdokonalovat již naučené pohybové vzorce, naučit pacienta soběstačnosti, předcházet sekundárním poškozením, edukovat rodinné příslušníky a zajistit potřebné kompenzační pomůcky. Pro rodinu a pacienta je prospěšné seznámit se s organizacemi, které se postiženým po CMP věnují, jako jsou Sdružení pro rehabilitaci osob po CMP, Občanské sdružení Afázie a další (Klusoňová a Pitnerová 2011).

1.3.2 Ošetrovatelská rehabilitace

„Rehabilitační ošetrovatelství je takový způsob aktivního ošetrování, kdy zdravotní sestra všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn.“(Klusoňová a Pitnerová, 2005, str. 9).

Sestra při ní spolupracuje s fyzioterapeutem a ergoterapeutem bez toho, že nahrazuje jeho práci, ale v denním kontaktu s pacientem může pro jeho pohybovou aktivitu udělat velmi mnoho (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Pokud není léčebná a ošetrovatelská rehabilitace zaměřena na prevenci sekundárních změn, je snaha o rehabilitaci méně efektivní, protože následky sekundárních změn zatěžují pacienta mnohem více než jeho základní onemocnění (Kolář et al, 2009).

Křišková a kol. (2006) uvádí, že rehabilitační ošetrovatelství hraje klíčovou roli při nápravě deficitu soběstačnosti a nácviku aktivit každodenního života. Sestra pomocí ošetrovatelské rehabilitace kladně působí na pacientovo myšlení, uvažování, kladně ovlivňuje jeho psychický stav a předchází depresivním stavům.

Při vypracování ošetrovatelského plánu v provádění ošetrovatelské rehabilitace musí sestra zhodnotit pacientovi senzorní deficit, svalový tonus, věk, psychický stav a přidružená onemocnění (Friedlová, 2007).

Prostředky rehabilitačního ošetrovatelství Kolář (2009) rozděluje na polohování, vertikalizaci a mobilizaci. Tu dále dělí na pasivní pohyby, asistované pohyby a aktivní cvičení.

Klusoňová a Pitnerovou (2005) prostředky ošetrovatelské rehabilitace rozdělují na polohování, pasivní pohyby, kondiční cvičení, aktivní cvičení, dechová cvičení, relaxaci, vertikalizaci a nácvik chůze.

1.3.3 Polohování

„Polohováním se rozumí správné uložení pacienta, změny poloh v určitých časových intervalech a uložení končetin.“ (Klusoňová a Pitnerová, 2005, str. 25).

Cílem polohování je zabránit vzniku dekubitů, kontraktur, kloubních deformit, zmírnit bolest, prevence pneumonie, zlepšení oběhové cirkulace, snížit a redukovat svalový tonus, zabránit poškození periferních nervů, které může vzniknout váhou pacientova těla, a zlepšit jeho psychický stav (Kolář et al., 2009; Lipertová – Grünerová, 2015).

Friedlová (2007) vedle již uvedených cílů uvádí i neurologické cíle polohování, mezi které řadí stimulaci vnímání tělesného obrazu, zprostředkování informací pacientovi o jeho těle a tělesných hranicích, stimulace vestibulárního aparátu při změnách polohy, zraková stimulace (pacient pozoruje své okolí a tělo z různých poloh) a vnímání symetrie těla.

Dle cíle, kterého polohováním dosahujeme, jej Klusoňová a Pitnerová (2005) rozdělují na polohování preventivní, korekční a protibolestivé. Preventivní provádí sestra, korekční fyzioterapeut s poučenou zdravotní sestrou a protibolestivé zaujímá pacient aktivně sám, nebo s asistencí sestry. Polohování preventivní a korekční se provádí do té doby, než je pacient schopen sám aktivně změnit polohu. O způsobu korekčního polohování je pacient při vědomí a zachovanou částečnou hybností fyzioterapeutem poučen.

Změna polohy musí být prováděna v pravidelných intervalech. Autoři se shodují na časovém intervalu v denních hodinách po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách. Při polohování se sleduje stav pokožky na predilekčních místech, stav lůžka (suché, vypnuté) a umístění permanentních katétrů. O polohování vede sestra záznam formou tabulky nebo polohovacích hodin (Mikšová a kol., 2006; Kolář et al., 2009).

Hlavní zásadou polohování je bezbolestnost a komfort pro pacienta. Bolest nastartuje obranné reakce, zvláště pak u spastických pacientů, a plánovaný efekt polohování by byl záporný (Friedlová, 2007).

Jednotlivé polohy se řídí technikou úhlu 30°. Podle ní se rozlišuje poloha supinační, semisupinační, na boku, semipronační a na břicho (Mikšová a kol., 2006; Kolář et al., 2009). Popis jednotlivých poloh je uveden v příloze č. 4.

1.3.3.1 Specifika polohování u pacientů s hemiparézou

U hemiparetických pacientů je velkým problémem spasticita, kterou nesmíme polohováním a manipulací podporovat. Při polohování se zvláště zaměřujeme na uložení ramene v protrakci a zevní rotaci, extenzi lokte a prstů, protrakci pánve, mírnou flexi kyčle, kolene a kotníku a zajištění trupu v ose (Lipertová – Grünerová, 2015).

U těchto pacientů rozlišujeme polohu na zádech, polohu na paretické straně a polohu na zdravé straně. Poloha na zádech je méně vhodná, protože podporuje spasmus extenzorů trupu a fixuje v extenzi krční páteř, jak už bylo popsáno výše. Z těchto důvodů je vhodná poloha na boku a na břiše. Zásadou při poloze na boku je podložení horní DK polštářem aby se zamezilo vnitřní rotaci kyčlí (Lipertová – Grünerová, 2015).

Friedlová (2007) uvádí na snížení spasticky a lepšího vnímání tělesného obrazu možnost polohovat pacienta v poloze „hnízdo“ v rámci konceptu bazální stimulace. Hnízdo navozuje pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Pacienta uložíme do polohy, kterou máme v ošetrovatelském plánu, a jeho tělo obložíme srolovanými dekami, perličkovými polštáři nebo vaky.

Poloha na paretické straně je pro pacienta velmi výhodná, protože eliminuje flekční spasticitu a podporuje cití na postižené straně díky tlaku podložky. Pacient vizuálně vnímá postiženou stranu a má možnost zapojit zdravé končetiny a tím být soběstačnější. Z tohoto důvodu dodržujeme tyto zásady: všechny předměty (noční stolek, televizi) situujeme na postiženou stranu, návštěvy přicházejí z této strany. Tím nutíme pacienta otočit hlavu a uvědomit si postiženou stranu. Při podávání věcí nacvičuje přenášení váhy na postiženou stranu a pomáhá nacvičovat stabilitu trupu, kterou bude následně potřebovat při mobilizaci a vertikalizaci. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Friedlová, 2007).

Polohu zajistíme tak, aby trup a hlava byli v ose, hlava podložena malým polštářkem, trup mírně stočen na záda a záda zajištěna polštářem. Postižená HK je mírně povytažena do předpažení, loket je v extenzi, předloktí v supinaci, ruka nahoru s rozevřenými prsty. Postižená DK je v extenzi v kyčelním kloubu a mírné flexi kolene. Zdravá DK je podložena polštářem a flektována v kyčli a koleni (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Poloha na zdravé straně je poloha méně vhodná pro soběstačnost pacienta, ale je vhodná pro prevenci dekubitů na postižené straně, která je kvůli nervosvalovému postižení na proleženiny náchylná. Také je přínosná pro prevenci pneumonie, kdy si pacient lépe ventiluje plíci na postižené straně. Pokud se pacient již pohybuje sám, je

pro něj obtížné zaujmout polohu na postižené straně a potřebuje asistenci druhé osoby (Pfeiffer, 2007).

U asistovaného otáčení dodržujeme přesný postup. Polohování začíná pohledem do strany ve směru polohování, otočením hlavy, otočením ramene a paže, otočením trupu, otočením pánve a DK. Pozor musíme dávat na pohyby ramen, kde hrozí riziko při necitlivé manipulaci poranění kloubního pouzdra, nebo traumatizace nervového plexu a rozvoj bolestivého ramene (Lipertová – Grünerová, 2015).

Poloha je podobná jako předcházející poloha na postižené straně, pouze hemiparetická HK leží na polštáři jako by sahala do výšky. Postižená DK leží na polštáři ve flexi kyčle, kolene a kotník musí být pomůckami zajištěn ve flexi, aby nebyla podporována plantární flexe. Zásadou při poloze na boku je podložení horní DK polštářem, aby se zamezilo vnitřní rotaci kyčlí (Lipertová – Grünerová, 2015).

Ke specifickým polohování u hemiparetiků patří také polohování postižené spastické HK. Tímto polohováním bráníme rozvoji bolestivého ramene a paretické ruky s rizikem opruzenin ve flektovaném spastickém zápěstí (Klusoňová a Pitnerová, 2005). Při mobilizaci pacienta do sedu na vozíku je postižená HK polohována na stole nebo na pracovní desce vozíku. Je vypodložena měkkou podložkou. HK je v rameni mírně předpažena a upažena, předloktí a ruka je v pronaci, loket ve flexi, prsty v extenzi. Pokud pacient neudrží prsty v extenzi, můžeme mu do dlaně vložit vhodný předmět (Pfeiffer, 2007).

1.3.3.2 Pomůcky pro polohování

Základní pomůckou pro polohování pacienta je elektrické polohovací lůžko s antidekubitální matrací (Votava, 2009). Matrace jsou pasivní z polyuretanové pěny, aktivní s nafukováním a vyfukováním buněk a dynamické s možností provzdušňování k zabránění vlhkosti. Aktivní a dynamické matrace zajistí změny tlaku na kůži i během jedné polohy. V době, kdy je pacient schopen se polohovat sám, je tato matrace méně vhodná pro ztíženou manipulaci s tělem a končetinami na lůžku (Mikšová a kol., 2006).

K zajištění polohy pacienta používáme polštáře, molitanové přířezy, pískové vaky, měkké válce, korýtka, klíny a dlahy na paretické HK (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Krišková a kol., 2006).

Kolář (2009) uvádí jako pomůcku pro manipulaci s pacientem na lůžku „polohovačku“. Jde o složenou podložku pod trupem pacienta, která usnadňuje ošetřujícímu personálu práci.

Pomůcky na prevenci dekubitů na predilekčních místech jsou molitanová kolečka, antidekubitní botičky, podložky ze syntetického rouna (např. Dekuba), podložky a dečky z ovčího rouna. Ty se mohou umisťovat i na vozík (Votava, 2009).

1.3.4 Mobilizace

Mobilizace je pohybová aktivace, kterou předcházíme sekundárním změnám, které vznikají z imobility na základě původního onemocnění. Mobilizace musí být zahájena co nejdříve, aby se sekundární komplikace eliminovaly v nejvyšší míře. Mobilizace obsahuje pasivní pohyby, asistované pohyby a aktivní cvičení (Kolář et al., 2009).

1.3.4.1 Pasivní pohyby

Pasivní pohyby jsou ty, které s pacientem provádí druhá osoba (fyzioterapeut, sestra, pečovatel) nebo přístroj. Cílem pasivního cvičení je zachování pohyblivosti kloubů, fyziologické délky svalů, zlepšení oběhové cirkulace postižených končetin a podpoření propriocepce (Klusoňová a Pitnerová, 2005). Spolu s polohováním je nejlepší prevencí kontraktur (Lipertová – Grünerová, 2015).

Pasivní pohyby vedou i k usnadnění pozdější aktivní motoriky a obnovení paměťových pohybových schémat (Friedlová, 2007).

Při provádění pasivních pohybů je nutné dodržovat několik zásad. Druhá osoba provádí pohyb v jednotlivých kloubech ve fyziologickém rozsahu a pohyb končetinou je veden ve správné dráze pohybu. Pohyb se provádí pomalu, plynule, bez pérování, opakovaně a nesmí provokovat bolest (Klusoňová a Pitnerová, 2011).

Pasivní pohyb se provádí v oblasti hlavy, trupu, HK a DK v poloze na zádech nebo na břiše, jak uvádějí Klusoňová a Pitnerová (2005) Upozorňují, že pokud poloha na břiše není akceptovatelná, je možné zanožení a ohnutí DK a zapažení HK provádět na boku.

1.3.4.2 Aktivní cvičení

Aktivní cvičení vykonává pacient vlastní vůlí a silou. Cílem cvičení je zvýšení kondice, ovlivnění rovnovážných funkcí, zlepšení rozsahu pohybu a zvýšení svalové síly. Aktivní cvičení ovlivňuje také metabolismus a oběhové funkce (Kolář et al., 2009; Klusoňová a Pitnerová, 2011).

Aktivní cvičení probíhá pod vedením fyzioterapeuta a edukované sestry, jejichž práce se vzájemně doplňuje. Sestra vede kondiční cvičení, nácvik vertikalizace, dechová cvičení a nácvik sebeobslužných denních činností (Krišková a kol., 2006).

Feigin (2007) zdůrazňuje, že nácvik a pomoc při každodenních aktivitách (ADL) je v kompetenci zdravotní sestry.

Nácvik denních činností (ADL) zahrnuje oblékání (obouvání, zapínání knoflíků), jedení (přijímání stravy i pití, např. brčkem), hygienu (mytí, koupání, česání, stříhání nehtů, používání toalety), používání běžných mechanismů v domácnosti (ovládání vypínačů, mobilů, dálkového ovládání spotřebičů), mobilitu a přesuny (chůze s oporou, bez opory, používání vozíku), (Votava, 2009).

Aktivní cvičení jsou i jednoduché pohyby, kterých je pacient schopen. I nepatrný pohyb má pro těžce postiženého velký význam. Jedná se o cvičení na podporu rozsahu pohybu v kloubech, při kterém pacient zapojuje svaly v okolí kloubu. Začíná se od malých kloubů k velkým a cvičení se 3-5 opakuje. Na posílení svalové síly mohou být prováděny pohyby proti odporu, kdy sval překonává tíhu závaží, nebo odpor který mu klade ruka fyzioterapeuta nebo sestry (Krišková a kol., 2006).

Do aktivního cvičení se řadí i posuny a přetáčení na lůžku, posazování, přesuny z lehu na bok do šikmého sedu, nácvik rovnováhy a přenášení váhy, vstávání do stoje a chůze (Kolář et al., 2009).

1.3.4.3 Specifika mobilizace u pacientů s hemiparézou

Pasivní pohyby u pacienta s hemiparézou mají svá specifika. Klíčové postavení v mobilizaci má u hemiparetika rameno a paretická ruka. Pokud se postižená HK nemobilizuje včas, je nebezpečí, že denní činnosti převezme zdravá končetina a u postižené se rozvine syndrom bolestivého ramene. Při provádění pasivních pohybů ve zvýšené míře dodržujeme zásady popsané v kapitole pasivní pohyby. Zásadní je, že pasivní pohyb nesmí vyvolávat bolest, cvičí se pouze v nebolestivém rozsahu (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Sestra má vytvořit atmosféru pohody a jistoty, nespěchat, vystupovat klidně, s úsměvem a pacienta povzbuzovat. Rychlé a hektické pohyby škodí, protože podporují spasticitu (Friedlová, 2007).

Před pasivním cvičením je žádoucí dostupnými prostředky inhibovat (tlumit) spasticitu mobilizované končetiny. Dle Friedlové (2007) jsou k tomu vhodné ruce sestry, kterými se dotýká spastické končetiny. Doteky mají být klidné, provedené celou plochou ruky, pod stálým tlakem. Doporučuje aplikovat hlazení nebo promazání masážním krémem.

Klusoňová a Pitnerová (2011) doporučuje na tlumení spasticky místní relaxaci, kdy naučíme nemocného rozpoznávat rozdíl mezi svalem napjatým a uvolněným. Pacient se uloží do antispastické polohy vleže s podloženou hlavou a rameny, podloženými koleny válcem a mírně upaženou a polštářem podloženou paretickou DK, a např. za poslechu hudby vnímá své tělo. Při této poloze může sestra tlumit spasticitu i pomocí kartáčku, žínky, míčku, kdy stimuluje antagonisty spastických svalů HK (zadní stranu paže, dorzální stranu předloktí a ruky). Spasticitu tlumíme také vsedě, kdy docílíme uvolnění HK zasunutím končetiny za záda. Je to poloha, při které se pacientovi podaří i aktivně uvolnit sevřené prsty. Dalším způsobem je natřásání HK. Končetina má být svěšená, sestra ji uchopí oběma svými rukama za zápěstí nebo jako při podání ruky, a lehce ji natřásá.

Pfeiffer (2007) doporučuje plegické rameno pasivně cvičit na zádech, nebo na boku při poloze na zdravé straně. Postiženou HK zvedáme nejprve do předpažení, vzpažení a přitom otevíráme ruku, pomalu natahujeme prsty a abdukujeme palec. Kolenní kloub na

hemiparetické straně má být při tomto cvičení ve flexi. Je důležité, aby sestra pohyb HK prováděla oběma rukama, nikdy nedržíme postiženou HK pouze jednou rukou.

Asistovaný pohyb je aktivní pohyb s dopomocí druhé osoby a pro mobilizaci pacienta s hemiparézou je velmi vhodný. Pacient se při cvičení musí nacházet v co nejvíce bezpečné a stabilní pozici buď vleže na lůžku, nebo vsedě s chodidly na zemi. Asistující osoba pak vede ruku pacienta a druhou HK si aktivuje sám (Kolář et al., 2009) Tímto souměrným pohybem obou HK končetin je podporováno symetrické vnímání těla (Friedlová, 2007).

Při aktivním cvičení zaměřujeme pacientovu pozornost na vědomé pohyby (na abdukcii a vnější rotaci ramene a extenzi lokte, zápěstí a prstů), posílení svalové síly a koordinaci pohybů. Stále vybízíme pacienta, aby do všech pohybových vzorců zapojoval postiženou HK, přenášel váhu na postiženou stranu těla a trénujeme obě poloviny těla (Kluoňová a Pitnerová, 2005). Friedlová (2007) názorně popisuje jak přimět pacienta, aby aktivně zapojil obě HK, např. při mytí uchopit a ždímat žínku oběma rukama, hrneček s pitím nést k ústům oběma HK.

U hemiparetických pacientů se nedoporučuje cvičení proti odporu, protože přílišná námaha vyvolává spasmus (Lipertová – Grünerová, 2015).

Na lůžku učíme pacienta, jak správně stabilizovat trup a trénovat extenzi kyčlí. Pacienta vybídíme ke skrčení nohou (paretickou DK zajistíme proti posunutí) a nadzvednutí pánve. Cvik opakujeme. Důležité je, že obě nohy mají kontakt s podložkou a tím provádí pacient prevenci fixace plantární flexe, což mu přinese užitek při nacvičování stoje (Lipertová – Grünerová, 2015). Feigin (2007) uvádí, že tento nácvik mostu je důležitý pro schopnost pohybu na lůžku a změnu polohy.

Aktivní cvičení může nemocný s paretickou končetinou provádět sám tím, že při cvičení sepne prsty obou HK (palec postižené končetiny je nahoře) a zdravá končetina pomáhá v pohybu postižené. Toto cvičení se provádí vleže na lůžku i vsedě. Pacient vede spojené HK do předpažení až k vysunutí ramene a lopatky dopředu a následně do vzpažení a zpět. Je možné takto provádět i rotace v ramenním kloubu, kdy pacient dělá kroužky a osmičky. Vleže na zádech se provádí pomocí spojených HK protažení zadní strany stehna a bederní páteře. Pacient leží na zádech s pokrčenými DK, chodidla na

podložce, spojenýma rukama střídavě uchopí pravé a levé koleno, DK přitáhne k trupu a v této poloze několik sekund setrvá (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Lipertová – Grünerová, 2015).

Klusoňová a Pitnerová (2005) doporučují také aktivní pohyby pomocí sepnutých rukou formou klouzavých pohybů po hladké ploše. Pacient sedí, HK má sepnuty a položeny na kluzké podložce a klouzavým pohybem vpřed aktivuje obě HK a trup.

Na aktivní cvičení paretické DK doporučuje Klusoňová a Pitnerová (2005) použít houpací křeslo. Pacient se houpe pomocí obou DK a po zvládnuté činnosti mu vyloučíme aktivitu zdravé DK a tu převezme postižená DK.

Dle Friedlové (2007) před aktivním cvičením by byla vhodná stimulace zrakového vnímání postižené strany, protože vnímání a pohyb se vzájemně ovlivňují. Autorka doporučuje pro zrakovou kontrolu pohybů umístit pacienta vsedě před zrcadlo, pokud mu to jeho stav a prostředí umožní.

1.3.4.4 Pomůcky k mobilizaci

K mobilizaci pacienta využíváme předměty, které pacient používá k denním činnostem (hygiena, oblékání, jídlo) a pomůcky na posílení svalstva. Jsou to malé činky, overbally, pružné tahy a malé pružné míčky (Klusoňová a Pitnerová, 2011).

Pfeiffer (2007) pro aktivní cvičení doporučuje i použití předmětů a pracovních činností, jako je např. broušení smirkovým papírem, rašplování rašplí, obouručné řezání pilkou ocaskou, nebo materiály potřebné pro nácvik práce rozevřenou dlaní jako je roztírání hlíny nebo barvy.

Pro nácvik jemné motoriky je možné využít např. dřevěné kostky, válečky a zasunovat je do otvorů, skládání sirek do krabičky, zapínání knoflíků atd. (Lipertová – Grünerová, 2015).

Klusoňová a Pitnerová (2005) doporučují ke klouzavým pohybům využít např. chňapky a předměty na leštění podlah, které si pacient nasadí na ruce.

Pokud provádění ADL pacient kvůli následkům po CMP není schopen zvládnout sám, může využít kompenzační pomůcky, nebo řešit situaci jiným způsobem (boty bez tkaniček, sprchový kout místo vany). Kompenzačních pomůcek pro ADL je celá řada,

jako příklad madla, nástavce na WC, sedačka do sprchového koutu, suché zipy, kelímky s vhodným úchopem, podavače atd. (Votava, 2009).

1.3.5 Vertikalizace

Vertikalizace je postupné polohování pacienta do vertikály (stoje). Důvodem je prevence dekubitů, pneumonie, kontraktur, trombózy a embolie, vestibulární stimulace s podporou vnímání tělesné osy, postavení v prostoru a zlepšení funkčnosti vylučovacího systému (Kolář et al., 2009; Krišková a kol., 2006).

Vertikalizace má být prováděna co nejdříve, už v rané fázi po CMP. Proto se vertikalizuje i pacient, který o vlastní vůli není stoje schopen. Krišková a kol. (2006) rozděluje vertikalizaci na pasivní a aktivní.

Pasivní vertikalizace je změna polohy z horizontály do vertikály pomocí specializovaného lůžka, jedná se o sklopný stůl, nebo vertikalizační stojan. Pacient je k lůžku fixován a zvyšujeme ho postupně až do stoje. Při vertikalizaci je nutné kontrolovat TK a P. (Kolář et al., 2009). Pasivní vertikalizace je vhodná i u pacienta v bezvědomí (Pfeiffer, 2007).

Aktivní vertikalizaci pacient provádí aktivně o své vůli. Polohu mění postupně od sedu s nohama na lůžku přes šikmý sed na lůžku, sed s nohama z lůžka až po stoj a chůzi. Sestra kontroluje TK a P před, během a po vertikalizaci. Pokud pacient změnu polohy netoleruje, např. pociťuje návaly, nevolnost, uloží ho sestra na lůžko (Krišková a kol., 2006).

1.3.5.1 Sed na lůžku a sed se spuštěnými končetinami

Jde o pasivní sed na lůžku, kdy je pacientovi zvyšována podpěra pod hlavou a trupem až do nejvyšší možné polohy. Nejedná se o polohu kolmou k lůžku, ale o něco nižší. Pro pocit jistoty a komfortu má pacient podepřeny nohy bedýnkou (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Ve fázi, kdy pacient má stabilizovaný trup, udrží rovnováhu, zvládne přenášet váhu těla vsedě do stran, posuny pánve dopředu a dozadu a obracení na bok, je možné ho

posadit na lůžku se spuštěnými končetinami (Kolář et. al., 2009). Před spuštěním DK je vhodné provést bandáž DK jako prevenci embolie a edémů. Mechanismus sedu začíná otočením na bok, přesunem DK z lůžka, vzepřením do šikmého sedu a posazením. Sestra může pacientovi pomoci uchopením za rameno a zatlačením dlaní na koleno. Dolní končetiny se při sedu musí celou plochou dotýkat země nebo podložky pro udržení rovnováhy, pacient zaujímá široký sed. Horními končetinami je možné podpořit stabilitu a jistotu pacienta a opřít je o stolek, nebo se opírat o zapažené natažené končetiny. Sed zprvu trvá půl hodiny a postupně se prodlužuje až na dvě hodiny. Využívá se také k činnostem denních aktivit, jako je jídlo a hygiena (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Sed se spuštěnými DK je možný i na vozíku v případě, že pacient pro své postižení již není schopen další aktivace, mobilizace a vertikalizace. Přesun na vozík může pacient provést aktivně kdy je podmínkou schopnost přitažení HK a vzepření o napjatých HK. Pokud pacient má stabilizovaný trup a nezvládne vzepření na HK, může se do sedu na vozíku přesunout pasivně za pomoci druhé osoby, např. za použití rotany, která usnadní pootočení pacienta před usednutím na vozík (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

1.3.5.2 Stoj u lůžka a chůze

Pokud pacient zvládl sed s nohama dolů a pociťuje při něm jistotu, může se přistoupit k nácviku stoje. Sestra nebo pečující osoba stojí před pacientem, pacient položí HK na rameno sestry, ta opře svá kolena o kolena pacienta, svými rukama ho může uchopit v pase (nebo použít v pase popruh) a pomůže mu přejít do stoje (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Lůžko nebo židle, ze kterých pacient vstává, má mít správnou výšku pro snadnější přesun do stoje a pod nohama musí být umístěna protiskluzová plocha (Feiding, 2007).

Chůze je součástí lokomoce, je to schopnost a dovednost pohybovat se v prostoru z jednoho místa na jiné místo pomocí osobní svalové činnosti. Chůze není pouze pohyb končetin, ale i schopnost držení a zpevnění trupu (Orth, 2009).

Bipedální lokomoce je souhra dvou fází pohybu a to fáze stojné a švihové. Při stojné fázi dolní končetina našlapuje fyziologicky pata, ploska, špička a zároveň druhá DK provádí fázi švihovou, kdy se ohýbá v kyčli a koleni a ke konci dochází k extenzi kolene a dorzální flexi hlezenního kloubu, došlapu a fázi stojné. Nezbytná je souhra všech svalových skupin, zejména HK a trupu, aby byla udržena rovnováha (Bernaciková, 2010).

Nácvik chůze obsahuje chůzi po rovině, dopředu, dozadu, po nakloněné rovině a do schodů (Kolář et al., 2009).

Při nácviku chůze musí sestra znát způsob asistence a dodržovat bezpečnost. Pacient musí mít správnou obuv s pevnou patou a měkkou podrážkou aby ploska nohy při nácviku mohla našlapovat fyziologicky. Dle Klusoňové a Pitnerové (2005) asistující osoba nepřidrží pacienta za paže nebo berle, ale je vhodné přidržování ze zadu pomocí volnějšího opasku.

1.3.5.3 Specifika vertikalizace u pacientů s hemiparézou

Vertikalizace u hemiparetických pacientů je náročný proces. Udržení rovnováhy při změně vnímání osy těla, postavení kloubů často spojené s poruchou zrakového orgánu po CMP je pro pacienta velmi obtížné (Friedlová, 2007).

Friedlová (2007) zmiňuje nutnost umět přenést váhu na postiženou stranu, jak už vleže na lůžku, vsedě (učíme přenášet váhu na oba hrboly sedacích kostí) a především ve stoje, kdy pro pacienta po CMP je přenesení váhy na postiženou DK náročné a v nácviku zásadní.

Rozdílné je i vedení pacienta při chůzi. Pacient s hemiparézou je vždy veden z postižené strany a asistující osoba ho přidržuje v pase a svou druhou rukou může uchopit postiženou HK (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Postižené HK věnujeme pozornost i při vertikalizaci. Feiding (2007) upozorňuje, že při manipulaci do sedu nesmí pomáhající osoba tahat pacienta za paretickou končetinu, jinak hrozí luxace ramenního kloubu, jak uvádí i Friedlová (2007).

Feiding (2007) doporučuje pro větší stabilitu a jistotu pacienta v pasivním sedu podložit hemiparetickou stranu a paretickou HK odložit na polštář v poloze popsané v kapitole polohování.

Ramenní kloub nenecháme poklesnout ani během chůze, kdy snižujeme tah na ramenní kloub, a tím předcházíme subluxaci ramene. Jednou z možností snížení tahu je zastrčit paretickou ruku pacientovi do kapsy (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Další způsob je, že si pacient paretickou HK přidržuje sám zdravou končetinou nebo ji zavěsíme do šátkového obvazu (Feiding, 2007). Klusoňová a Pitnerová (2005) naopak šátkový závěs nedoporučují, ale upřednostňují závěs zhotovený např. z ručníku a uchycený přes zdravé rameno a záda pacienta. Pfeiffer (2007) také nedoporučuje šátek, protože negativně působí tlakem na m. trapezius, ale doporučuje závěs paže od protetických firem.

Pozor musí sestra věnovat i oslabenému hlezennímu kloubu, který pacient často neudrží v pravém úhlu a o končetinu zakopává, a nestabilnímu bérce v ose, který má tendenci poklesávat. Tento problém řeší protetik dlahou s pružnou planžetou v podrážce boty, která nohu s bérce fixuje, ale nezamezuje fyziologickému pohybu nohy (Papoušek, 2010).

1.3.5.4 Riziko pádu

Z důvodu závažného onemocnění a komplikací s ním spojených, jaké mají pacienti po CMP, musí sestra zhodnotit riziko pádu pomocí screeningové metody. Pád můžeme definovat jako pacientův náhlý a neočekávaný sestup ze stoje, ze sedu nebo i z horizontální polohy, včetně asistovaného pádu (kde jednotlivá osoba vede padajícího pacienta k zemi), s poraněním nebo i bez poranění pacienta. Důsledky pádů, kterým čelí hemiparetický pacient, jsou hlavně zlomeniny, poranění hlavy a měkkých tkání. Dalšímu nácviku po prodělaném pádu může bránit strach z pádu, úzkost a deprese. Sestra se musí po ošetření pacienta zabývat i zjišťováním psychických a citových změn v důsledku pádu, a provést všechny opatření ke snížení rizika pádu. Důležitou součástí prevence pádů je používání podpůrných pomůcek (Dostálová a Nahodilová, 2011).

1.3.5.5 Pomůcky pro vertikalizaci

Mezi pomůcky pro vertikalizaci řadíme pomocná zařízení lůžka, protiskluzové podložky, madla, lokomoční pomůcky, stabilní lůžka a židle, dostatečné osvětlení a neklouzavou stabilní obuv (Dostálová a Nahodilová, 2011).

Votava (2009) uvádí jako pomůcky pro lokomoci hole, předloketní berle a podpažní berle (při delším používání riziko útlaku nervově svalové pleteně v podpaží). Tyto pomůcky zajišťují stabilitu při chůzi. Tento požadavek nejlépe plní čtyřbodová hůl (kozička). Pro těžší postižení chůze se používají chodítka, např. ta, která vytvoří kolem pacienta podkovu, a mnoho dalších tipů (čtyřbodové, třibodové, skládací, s kolečky či pevnou oporou, se sedátkem, vysoké podpažní chodítko).

Kvůli zvýšenému riziku pádu může pacient v domácím prostředí využít systémy tísňového volání, kdy signalizace je napojena k centrálnímu dispečinku s možností přivolání neodkladné pomoci (Votava, 2009).

1.3.6 Dechová cvičení

Dechová cvičení mají preventivní význam pro následky imobility, kdy je snížena plicní ventilace v důsledku polohy pacienta s rizikem rozvoje pneumonie (Klusoňová a Pitnerová, 2011). Ke snížené plicní ventilaci po CMP dochází také v důsledku postižení dýchacích svalů vlivem spasticity a omezení rozsahu dýchacích pohybů pro zvýšenou fixaci páteřních kloubů a žeber (Lipertová - Grünerová, 2015).

Polohováním na obě strany podporujeme plicní ventilaci pravé i levé plíce. Při pasivních pohybech a aktivním cvičení sestra upozorňuje pacienta na správné dýchání, hluboký nádech a výdech. Efektivní je provádět dechová cvičení proti odporu a vydechování se syčením nebo probublávání vody v láhvi hadičkou (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Vleže na zádech vede sestra pacienta k nácviku dýchání statickému hrudnímu a statickému břišnímu. Tím dojde k posílení bráničního svalstva, zpevnění středu těla a provzdušnění spodních plicních laloků (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Dechová cvičení předchází hygiena dýchacích cest, kdy pacient provádí nácvik kašlání a vykašlávání (Krišková a kol. 2006).

1.4 DOMÁCÍ PÉČE

1.4.1 Domácí péče a její realizace

„Domácí péče je odborná zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ (Marková a kol., 2009, str. 42).

Domácí péče je poskytována všem bez rozdílu pohlaví, rasy, věku, politické příslušnosti. Její poskytování určuje pouze zdravotní stav pacienta (Bukáčová, 2011).

Rozvoj domácí péče je dán jejími výhodami, mezi které řadíme její ekonomičnost, komplexnost v péči o pacienta, individuální a osobní přístup. Vzdávající poptávku po domácí péči podporuje zvyšující se ekonomický tlak na zdravotnickou péči, stárnutí populace a měnící se role rodiny ve společnosti (Hanzlíková a kol., 2006).

Domácí péči indikuje ošetřující lékař v nemocnici, praktický lékař a lékař specialista. Platnost Poukazu na ošetření a vyšetření v domácí péči indikovaný ošetřujícím lékařem v nemocnici má platnost 14 dní, vystavený praktickým lékařem má platnost 3 měsíce (Marková a kol., 2009).

Domácí péče je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění, přímou platbou pacientem nebo formou sponzoringu a grantů. Úhradu z veřejného zdravotního pojištění určuje vyhláška MZČR č.331/2007 Sb., která obsahuje seznam zdravotních výkonů, hrazených zdravotní pojišťovnou smluvnímu partnerovi, který domácí péči poskytuje (Misconiová, 2006).

Cílem domácí péče je podpora zdraví jednotlivce a jeho rodiny ve smyslu bio-psycho-sociálním, zabezpečení komplexní péče pomocí multidisciplinárního týmu, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech a zajištění

léčebného režimu ke snížení negativního vlivu onemocnění na pacienta a jeho rodinu (Jarošová, 2007).

Nejrozšířenější formou domácí péče v České republice je dlouhodobá domácí péče. Tato péče je zaměřena na chronicky nemocné, kteří vyžadují pravidelnou péči kvalifikovaného personálu. Mezi nejčastější objekty této péče patří právě klienti po CMP (Jarošová, 2007).

Poskytovatelem domácí péče může být agentura domácí péče (ADP), sociální oddělení obce, charitativní nebo humanitární organizace, Červený kříž a lékař prvního kontaktu (Hanzlíková a kol., 2006).

Dle Hanzlíkové a kol. (2006) je realizátorem domácí ošetrovatelské péče agentura domácí péče.

Ošetrovatelská péče se v ADP provádí formou ošetrovatelského procesu. Ten se skládá s fáze posuzování klienta, diagnostiky problémů, plánování ošetrovatelské péče, realizace plánu a hodnocení (Jarošová, 2007). K zhodnocení stavu na začátku a během ošetrovatelského procesu se používají hodnotící škály. V ADP se nejčastěji používají škály hodnocení bolesti, měření kvality psychiky, měření soběstačnosti (Barthelův test základních všedních činností BI, Test funkční soběstačnosti FIM) a riziko vzniku komplikací (stupnice Nortonové, Bradenové, Riziko pádu) (Vaňásková, 2004; Marková a kol, 2009).

O ošetrovatelském procesu se v ADP vede dokumentace, která slouží jako zdroj informací o klientovi, zajištění kontinuity ošetrovatelské péče a k hodnocení účinnosti realizace ošetrovatelského plánu. Základní složkou ošetrovatelské dokumentace v ADP je poukaz na ošetření/vyšetření DP – 06, vstupní ošetrovatelský záznam, plán ošetrovatelské péče, denní záznam o péči u pacienta, záznam o ošetrovatelských testech a po uzavření domácí péče propouštěcí a překládová zpráva (Marková a kol., 2009).

Pracovní tým ADP je multidisciplinární a skládá se ze sestry manažerky, terénní sestry, lékaře, dalších zdravotnických pracovníků (např. fyzioterapeuta), sociálních pracovníků (např. pečovatelek), dobrovolníků a rodiny (Marková a kol., 2009).

Multidisciplinární tým má pacienta připravit na život v jeho sociálním a profesním prostředí, ale i pomoci získat samostatnost v domácím prostředí. Pro tyto úkoly je

důležité, abychom péči plánovali, hodnotili a výstupy předávali v rámci týmu (Lipertová – Grünerová, 2015).

ADP by měla disponovat minimálně jedním fyzioterapeutem, protože sestry mohou vykonávat pouze rehabilitační ošetrovatelství (Hanzlíková a kol., 2007). Sestra aplikuje metodický postup, který zvolil fyzioterapeut a jejich péče se vzájemně doplňuje, léčebné cíle se spolu shodují a podporují ve smyslu prevence, podpory, udržení a obnovy zdraví pacienta (Mikšová a kol., 2006).

Propuštění těžce imobilního pacienta do domácí péče klade extrémní nároky na čas a obětavost rodinných příslušníků, ale i na jejich kognitivní funkce a fyzickou zdatnost (Betlachová, 2013).

1.4.2 Sestra v ADP

Sestra v ADP může zastávat dvě role, sestra manažerka a terénní sestra. Sestra manažerka stojí v čele ADP, disponuje magisterským nebo bakalářským vzděláním a minimálně dvouletou praxí u lůžka nemocného. Náplní její práce je zajištění provozu ADP z organizační, materiální, finanční, technické a odborné stránky. (Hanzlíková a kol., 2007). Dle Markové a kol. (2009) do její kompetence patří zajištění vzdělávání pracovníků ADP.

Ošetrovatelskou péči v domácím prostředí poskytuje a vykonává terénní sestra. Je to vysoce kvalifikovaná sestra na vysoké odborné a profesionální úrovni s dokončeným středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním. V její kompetenci je ošetrovatelská činnost spojená se zabezpečením osobní hygieny, monitorováním základních fyziologických funkcí, aplikací léků, ošetrováním ran a dekubitů, odběrem biologického materiálu, edukací pacienta a rodinných příslušníků a základní ošetrovatelskou rehabilitací (Hanzlíková a kol. 2006).

Sestra v ADP musí splňovat osobní požadavky, mezi které patří odhodlanost, preciznost, koncentrace, rozhodnost, empatie, komunikace, samostatnost, odpovědnost, jistota, pohotovost, zručnost a schopnost sociálního kontaktu. Navíc je pro ni nutné

vlastnit řidičské oprávnění skupiny B a registraci pro samostatný výkon povolání (Urbanová 2013, MZČR 2011).

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 CÍL PRÁCE

Cíl 1: Zmapovat znalosti sester pracujících v agenturách domácí péče v oblasti ošetrovatelské rehabilitace.

Cíl 2: Zmapovat praktické využívání rehabilitačního ošetrovatelství sestrami agentur domácí péče v péči o pacienty po CMP.

Cíl 3: Zjistit, zda si sestry pracující v agenturách domácí péče zvyšují znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci dalším vzděláváním.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké jsou znalosti sester pracujících v agenturách domácí péče v oblasti ošetrovatelské rehabilitace?
2. Jak využívají sestry pracující v ADP znalosti rehabilitačního ošetrovatelství v praxi?
3. Jaké formy dalšího vzdělávání absolvují sestry pracující v ADP k rozšíření znalostí o ošetrovatelské rehabilitaci?

3 METODIKA

3.1 METODIKA VÝZKUMU

Podkladem pro vypracování bakalářské práce bylo studium odborné literatury týkající se dané problematiky z pohledu interdisciplinárního. V bakalářské práci byla použita technika kvalitativního výzkumného šetření.

Pro výzkumné šetření byly zvoleny agentury domácí péče působící na území jižních Čech. Výzkum proběhl v měsících květnu až červnu roku 2016. V první fázi výběru agentur domácí péče byly osloveny vedoucí tří agentur, sestry manažerky, nejprve elektronickou formou a potom telefonickou formou. Byly objasněny cíle práce, objekty výzkumu a plánovaná metoda výzkumu. Pro výzkum se podařilo získat jednu ADP se souhlasem sestry manažerky, strážce, jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007). Z těchto důvodů byly osloveny pouze sestry pracující v ADP. S jejich souhlasem, po seznámení s cíly a metodou výzkumu, byl výzkum proveden.

Ke sběru dat byla využita metoda dotazování technikou hloubkových rozhovorů se sedmi sestrami pracujícími v ADP minimálně dva roky. Metoda se provádí formou nestandardizovaného dotazování pomocí otevřených otázek. Cílem hloubkového rozhovoru je získání souhrnných a detailních informací (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Rozhovory probíhaly, po domluvě s oslovenými sestrami, buď v domácím prostředí, nebo veřejném prostoru v ochotné atmosféře. Někdy byla patrna mírná nervozita ze strany dotazovaných sester. Na počátku rozhovoru byla sestra znovu seznámena s tématem a obsahem rozhovoru a potvrzen souhlas se zvukovým záznamem na mobilní telefon. Rozhovor se skládal z 28 otázek (příloha č. 1) a doplňujících otázek. Znovu byla zdůrazněna anonymita rozhovoru. Rozhovory byly ze záznamu doslovně přepsány, vytištěny a očíslovány sestra S1 až sestra S7. Analýza získaných dat byla prováděna metodou otevřeného kódování v ruce, metodou tužka papír. Pomocí této metody byl každý řádek odpovědi sestry označen číslem. Dle výzkumných otázek byly určeny jednotlivé kategorie a podkategorie, do kterých byly přiřazeny pomocí

barevného kódování společné charakteristické znaky v odpovědích sester. Charakteristickými znaky jsou myšlena nejčastější slova, kterými se sestry k jednotlivým podkategoriím vyjádřily. Pro přehlednost byla tato slova k jednotlivým podkategoriím v textu barevně odlišena (příloha č. 2). Jednotlivé kategorie a podkategorie byly zpracovány do přehledného schématu a následně podrobně popsány. Ve schématu je uvedeno klíčové slovo a odkaz na sestru a řádek, kde ho použila, např. S1/10. V popisu jsou odkazy na odpovědi sester formou přímé citace.

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor tvořilo 7 sester pracujících v agenturách domácí péče minimálně dva roky. Sestry byly zaměstnankyněmi 4 anonymních agentur působících v Jihočeském kraji. Identifikační údaje sester jsou zaznamenány v tabulce 1.

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

Sestra	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe v ADP
S1	48	Střední odborné s maturitou	24 let	6 let
S2	33	Střední odborné s maturitou + specializace ARIP	10 let	8 let
S3	43	Střední odborné s maturitou	20 let	17 let
S4	48	Střední odborné s maturitou	30 let	11 let
S5	51	Střední odborné s maturitou	32 let	19 let
S6	40	Střední odborné s maturitou	22 let	2 roky
S7	47	Střední odborné s maturitou + specializace obor chirurgie	29 let	7 let

Na výzkumu se podílelo 7 sester ve věkovém rozmezí 33 až 51 let. Jejich průměrný věk činil 44 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je u 5 sester střední odborné s maturitou, 2 sestry mají střední odborné s maturitou + specializace při NCO NZO Brno. Délka praxe ve zdravotnictví se pohybuje od 10 do 32 let, průměrná doba činí necelých 24 let. Délka praxe v ADP se pohybuje od 2 do 19 let, průměrná doba činí 10 let.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Kategorie 1

Znalosti sester v souvislosti s CMP

Podkategorie

NÁSLEDKY PO CMP

- **Následky somatické**
 - chronické dle místa postižení, pravostranné postižení, hemiparéza, parézy HK, totální ochrnutí, poruchy hybnosti, pravostranná hemiparéza, pohybové následky, postižení HK a DK, imobilita - S1/2; S2/3; S3/4; S4/2; S5/2; S6/3; S7/2
 - kontraktury HK a DK - S1/4
 - spasticita, hypotonie - S1/3
- **Následky kognitivní**
 - afázie, řečové potíže - S1/3; S2/4; S4/3
 - poruchy myšlení - S1/4
- **Deficit soběstačnosti**
 - nesoběstačnost, neschopnost sebeobsluhy - S3/6; S6/3; S7/3

POSTIŽENÍ MOTORIKY

- hemiparéza, hemiplegie, pravostranná hemiparéza, nepohyblivá pravá strana, úplná paréza, plegie, pravostranné a levostranné postižení - S1/5; S2/7; S4/4,9; S6/5,6; S7/5
- ležící, neschopnost pohybu, imobilní - S2/7; S5/4; S6/5; S7/4
- spasticita - S4/10
- táhne nohu za sebou, opírá se o nohu při chůzi, dělá nohou oblouk, nohu ovládají - S1/5-6; S3/10
- zamrzlé rameno - S3/9

- ruka ohnutá v zápěstí, prsty HK v dlani, snížená citlivost rukou, jemná motorika, neovládají ruku, spastická ruka, zatažená ruka, problém v ruce - S1/5, 6; S3/7,8,11
- zatuhnutí menších a velkých kloubů - S5/3
- postižené řečové centrum, nevyjádří se větama - S4/5
- psychika - S7/5
- není schopen se sám o sebe postarat - S7/6

SPASTICITA

- stažení svalů, spasmus, křečovitost, svalová křeč - S1/7; S6/7; S2/9; S4/11; S5/5
- zatuhlost, zataženost, zaťatost - S3/12; S7/7
- bolestivost - S3/14
- nedá se provést pohyb, nemožnost svévolně ovládat sval - S4/13; S5/5
- deformita postavení ruky - S6/8

IMOBILITA

- nepohyblivost - S1/10; S2/14; S3/21; S4/20; S5/9; S6/11
- upoután na lůžku, ležící - S5/9; S7/9
- pohyb s dopomocí, nepohybuje se sám, nesoběstačný - S4/20; S5/10; S7/9
- neschopnost běžně fungovat v životě - S3/21

SEKUNDÁRNÍ ZMĚNY PO CMP

- **Kontraktury**
 - kontraktury, zkrácení svalů, zatuhnutí svalů - S1/9; S4/16,17; S5/8; S6/9; S7/8
- **Centrálně paretická ruka**
 - zamrzlé rameno, omezení jemné motoriky - S3/16; S5/7
- **Atrofie svalstva**
 - ztráta svalové hmoty, svalová atrofie, svalová ochablost - S4/25; S5/12; S7/8
- **Degenerativní změny chrupavek, vaziva, kloubních pouzder**
 - zatuhnutí kloubů, změny na šlachách, změny na kloubech - S5/8; S6/10

- **Dekubity**
 - opruzeniny, proleženiny, dekubity, infekce, kožní léze, otláčeniny - S3/27; S4/18,21; S5/11; S6/15,16; S7/11
- **Infekce**
 - porucha dýchání, riziko pneumonie, zástava dýchání, zápal plic, dechové potíže, infekce - S1/8, 9; S2/13,15; S4/24; S5/11; S6/13; S7/11
- **Důsledek sekundárních změn - deficit soběstačnosti**
 - komplikace se o sebe postarat, těžká základní se péče, ztráta soběstačnosti, nesoběstačnost, závislost na druhé osobě - S1/11; S2/11; S3/24,25; S7/11
- **Ostatní**
 - neschopnost pohybu, nehýbe se - S5/7,13
 - špatně mluví, špatně polyká - S1/8
 - tromboembolická nemoc - S6/16
 - psychické problémy, psychika, sociální izolace - S2/15; S3/23; S4/21; S6/12,16
 - bolest - S2/10; S5/12

Kategorie 1 zahrnuje vědomosti o základním onemocnění, kterého se téma práce týká, a blíže specifikuje pacienty, na které je ošetrovatelská rehabilitace zaměřena. Z analýzy odpovědí sester byly určeny podkategorie a k nim přiřazena klíčová slova. Podkategorie, které vyplynuly z analýzy odpovědí sester, jsou rozděleny na Následky po CMP, Postižení motoriky, Spasticita, Imobilita a Sekundární změny po CMP.

V podkategorii Následky po CMP uvedly somatické následky všechny sestry. Somatické postižení popsaly sestry S1, S2, S3, S4, S5 slovy pravostranné postižení, hemiparéza, parézy HK, totální ochrnutí, poruchy hybnosti, pravostranná hemiparéza, pohybové následky, postižení HK a DK. Sestra S1 blíže popsala následky somatické a také uvedla následky kognitivní: „*Pokud je tam pravostranné postižení, tak s afázií, u hemiparézy se spasticitou nebo hypotonií, v chronické fázi s kontrakturami DK a HK, poruchou myšlení.*“ Sestra S2 také uvedla následky somatické i kognitivní: „*To je od jednoduché parézy, parézy horních končetin až po totální ochrnutí a afázii, to je tak asi ten rozsah.*“ Následky somatické i kognitivní zmínila i S4: „*Tak jsou, ty lidi jsou*

imobilní, buď jsou pravostranná hemiparéza, různý mají ty potíže, hemiparézy, pak tam mají řečový, no, různý.“ Tři sestry k následkům po CMP přiřadily deficit soběstačnosti. Sestra S6 následky somatické popsala slovem imobilita a uvedla deficit soběstačnosti: *„Většinou je to imobilita u těch lidí, nesoběstačnost.*“ Podobně se vyjádřila i sestra S7: *„Je to většinou tedy postižení horních a dolních končetin, imobilita, nesoběstačnost, není schopen hrubé sebeobsluhy.*“

Podkategorie Postižení motoriky popsaly postižení motoriky jako hemiparézu sestry S1, S2, S4, S6, S7. Postižení motoriky spojené s imobilitou mají sestry S2, S5, S6, S7. Sestra S1 blíže specifikovala postižení DK: *„ Je to ta hemiparéza, kdy ten pacient táhne nohu za sebou, opírá se o ni, když chodí, tak s ní dělá oblouk.*“ K DK se vyjádřila i sestra S3 : *„Nohu většinou ovládají, ale vesměs je vždycky největší problém v tej ruce, ano.*“ O postižení HK se zmiňují sestry S1 a S3. Sestra S1 uvedla: *„Ruku má v zápěstí ohnutou a prsty v dlani.*“ S3 popisuje HK a jako jediná zmiňuje postižení ramene: *„Takže, mám i pacienty, kteří opravdu neovládají vůbec ruku, který opravdu mají takovou tu spastickou, takovou tu zataženou ruku, to zamrzlý rameno.*“ Vliv postižení motoriky na klouby zmiňuje S5: *„Je to v podstatě zatuhnutí jak velkých, tak i menších kloubů, neschopnost často pohybu, jakéhokoliv, nebo pouze s dopomocí, ...*“ Postižení motoriky spojené s poruchou řeči zmínila S4: *„Tak já mám zrovna klienta s pravostrannou hemiparézou a tam právě teda i to řečový centrum jako postižený, takže pán se nevyjádří, i když rozumí, jednoslovně se třeba jako vyjádří, ale ne, ne jako větama.*“ Sestra S7 jako jediná přiřadila k postižení motoriky i poruchu psychiky a deficit soběstačnosti: *„Většinou je to pacient ležící, podle toho kde je postižení, pokud je to pravostranné nebo levostranné postižení, psychika, velkou roli tam hraje psychika, že vlastně pacient není schopen se sám o sebe postarat.*“

V podkategorie Spasticita sestry S1, S2, S4, S5 a S6 definují tento příznak jako stažení svalů, spasmus, křečovitost, svalová křeč. Slovy zatuhlost, zataženost, zaťatost označují spasticitu sestry S3 a S7. Sestra S3 vedle popisu spasticity jako zataženost ještě uvedla bolestivost: *„Je to prostě taková ta zatuhlost, ta zataženost, prostě, kdy musíme postupně, pomalinku, nějakou tou pasivní rehabilitací se prostě dostat někam dál, jo to lidi mají, prostě mají, a je to bolestivý, je to prostě, takhle nějak, nevím, jak to víc*

definovat.“ Sestry S4 a S5 zmínily vliv spasticity na pohyblivost. S4: „*Je, když ta svalová, to jsou takový jako, ne křeč, ale, nebo křeč vlastně svalová, jak, jak u té horní končetiny, tak u té dolní, kdy potom ten, ten pohyb se vlastně nedá proti tomuhle spasmu jako provést, musí se počkat prostě, až se ta spasticita jako povolí.*“ Sestra S5 uvedla: „*Jakoby křeč, křeč svalstva, že to svalstvo nemůže svévolně, nebo svojí myslí ovládat.*“ Sestra S6 při definici spasticity popsala už i následek spasticity: „*Spastický znamená stažený, oni nejsou schopni prostě, ty svaly jsou stažené, tak že de facto deformují postavení té ruky.*“

V podkategorii Imobilita se sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6 shodly na označení imobility jako nepohyblivost, neschopnost se pohybovat, nepohybuje se. Sestra S5 tento popis ještě více rozvinula, když uvedla spojení imobility s ležícím pacientem a zmínila jeho závislost v pohybu na pomoci: „*...neschopen třeba pohybu, ani v tom lůžku, nebo pohybu pouze s dopomocí.*“ Sestra S7 stejně jako S5 si pod pojmem imobilita vybavuje ležícího, nesoběstačného pacienta: „*Ležící, nesoběstačný pacient, není schopen ani sedu, polohování, vertikalizace.*“ Závislost na pomoci druhé osoby uvedla i sestra S4: „*Člověk, kterej se nepohybuje sám.*“ Sestra S3 vedle nepohyblivosti uvedla i deficit v ADL (základních všedních činnostech) u imobilního pacienta: „*Neschopnost se nějakým způsobem pohybovat, běžně fungovat v životě, ale vůbec, no.*“

V podkategorii Sekundární změny po CMP jsme zjistili, že sestry po rozboru dat zmínily společnými znalostmi téměř všechny sekundární změny po CMP v důsledku spasticity a imobility. Sekundární změny kontraktury uvedly sestry S1, S4, S5, S6, S7. Dále si nejvíce vybavily dekubity S3, S4, S5, S6, S7 a infekce S1, S2, S4, S5, S6, S7.

Rozbor dat po jednotlivých sestrách dává přehled, co každá o sekundárních změnách uvedla. S1 se vyjádřila ohledně kontraktur a infekce. Zmínila i deficit soběstačnosti, což je důsledek sekundárních změn. Navíc v části ostatní uvedla špatné mluvení a polykání: „*Ten pacient má poruchu dýchání, špatně se mu mluví a polyká. Má riziko pneumonie a dělají se mu jako ty kontraktury.*“

Sestra S2 ze sekundárních změn uvedla pouze infekce, a zmínila důsledek sekundárních změn deficit soběstačnosti. V části ostatní uvedla psychické problémy a bolest. S2: „*No tak, může mít jakoby ty, může mít zápal plic, to je, může mít psychický*

problémy, to je strašně velké rozsah, to jako pro toho člověka, úplně odrovná po všech stránkách.“ U sekundárních změn v důsledku spasticity uvedla zástavu dýchání: *„Asi zástava dýchání. Když má křeč na těch dýchacích svalech, tak se může zadusit.“*

Sestra S3 za sekundární změny po CMP označila jako jedna ze dvou centrálně paretickou ruku a dále dekubity: *„Je tam, je tam to zamrzlý, to bolavý rameno, prostě, to je prostě nejhorší, co může být.“* Jako následek uvedla deficit soběstačnosti a v části ostatní poruchu psychiky.

Sestra S4 uvedla nejčastější sekundární změny - kontraktury, atrofie svalové hmoty, dekubity, infekce: *„Aha, tak právě nejsou pohyblivý, jak, zůstávají ležící, jo, v postelích, takže mají zkrácení, zkrácení svalů, protože se tam s nima až tak úplně necvičí, kontraktury, hodně, no, takový.“, „...tak jako dekubity, ztráta jako sociálního vůbec jako, s tím okolním světem, protože zůstávají doma, jak nemůžou vyrazit ven, tak to si myslím, že je skoro hlavní, a, no, a potom takový ty druhotný...infekce, protože zůstane ležet, různý k tomu přidružený potom choroby, no, protože se nepohybují, tak ztráta svalový hmoty a tím pádem všechno.“* V části ostatní zmínila sociální izolaci.

Sestra S5 se zmínila o všech sekundárních změnách - kontraktury, centrálně paretická ruka, atrofie svalstva, degenerativní změny chrupavek, vaziva, kloubních pouzder, dekubity, infekce. *„Neschopnost jakéhokoliv pohybu, omezení třeba jemné motoriky, nebo i pohybu velkého kloubu, zatuhnutí svalů, zatuhnutí kloubů.“* *„Nejčastěji to mohou být dechové potíže, potíže, jako kožní léze, dekubity, atrofie svalová, bolesti kloubů, neschopnost vlastně ovládat, nebo používat končetiny, v tom, že ten člověk má bolesti,...“* V části ostatní uvádí bolest a neschopnost pohybu.

Sestra S6 uvedla kontraktury, degenerativní změny, dekubity, infekce a v ostatních sociální izolaci a psychické změny.

Sestra S7 zmínila kontraktury, atrofii svalstva, dekubity a infekce: *„Kontraktury horních končetin i dolních končetin, svalová ochablost.“* *„Riziko vzniku dekubitů, proleženin, opruzenin, nesoběstačnost, pneumonie a zánět močového měchýře.“* V důsledcích sekundárních změn zmiňuje nesoběstačnost.

Kategorie 2

Znalosti sester v souvislosti s ošetrovatelskou rehabilitací

Podkategorie

DEFINICE OŠETŘOVATELSKÉ REHABILITACE

- sesterská rehabilitace, týká se sestřiček, dovolí sestře cvičit, neděláme jako fyzioterapeutky, ošetrovatelská rehabilitace - S1/13; S4/28; S6/17,20; S5/15
- rehabilitace k udržení základních funkcí, rehabilitace k stabilizaci stavu, návrat do normálního života, rozhybání člověka, soubor nácviků a cvičení - S1/14; S2/19; S3/30; S4/24
- nácvik sebeobslužnosti, naučit základní věci, příprava pacienta k sebeobsluze - S2/18; S7/13
- nácvik s pomůckami - S3/34

PROSTŘEDKY REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

- **Polohování**
 - Polohování - S1/15; S2/25; S3/38; S4/32; S5/19; S6/22; S7/15
- **Mobilizace**
 - protažení HK a DK, pasivní rozhybání, aktivní zapojení pacienta, pasivní cvičení, aktivní cvičení, cvičení HK DK, procvičovat HK, DK, protahování DK a HK, cvičení na lůžku, kondiční cvičení, pasivní rehabilitace - S1/15; S2/31,34; S3/30; S5/18,20,21,22; S6/24; S7/15
- **Vertikalizace**
 - stoj, chůze, nácvik chůze, nácvik sedu, vertikalizace, posazování, zvedání, dávání do vozíku, sed na lůžku, sed s nohama dolů z lůžka - S1/16; S3/33; S4/33,34,35; S5/17,18; S7/16
- **Dechová rehabilitace**
 - Dechová rehabilitace, dechová cvičení - S1/15; S5/20; S6/22
- **Ostatní**
 - péče o kůži - S5/19

PŘÍNOS OŠETŘOVATELSKÉ REHABILITACE

- **Dýchací a oběhový systém**
 - prevence trombózy, embolie, prevence oběhových komplikací, prevence ortostatického tlaku, prevence pneumonie, prevence zápalu plic, podpora krevního oběhu, dobré dýchání, dechová rehabilitace - S1/22,37; S2/45,64,79; S3/87; S5/41,55,63,69; S6/32; S7/45
- **Vylučovací systém**
 - ovlivnění střevní motoriky - S6/48
- **Pohybový systém**
 - možnost pohybu, rozhýbání, nezatuhne pohybový aparát, snížení spasticity, snížení ztuhlosti, uvolnění zádových svalů, protažení svalů, prevence kontraktur, ovlivnění kontraktur, nezkracují se svaly, netuhnou klouby, protažení páteře, při polohování zvyknutí si na postiženou stranu, zapojit zdravou stranu, posílení DK - S1/30; S2/48,65; S3/43,45; S4/60,86,88; S5/61; S6/50; S7/25,26,45,46,48
- **Kůže**
 - prevence proleženin, prevence dekubitů, nedělá se zapáření kůže - S1/22,31; S2/45; S3/47,80; S4/62; S5/42; S6/31,47; S7/25
- **Ostatní**
 - komfort, úleva, snížení bolesti, předcházení bolesti, sebevědomí, lepší funkce psychiky, psychická vzpruha, pocit úspěchu, zapojení do běžného života, nácvik a zlepšení sebeobslužnosti, samostatnosti, soběstačnost, nezávislost na rodině, činnost pro člověka (denní náplň) - S1/22,30,36; S2/63,76,78; S3/46,76,84; S4/59,88,90,103; S5/39,57,63,70; S6/32,47,58,60
- **Prevence imobilizačního syndromu**
 - S2/47,64,79; S6/62; S7/39

Kategorie 2 byla stanovena podle prvního cíle práce a měla zmapovat znalosti sester týkající se ošetrovatelské rehabilitace. Z analýzy dat byly vytvořeny tři podkategorie a k nim přiřazena klíčová slova. Podkategorie, které vyplynuly z analýzy

odpovědí sester, jsou rozděleny na znalosti ohledně Definice ošetřovatelské rehabilitace, Prostředků rehabilitačního ošetřovatelství a Přínosu ošetřovatelské rehabilitace.

V podkategorii Definice ošetřovatelské rehabilitace sestry S1, S4, S5 S6 definovaly ošetřovatelskou rehabilitaci jako rehabilitaci týkající se sester. Např. S1 uvedla: „*Je to sesterská rehabilitace, ne rehabilitace fyzioterapeutem.*“ Např. S6: „*No tak myslím si, že ošetřovatelská by se měla týkat sestřiček bez vzdělání nějakého fyzioterapeutického, jako fyzioterapeut nebo ergoterapeut ten má vzdělání vyšší, my máme základní zdravotnický, takže ošetřovatelská je běžná, která dovolí té sestře všeobecné vlastně cvičit nějaké kondiční cvičení, základní polohování, samozřejmě patří k rehabilitaci základní dechové cvičení.*“ Sestry S1, a S4 k této definici blíže specifikovaly obsah a cíl ošetřovatelské rehabilitace. S4 uvedla: „*To je taková jako právě ta domácí péče, dělá jenom tu ošetřovatelskou, my máme, my neděláme jakofyzioterapeutky, děláme jen ošetřovatelskou a to je jenom jako toho člověka rozhejbat a nenechat ho prostě ležet v té posteli, jakoby.*“

Bez vymezení na sesterskou činnost popsaly ošetřovatelskou rehabilitaci také sestry S2 a S3. Sestra S2 uvedla: „*Tam je hlavně důležitý udělat, naučit ho úplně ty základní věci, zase aby se mohl vrátit do normálního života.*“ A sestra S3 popsala: „*Tak, je to soubor všech možných nácviků a cvičení vod pasivního k aktivní, prostě, aktivovat toho pacienta.*“

Jako nápravu deficitu soběstačnosti a nácvik aktivit každodenního života definovaly ošetřovatelskou rehabilitaci sestry S2 a S7. Sestra S7 se omezila pouze na tuto definici: „*Připravit pacienta k hrubé sebeobsluze, aby se pacient uměl sám najíst, napít, obléknout se, zapnout si knoflíky.*“ Sestra S3 ještě poznamenala, že se jedná o nácvik s pomůckami.

Podkategorie Prostředky rehabilitačního ošetřovatelství přinesla obraz přesnější orientace sester v rehabilitačním ošetřovatelství. Polohování do prostředků rehabilitačního ošetřovatelství zařadily sestry S1 – S7.

Mobilizaci klíčovými slovy opsaly sestry S1, S2, S3, S5, S6, a S7. Např. S3: „*Začínáme drobnýma věcmi, rozhýbat ty velký klouby a takový a postupně postupujeme k těm menším, k jemnej motorice.*“ Sestra S7: „*Cvičení, protahování dolních i horních*

končetin na lůžku.“ Sestra S6: „*No a pak se snažíme o nějakou pasivní rehabilitaci u těch plegických pacientů a aktivní cvičení kondiční u těch schopnějších.*“

Vertikalizaci pomocí klíčových slov zařadily do prostředků sestry S1, S3, S4, S5, a S7. Sestra S1 popsala: „*No, děláme polohování, dechová cvičení, protažení HK a DK, učíme pacienta vstávat a chodit.*“ Sestry S4 a S7 přímo použily pojem vertikalizace a sestra S5 pojem zvertikalizovat. Např. S4: „*To také patří ošetrovatelský, ta vertikalizace, my na ty polohy, takže je zvedáme, posazujeme, změny, prostě když sedí ve vozíčkách, tak zase dávat do křesla, když se snaží, stojí.*“

Dechovou rehabilitaci uvedly sestry S1 jak už jsme citovali, S5 (citováno níže) a S6.

Sestra S5 ve výčtu prostředků oš. rehabilitace uvedla péči o kůži: „*Takže provádí se základní je polohování, péče o kůži, potom teda dechová rehabilitace, cvičení horních, dolních končetin, promazávání svalů, a je to buď teda aktivně, nebo pasivně, ale my se snažíme člověka zapojovat, zatahovat i rodinu, cvičení na lůžku s pomocí třeba hrazdičky, to je asi základní, aby se ten člověk dokázal pomoci ošetřujícímu personálu, no.*“

V podkategorii Přínos ošetrovatelské rehabilitace se sestry vyjadřovaly k důvodům provádění ošetrovatelské rehabilitace, dokládaly tak znalost proč proces ošetrovatelské rehabilitace provádějí a co je jejím cílem. Všechny sestry S1 – S7 uvedly vliv ošetrovatelské rehabilitace na pohybový systém a kůži. U pohybového systému zvolily klíčová slova možnost pohybu, rozhýbání, uvolnění zádových svalů, protažení páteře, netuhnou klouby. Ošetrovatelskou rehabilitaci jako prevenci spasticity uvedly sestry S4, S5, S6, S7. Použily klíčová slova snížení ztuhlosti, nezatuhne pohybový aparát, snížení spasticity, např. S4: „*Když potom se napolohuje pěkně, tak nemají právě, jo, že se může polevit, a ta spasticita třeba je i menší, když se hezky napolohujou.*“ Dále sestry S1, S2, S4, S6, S7 zmínily prevenci kontraktur slovy protažení svalů, prevence kontraktur, ovlivnění kontraktur, nezkracují se svaly. Např. sestra S6 zmiňuje: „*Určitě to ovlivňuje kontraktury.*“ A S1: „*Nezkracují se mu svaly a netuhnou klouby.*“ Sestra S3 jako jediná zmínila účinek ošetrovatelské rehabilitace při polohování zvyknutí si na postiženou stranu, zapojit zdravou stranu, S3: „*Aby si prostě zvyknul, že je i prostě na*

tu, jak to řeknu, postiženou stranu, že i tam se musí otáčet, že i to prostě musí fungovat, jo, a aby se prostě snažil zapojit tu zdravou stranu a prostě pomoci si tou končetinou.“ Sestra S7 uvedla při vertikalizaci posílení DK: *„Je to vlastně opora a sílu do dolních končetin,... aby zkusil dát tu sílu do těch nohou, kterou v lůžku neudělá.“*

U vlivu na kožní systém použily klíčová slova prevence proleženin, prevence dekubitů, nedělá se zapaření kůže. Slova prevenci dekubitu použily sestry S2, S3, S4, S7 a prevence proleženin S1, S5, S6. Sestra S1 navíc uvedla: *„Nedělá se mu tak zapaření kůže v ohnuté ruce.“*

Vliv ošetrovatelské rehabilitace na dýchací a oběhový systém uvedly sestry S1, S2, S3, S5, S6 a S7. Sestra S1 uvedla: *„..., lépe se prodýchá, podpoří se krevní oběh.“* Sestra S2 zmiňuje: *„...prevenci... i toho zápalu plic, trombózy, ...“* A sestra S5: *„Tak mělo by to být prevence i oběhových komplikací...“* Sestra S7 uvedla: *„...je to prevence ortostatického tlaku...“*

Sestra S6 zmínila vliv ošetrovatelské rehabilitace na vylučovací systém: *„...má vliv i na střevní motoriku...“*

Sestry S1 – S6 hovořily o vlivu a přínosu ošetrovatelské rehabilitace nejen na tělní systémy, ale i pozitivním vlivu na psychiku, snížení bolesti, úlevu, zvýšení sebevědomí, soběstačnosti, sebeobslužnosti, nezávislosti a náplň dne. S1 uvedla: *„ Vertikalizace mu dodá sebevědomí,...“* S2: *„Určitě co nejdřív návrat, aby byl samostatnej a funkční,...“* *„aby nebyl tak závislej na ostatních...“* S3 v odpovědích na přínos mobilizace a vertikalizace jako o prvním přínosu mluvila takto: *„...začíná si zvykat na to, že každý den tam někdo přijde,...“*, *„Tak už jenom to psychicky, prostě že najednou už zase může trošínku jinak fungovat, už to není ten ležící člověk odkázanej na někoho, ale prostě že už začíná zase se zapojovat do toho běžnýho života...“* Sestra S4 zmínila z praxe: *„...a mám ty pacienty, co jsou jako takhle, co to sami zvládnou, jsou sami doma, nejsou s rodinou.“*

Sestry S2, S6 a S7 shrnuly přínos ošetrovatelské rehabilitace slovy prevence imobilizačního syndromu. Sestra S7 v odpovědi na přínos mobilizace krátce uvedla: *„Prevence imobilizačního syndromu.“*

Kategorie 3

Využití znalostí o ošetřovatelské rehabilitaci v praxi v souvislosti s polohováním, mobilizací a vertikalizací

Podkategorie

POLOHOVÁNÍ

- **Zásady**

- poloha na zdravé straně - S1/17; S3/39; S5/36; S6/28
- poloha na postižené straně, poloha na postižené straně pro zapojení zdravé končetiny - S1/17; S3/39,40; S5/36; S6/28; S7/18
- poloha na zádech - S1/17; S7/27
- poloha ne na břicho S1/18, teoreticky může i na břicho S2/40
- učit polohu na obě dvě strany - S4/44
- dodržet časový harmonogram, polohujeme po dvou až třech hodinách, polohujeme po dvou hodinách ve dne, po třech v noci, doba polohy záleží na pacientovi, čas těžko dodržujeme, zaučit rodinu - S1/19,20; S2/36,37; S5/24,25; S6/26
- přistupujeme z postižené strany, věci dávat na paretickou stranu - S1/18; S4/42
- postižená HK dlaní nahoru, podkládat paretickou ruku a klouby, ortéza na paretickou HK na noc, spastickou HK na měkkou podložku, výuka jak používat zdravou HK - S1/19; S4/50,57; S7,19
- podkládat paretickou nohu, podložit kolenní kloub při poloze na boku DK pokrčit, při poloze na zádech DK natáhnout, nevybočovat kyčelní a kolenní kloub - S4/39,41,46; S7/26

- **Pomůcky**

válce, půlválce, polštáře, housenky s kuličkami, polohovací postel, molitany, korýtka na nohu, pytlíky, ortéza na ruku, antidekubitní podložka, prostěradlo, klíny, bedničky, hrazdička, silný provaz

MOBILIZACE

- **Zásady**

- uvolňovat končetinu než začneme cvičit, postupně po uvolnění spasticity se pouštíme do cvičení, promazat před cvičením, uvolnit spasticitu, před cvičením uvolňovat, dotýkat, povolovat, míčkování - S4/65,72,82,83; S6/41
- začínáme od velkých kloubů, postupujeme k menším kloubům, začít malinký pohyby, postupně přidávat intenzitu a délku cvičení, začínáme pasivní stranou, nejdříve protáhnout pasivně - S3/58,59,69,70; S5/45; S6/34; S7/32
- protahujeme HK a DK, HK cvičíme do stran kolečka, rozcvičujeme a protahujeme HK a DK, klouby, zmáčkne opakovaně dlaň, HK zvedneme opakovaně nahoru a dolů, pasivní pohyby cvičí s pacientem sestra - S1/25; S3/60; S5/44; S7/32
- nechat odpočinout - S3/70
- zapojujeme pacienta do aktivních pohybů, aktivní pohyb dělá pacient sám, sestra dohlíží, na nepostižené straně provádí pacient - S5/46, S6/38,39, S7/33
- asistované pohyby pomáháme dělat pacientovi - S6/36,38
- cvičíme vleže na lůžku, vsedě, vsedě s nohama z lůžka - S5/48,49; S7/28
- děláme to pomalu, nedělat zprudka, dělat zlehka, pohyb musí být příjemný, pohyby nenásilně, teplo, klid, pomalé tempo, nesmí to bolet, komunikujeme, zda táhne, bolí, je příjemné, poznat když sval zakřečuje - S1/25; S2/49,50,51,54; S4/63,68,69
- rozcvičení ramene - S3/61
- posilovat zdravou končetinu - S4/74
- edukace rodiny - S5/47

- **Pomůcky**

hrazdička, madla, míčky, rotoped, válečky, flaštička, korýtka, motoped, žebříček, bedýnka, šlapadla

VERTIKALIZACE

- **Zásady**

- stoj, chůze, posazení, postavení, nácvik chůze, sed s nohama z lůžka, posazování do vozíku, sed pomocí pomůcek - S1/32; S2/66; S3/49,50,53,55; S4/97; S5/64,65; S7/28
- vertikalizace je postupná - S5/64,66; S6/51
- učíme posazovat, naučit rovnováhu v sedu, zvedáme ne přes postiženou končetinu, bereme ho za ramena - S1/23,24; S3/52
- netaháme za paretickou ruku - S4/93
- zvedáme přes záda, rameno, samopákou - S4/94
- hrazdičku moc při zvedání nedoporučujeme, šetříme záda - S4/95
- do sedu s nohama dolů posazujeme přes bok - S4/92
- sledovat ve stoje rovnováhu, při nácviku stoje chvíli stojíme na místě, při nácviku stoje přenášet váhu z nohy na nohu - S3/55,56; S6/56
- postavit s oporou fyzioterapeuta - S6/55
- stoj s druhým příslušníkem - S7/40
- sestra hlídá pacienta, prevence pádu, vždycky stojíme u toho klienta - S1/33; S4/98
- sestra drží při chůzi pacienta za postiženou stranu, jdu po té straně, co je pacient postižen, jdu za ním, před ním, chůze v doprovodu - S7/30; S1/34, S4/101,102
- nedělat silou, nedělat přes bolest, nedělat přes únavu – S2/70,71
- respektovat pacienta, vnímat pacienta jak se cítí, respektovat strach pacienta - S2/67,72
- sestra musí být přísná - S1/33

- **Pomůcky**

vozík, chodítka, chodítka podpažní vysoké, hole, čtyřbodová hůl, francouzská hůl

SNÍŽENÍ SPASTICITY

- nejdříve zahřátí, prohřát, teplo, masírovat, promazání končetin, hladíme míčky, hladíme rukama - S4/67; S1/27; S5/53
- začít malými pohyby - S3/69
- nechat odpočinout - S3/70
- setrváváme v pohybu, než pokračujeme - S1/28
- pomalu, cvičíme postupně - S1/27; S4/69; S6/45
- děláme zlehka, děláme s něžností, opatrností - S2/50; S4/79
- nesmí bolet, ne bolest - S3/68; S6/45
- nesmí táhnout, nebrat proti síle, nepracujeme přes odpor končetiny, ne přes sílu - S2/55; S4/85; S6/45
- stálá komunikace s pacientem - S2/50; S4/80
- procvičováním a protahováním svalů - S7/38

Kategorie 3 byla stanovena pro dosažení druhého cíle práce a to zmapovat praktické využívání rehabilitačního ošetřovatelství sestrami ADP v péči o pacienty po CMP. Analýzou dat byly určeny čtyři podkategorie - Polohování, Mobilizace, Vertikalizace a Snížení spasticity. Sestry slovně opisovaly praktické provádění ošetřovatelské rehabilitace a pro konkretizaci uváděly i použití pomůcek pro jednotlivé prostředky ošetřovatelské rehabilitace. Rozhovor se týkal péče o pacienty po CMP v ADP a provádění ošetřovatelské rehabilitace bylo tak úžeji specifikováno.

Podkategorie Polohování přinesla poznatky o tom, jakými zásadami se řídí a jakým způsobem pacienta po CMP polohují. Polohování na zdravé straně uvedly sestry S1, S3, S4, S5 a S6. Polohu na postižené straně zmínily sestry S1, S3, S4 S5, S6 a S7. Sestra S4 popisuje: „...ale teď jakoby polohovací postele můžete na obě dvě strany, tak jsou ty lidi svoje zvyklí, že prostě umí na obě dvě strany...“ Polohu na zádech zmiňují sestry S1 a S7. O poloze na břicho se zmiňují sestry S1 a S2. Sestra S1 říká: „Polohujeme ho na postiženou a nepostiženou stranu, na záda, ale ne na břicho, protože u starších lidí to už pak nejde.“ V protikladu je k tomuto tvrzení S2: „Víte, teoreticky by mohl i na břicho, ale prakticky, když je doma manželka s manželem sama a manžel má sto dvacet kilo a manželka devadesát, řeknu padesát, nebo, plácám, tak ho těžko otočí na břicho,

že jo, ještě když nemá ten grif...“ Časový harmonogram polohování zmínily sestry S1, S2, S5 a S6. Sestra S1 stejně jako S5 zdůraznily nutnost edukovat rodinné příslušníky, S1 uvádí: „Polohujeme ho po dvou až třech hodinách, ale hlavně to řekneme rodině, jak to mají dělat.“ S5 potvrzuje: „No, čas to je, těžko dodržujeme, nebo, musí se to naučit hlavně rodina, musíme to naučit rodinu, a ty časy říct rodině, protože my jsme tam třeba jenom na půl hodiny u toho pacienta denně, takže čas dodržovat nemůžeme.“ S2 vedle časového harmonogramu ještě zmiňuje nutnost individuálního přístupu k pacientovi: „Vždycky se má, přes den se má po dvou hodinách a v noci po třech hodinách, ale většinou i záleží na tom pacientovi, někdy třeba na levém boku vydrží hodinu a půl a už je z toho unavený...“

Sestry S1 a S4 věnovaly pozornost specifikům u lidí po CMP a tou je zapojení postižené strany. Sestra S1 uvedla: *„Přístupujeme k němu z postižené strany, ...“* Sestra S4 potvrzuje: *„...že jsme dřív dávali všechno na tu stranu, kde je ta hemiparéza, kdy, aby si mohl, aby se tam jako naučil ten klient...“*

Přesnější popis polohování HK se věnovala v rozhovoru sestra S1, S4 a S7. Sestra S1: *„... tu postiženou končetinu dáváme dlaní nahoru...“* a sestra S4: *„...podkládat jako pod ty klouby, ruce, aby byly uvolněny...pak tam máme ortézu na ruku, protože aby teda mu nezůstávala ta ruka, on má hodně jakoby spastickou, takže jsme si našli ortézu, ve městě jako mu ji vytvořili, my mu jí dáváme přes den a na noc, ne, na noc jí má a přes den jí někdy sundáváme, má, má ortézu na ruku... když sedí na vozíku, tak má ve vozíku ještě dekubitní takovou jako podložku, takovou jako pěnovou, takovou má, z lepší pěny. Tam a i v těch vozíkách vlastně mají na těch, na těch područkách, protože mají spastickou ruku, opírá se jí o ni, tak jí má taky jako změkčenou.“* Sestra S7 uvedla: *„Pacienta se snažíme polohovat pak vlastně na tu postiženou stranu, aby se tou zdravější rukou uměl přitáhnout a pomoci nám.“*

Přesnější popis polohování DK uvedla sestra S4 a S7. Sestra S4 mluvila o polohování DK právě ve spojitosti s používáním pomůcek: *„...tak podkládat prostě tu, zrovna tu nohu, tu paretickou, tak podkládat, aby nevisel třeba kloub jako, třeba kolenní podkládat...používáme takový korytko na nohu, kdy, aby nebylo vybočení jako toho kyčelního kloubu a toho kolene, tak máme takový korytko, který jde i přes tu, přes to*

koleno, různý pytlíky, protože podkládáme kyčel.“ Sestra S7 také zmínila polohu DK: „...*polohování dolních končetin, kdy třeba na boku nohy pokrčíme, když leží na zádech tak je zase natáhneme.*“

Podkategorie Mobilizace zmapovala postupy a zásady, které sestry aplikují při mobilizaci pacienta po CMP. Tato podkategorie obsahuje větší množství klíčových slov, každá sestra uvádí osobní přístup a popis.

Zásadám před začátkem cvičení se v rozhovoru věnovaly sestry S4 a S6. Nejvíce klíčových slov uvedla sestra S4: „...*než vůbec dojde k nějakému jako cvičení, tak dlouze musíme jako masírovat a jako hladit a tak jako se dotýkat a povolovat, uvolňovat, než vůbec začneme s nějakým jako pohybem, protože potom přes takovou tu jako tu spasticitu se ani nedá dál jít. Tak asi tím hlazením a masírováním.*“

Důraz na posloupnost při cvičení daly sestry S5, S7, které zmínily, že cvičení začínají pasivní stranou, nejdříve protáhnout pasivně a S3, která uvedla postup cvičení od velkých kloubů k malým, nejdříve malé pohyby, přidávat intenzitu a jako jediná uvedla nutnost odpočinku během cvičení: „...*začínáme tou pasivní rehabilitací, začínáme rozcvičovat nejdřív od velkých kloubů...a potom jako přistupujeme, k menším kloubům...*“, „*začít opravdu malinký pohyby, zkoušet to, pomalinku všechno přidávat, nebo, tu intenzitu, tu délku toho cvičení a tohle a zase nechat je odpočinout...*“

Způsob pasivního cvičení DK a HK opisují sestry S1, S3, S5, S6 a S7. Sestra S5 popisuje: „... *snažíme se rozcvičit třeba, rozcvičit, protáhnout, jak říkám, horní, dolní končetiny, větší klouby, když to jde, pasivně...*“ Sestra S7 popsala postup cvičení HK detailněji: „*Mobilizaci začínáme pasivní stranou, kterou např u HK např 30x zmáčkne dlaň, 30x zvedneme nahoru a dolu, pak pacient provádí na druhé straně, která třeba není postižená, sám a pak zkouší znova na pasivní straně, jestli to zvládne sám, samostatně...*“

Aktivní cvičení s pacientem popisují a provádějí sestry S5, S6 a S7.

Asistované cvičení popsala pouze sestra S6: „*Aktivní asistované to je asi u těch paretických, který třeba já nevím u nohy v kyčli nějaký pohyb zvládnou, nezvládnou to od kolene dolů, takže jim pomáháme, tak je to půl na půl pacient co zvládne plus já...*“

Polohu pacienta, při které provádíme mobilizaci, zmiňují sestry S5 a S7. Sestra S5 uvádí: „*Takže se cvičí buď na lůžku vleže, nebo vsedě, vsedě na lůžku nebo s nohama dolů s lůžka.*“

Zásady, které sestry dodržují při provádění mobilizace, uvedly sestry S1, S2 a S4. Popsaly je klíčovými slovy - děláme to pomalu, nedělat zprudka, dělat zlehka, pohyb musí být příjemný, pohyby nenásilně, teplo, klid, pomalé tempo, nesmí to bolet, komunikujeme, zda táhne, bolí, je příjemné. Sestra S4 a S2 zdůraznily nutnost komunikace s pacientem, S2: „*No určitě se to nemůže dělat prudce, jo, když cvičíte toho pacienta, tak musíte zlehka, tak, aby on s váma byl schopnej komunikovat, jestli ho to táhne, jestli ho to bolí, pokud to cítí, jestli, jestli je mu to příjemný nebo ne...*“

Sestra S3 jako jediná zdůraznila při mobilizaci zaměření na rameno postižené HK: „*...potom prostě rozcvičujeme, ruka, hlavně to rameno je tam důležitý...*“

Sestra S4 jako jediná mluvila o cvičení zdravé HK s cílem ji posílit: „*...protože si chce tu zdravou končetinu, pořád aby mu sloužila, tak tam jí chce posilovat tak tam používáme ne třeba závaží ale flaštička je to, ale chce posilovat tak používáme tohleto...*“

Sestra S5 poznamenala, že je dobré zapojit do cvičení rodinu a poučit jí: „*...pak snažíme samotného pacienta, aby se zapojil sám do těch pohybů, když, když to jde, tak aby cvičil on sám, případně aby si cvičil i za naší nepřítomnosti, nebo prostě edukovat rodinu.*“

Podkategorie Vertikalizace obsahuje také větší množství klíčových slov. Každá sestra uvedla svůj postup provádění vertikalizace, u některých slov panovala shoda více sester.

Na obsahu vertikalizace se shodly sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S7 uvedením klíčových slov stoj, chůze, posazení, postavení, nácvik chůze, sed s nohama z lůžka, posazování do vozíku, sed pomocí pomůcek.

Na tom, že vertikalizace je postupná, má určité fáze se shodly sestry S5 a S6. Sestra S5 popsala: „*Takže vertikalizace je postupná, zase teda se nejdřív provádí i to, že se sedí, pacient z lůžka má, pokud je ležící, tak sedí s nohama na lůžku, postupně se vertikalizme s nohama dolů, potom do, do stoje postupného a pak je to třeba s nácvikem*

dalších pomůcek, buď chodítek, podpažního vysokého, nebo chodítka pojízdného, podle toho, jak na tom dotyčná osoba je.“

Nácviku sedu se podrobněji věnovaly sestry S1, S3 a S4. Sestry S1 a S4 shodně uvedly způsob manipulace při posazování vzhledem k paretické končetině a úchop při zvedání do sedu za rameno pacienta. Sestra S4 se tématu věnovala ještě podrobněji, když zmínila zásadu posazovat pacienta do sedu s nohama z lůžka přes bok a omezení používání hrazdičky při posazování u hemiparetického pacienta: *„Vertikalizaci provádíme, provádí se jako přes bok, posazují se v takovém tom, co nás naučili jak jsme absolvovali různý kurzy tak pomáháme, netaháme za ruku, zvedáme spíš přes záda, rameno že si držíme nohy padají dolů a takovou tou jako samopákou se lidí, mám je naučený, zvedají se tak. Hrazdičky se moc nedržíme, aby si šetřily ty záda, protože tam je pak přetížení...“* Sestra S3 se věnovala nutnosti naučit pacienta rovnováhu v sedu: *„Už ho naučit vůbec v tom sedu, aby ta rovnováha, různě ho vypodkládáme, různě je učíme, jak prostě, jo, vypodložit, aby prostě zůstal sedět.“*

Nácviku chůze se podrobněji věnovaly sestry S1, S3, S4, S6 a S7. Sestra S3 a S6 se podrobněji zmínily o nácviku rovnováhy ve stoje, S3: *„Potom děláme nácvik chůze, a zase buď teda s pomocí rodiny, anebo sami, kdy prostě, jako prostě nacvičujeme tu stoj, jenom chvíli stojíme na místě, naučíme ho přenášet váhu z nohy na nohu, a postupně potom zapojujeme chodítka, hole, takovýhle, nácvik tý chůze.“*

Sestry S6 a S7 uvedly při stoji oporu druhé osoby. S7: *„Pomůcky na vertikalizaci-druhý příslušník, když je v domácnosti chlap tak je tam velmi důležitá ta druhá tělesná stránka.“* A sestra S6: *„...tak by se měl ten člověk postavit s oporou nějakýho terapeuta, než se postaví úplně prvně do chodítka, abychom zjistili, samozřejmě, jak zvládá rovnováhu a tyhle věci.“*

Na prevenci pádu a nutnost neopouštět pacienta upozornily sestry S1 a S4. Sestra S4: *„Tam potom teda bezpečnost pádu, prevence pádu, je to důležitý...“*

Způsob, jak pacienta zajistit proti pádu a asistovat při nácviku chůze u hemiparetického pacienta, popisují sestry S1, S4 a S7. Např sestra S4: *„...vždycky jdu po té straně co je postižen, a když se někdy nevejdeme do dveří, tak jdu za ním, před ním,*

jak to zrovna, ale prostě prevence pádu.“ Sestra S1: „Když pacient chodí, tak ho sestra musí hlídat, jistit aby nespád, a drží ho za postiženou stranu.“

Zásady provádění vertikalizace uvedla sestra S2: *„...určitě to zase nedělat silou, nedělat to silou, nedělat to přes bolest, nedělat to přes únavu, protože, pořád poslouchat a vnímat toho pacienta, jak on se cítí, jestli má strach třeba o něj...“* Sestra S1 uvedla nutnost přísnosti k pacientovi: *„ Sestra musí být přísná.“*

Podkategorie Snížení spasticity zmapovala vědomosti a dovednosti nutné aplikovat při práci s hemiparetickým pacientem s centrální spasticitou. Sestry opět uvedly větší množství klíčových slov. Shodly se na některých zásadách a postupech. Dále pak každá uvádí vlastní postup a poznatky.

Nutnost začít každou mobilizaci snížením spasticity pomocí - zahřátí, prohřátí, tepla, masírování a promazání končetin uvedly sestry S1, S4 a S5. Sestra S1 popsala a rozvedla: *„ Děláme nejdříve zahřání, promazání končetiny,...“* A sestra S4 doplňuje: *„...takže nejdřív opravdu jako masírujeme, ty svaly jako rozvolníme a teprv potom se postupně pouštíme do nějakého cvičení...tak než vůbec dojde k nějakému jako cvičení, tak dlouze musíme jako masírovat a jako hladit a tak jako se dotýkat a povolovat, uvolňovat, než vůbec začneme s nějakým jako pohybem, protože potom přes takovou tu jako tu spasticitu se ani nedá dál jít. Tak asi tím hlazením a masírováním.“* Sestra S5 uvedla: *„No, já si myslím, že prvně by se u tý spasticky, že by se mělo prostě nejdříve trochu aktivovat to svalstvo, to znamená nějaký prohřátí, promazání, a pak teda provádět, snažit se provádět další cviky.“*

Sestra S3 popsala postup snížení spasticity pomocí postupných pohybů nejprve malého rozsahu a dále jejich intenzitu postupně zvyšovat a zdůraznila nutnost odpočinku během mobilizace: *„...jako začít opravdu malinký pohyby, zkoušet to, pomalinku všechno přidávat, nebo, tu intenzitu, tu délku toho cvičení a tohle a zase nechat je odpočinout,...“*

Sestra S1 popsala způsob snížení spasticity setrváním v pohybu při pasivním cvičení: *„Taky setrváme v pohybu například 30 sekund, než pokračujeme dál.“*

O zásadách, které sestry dodržují pro snížení spasticity, hovořily sestry S1, S2, S3 S4 a S6. Klíčová slova pomalu, cvičíme postupně použily sestry S1, S4 a S6. Sestry S2

a S4 uvedly klíčová slova - děláme zlehka, děláme s něžností, opatrností. Sestry S3 a S6 uvedly, že pro spastické HK a DK je důležité cvičení do bolesti. Sestry S2, S4 a S6 hovořily o cvičení spastické končetiny ne proti síle, tahu a odporu. Pro příklad uvedeme sestru S6: „*Tak asi základ je, že se snažíme o nějaký jako uvolnění spasticky, ale nemůže to být do bolesti, nemůžu to dělat přes sílu, musí to být postupný a pomalu, že jo. To si, myslím, že je to základ.*“ A sestru S4: „*Všechno děláme s takovou něžností, ne něžností, opatrností, s pacientem komunikujeme, třeba právě jak neumí moc mluvit tak my to máme domluvený takový jako signály, jako ty oči, jako že řekne už ne, už mě to jako bolí,...*“

Jako sestra S4 mluvila o nutnosti komunikace s pacientem i sestra S2.

Sestra S7 jako jediná uvedla pro snížení spasticity způsob: „*No procvičováním a protahováním svalů.*“

Kategorie 4

Prostředky podporující provádění ošetrovatelské rehabilitace

Podkategorie

VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ADP

- **Získání vědomostí**
 - rehabilitační kurz NCO NZO v Brně s následnou praxí v nemocnici, semináře NCO NZO Brno - S4/118,121; S7/55
 - samostudium, knihy, internet - S1/42; S5/78; S3/79,80
 - rehabilitační sestry soukromě - S2/95; S3/78
 - praxe - S3/78
 - od kolegyň - S1/42
 - zdravotnická škola – asi - S5/77
 - nedokončené bakalářské studium - S4/71
- **Doplňování a obnovování vědomostí**
 - semináře - S2/99; S4/123,124; S5/80; S7/56

- internetové zdroje - S1/43; S3/82; S6/74
- semináře online - S7/57
- praxe - S5/79
- knihy - S3/82
- od pacientů - S3/82

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V ADP

- nefunguje, sestra supluje celý tým, moc nefunguje, fyzioterapeuta nemáme, ne, žádný nemáme, rehabilitační pracovníci k sobě nemáme - S1/40; S4/116,117; S5/76; S6/68,69
- rehabilitační sestru zajišťuje soukromě rodina - S2/89,92,93; S7/51,53
- důležitost spolupráce s logopedkou, fungují nezávisle na sobě, nepředávají si informace - S3/71,74,75

HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

- Škála hodnocení bolesti - S1/39; S4/109; S5/74; S6/65; S7/50
- Riziko pádu - S4/109
- Barthel index - S4/112
- Riziko dekubitů dle Nortonové - S5/74,75

Kategorie 4 byla stanovena pro dosažení třetího cíle práce a tím je zjištění jakým způsobem sestry dále získávají a doplňují znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci, aby je mohli uplatňovat v praxi.

Podkategorie Vzdělávání sester v ADP obsahuje zjištění, jakým způsobem sestry získaly prvotní znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci a jakými prostředky si je doplňují. V části Získávání vědomostí o ošetrovatelské rehabilitaci se sestry v odpovědích značně různily. Jako prvotní zdroj informací semináře NCO NZO Brno uvedly sestry S4 a S7. Sestra S4 uvedla: „*To máme každoročně, jezdíme do Brna na třídní, nebo čtyřdenní kurz rehabilitační, moc přínosný musím říct, moc pěkný. A je to potom i v praktickém, když se tam jede ještě další jeden den a jede se do nemocnice a je to jako i s praktickou zkouškou. To dělá NZO Brno. Zrovna minulý rok jsme byli.*“ Samostudium jako další

formu získání informací uvedly sestry S1, S5 a S3, která zdroje samostudia zkonkretizovala: „...a pak už jsem si to tak nějak na internetu i jsem si teda hledala něco jako v nějakých knížkách ošetrovatelská rehabilitace, takže takhle...“ Zjištění si informací od rehabilitačních sester zmiňují sestry S2 a S3. S3 dále uvedla, že získala vědomosti a dovednosti vlastní praxí: „Já jsem, asi tou praxí, už jenom tím, že jsem dělala většinou na tej neurologii, tak něco, a pak, když jsem začala dělat tady a měla jsem jít někam někoho cvičit, nejdřív jsem si došla za nějakou rehabilitační sestřičkou, která mě trošku navedla, naučila.“ Od svých kolegyně v ADP získává znalosti sestra S1: „Samostudiem, nebo od kolegyně, předáváme si informace.“ Jako prvotní zdroj informací zdravotnickou školu uvedla sestra S5: „Poprvé jsem o tom musela slyšet asi na, na zdravotnické škole...“ Znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci získané formou bakalářského studia uvedla sestra S6: „No tak na střední zdravotnické ne, z praxe a vzhledem k tomu studiu bakalářskému.“

V části Doplnování a obnovování vědomostí uvedly jako zdroj informací semináře sestry S2, S4, S5 a S7. Sestra S4 navíc rozvedla způsob zajištění seminářů: „Doplňujeme si a zaměstnavatel nám to jako platí, umožňuje a vlastně nám to i hledá, jako najde nám to.“ A semináře online zmínila sestra S7: „Bud' jsou to semináře Brno, nebo vlastně existuje na počítači vlastně online k získání kreditů, jsou to vlastně semináře, by se tak dalo říct.“ Internetové zdroje jako další zdroj informací uvedly sestry S1, S3 a S6. Sestra S5 na dotaz o dalším vzdělávání uvedla klíčové slovo praxe: „Praxí. Praxí a studiem.“ Na doplňující otázku: „Zúčastňujete se třeba nějakých seminářů, kurzů?“ odpověděla: „Ano, ano.“ Knihy jako zdroj doplňování informací uvedla sestra S3, která ještě zmínila informace a zkušenosti přímo od pacientů: „A musím, musím i říct, docela i od těch pacientů, protože oni potom jezdí na různý ty rehabilitační pobyty, Klimkovice, Darkov a tak a já vždycky řeknu, co jste tam dělali novýho, než děláme my? Takže i oni mi sami říkají nový cviky, nové věci, takže ta zpětná vazba prostě i od nich je tam, no.“

Podkategorie Multidisciplinární tým mapuje spolupráci s ostatními členy rehabilitačního týmu, který je u lidí po CMP přínosem a slouží jako další zdroj předávání znalostí a informací ohledně ošetrovatelské rehabilitace. Nefunkčnost

multidisciplinárního týmu jasně uvedly sestry S1, S4, S5 a S6, která říká: „*Tak u nás jinak, žádný nemáme. Rehabilitační pracovníci žádnou k sobě nemáme.*“ Rehabilitační sestru a kanisterapeuta, kteří ale pracují nezávisle na ADP, zmínila sestra S2: „*...pokud ti pacienti ne, chtějí jakoby lepší rehabilitaci, nebo častější, tak můžou i rehabilitační sestřičku domluvit přímo, která se tím zabývá, umí všechno to, co má, fungujou psi, to jsme taky měli, taková ta terapie, nenapadá mě teďko už.*“ Sestra S7 také zmiňuje rehabilitační pracovníci: „*Pouze máme rehabilitační sestru, která jezdí vlastně po domácnostech, a vlastně my doplňujeme v tomto případě vlastně její práci, ona jezdí pouze 2x v týdnu, kdy pacientovi nebo rodině ukáže kolikrát a jak ty cviky provádět a my v jiné dny doplňujeme, pomáháme vlastně rodině, aby si také zacvičili.*“ O nutnosti spolupráce s logopedkou hovořila sestra S3, ale přímou spolupráci s ADP neguje: „*Je to důležitý, aby ještě byla spolupráce s logopedkou, která dál učí lidi nějak řeči, a ohledně i psaní a takový jiný věci, který zase my už jako neumíme, nebo která je moc specializovaná, takže je tady, funguje tady logopedie, která dochází k pacientům*“. Na doplňující otázku uvedla: „*Předáváte si informace s tou logopedkou?*“ „*Tak to ne. Ne, ne, ne. Všichni fungujou, já bych řekla, jakoby nezávisle na sobě.*“

Podkategorie Hodnotící škály měla doložit, jak sestry hodnotí stav pacienta pro další plánování ošetrovatelského procesu. Škálu hodnocení bolesti používají sestry v ADP S1, S4, S5, S6, a S7. Riziko pádu a Barthel index uvedla sestra S4. Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové používá sestra S5. Sestry S2 a S3 uvedly, že hodnotící škály k posouzení stavu pacienta nepoužívají žádné.

5 DISKUZE

V rámci diskuze budou hodnoceny a porovnávány získané poznatky výzkumného šetření, jehož cílem bylo zmapovat znalosti sester pracujících v ADP v oblasti ošetrovatelské rehabilitace a praktické využívání rehabilitačního ošetrovatelství v péči o pacienty po CMP. Analýze bude podroben i další cíl - zvyšování znalostí o ošetrovatelské rehabilitaci dalším vzděláváním.

Výzkum byl prováděn metodou kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden technikou hloubkových rozhovorů (in – depth interview), které byly nahrávány. V první fázi byly osloveny vedoucí dvou ADP působících v Jihočeském kraji s žádostí o souhlas provést výzkum v jejich agentuře. Po seznámení s cílem a metodikou výzkumu vyjádřila souhlas a podporu výzkumnému šetření vedoucí jedné agentury. Další agentury byly prvně kontaktovány elektronickou formou, ale bez odezvy. Proto byl zvolen postup oslovit samotné sestry pracující v ADP. S jejich souhlasem byl výzkum proveden.

Výzkumný vzorek tvořilo sedm sester pracujících v ADP minimálně dva roky. Sestry byly zaměstnanci 4 agentur domácí péče. Při výzkumu vyšlo najevo, že dvě sestry S1 a S2 pracují v ADP a současně pro jiného zaměstnavatele. Podmínku pracovat v ADP minimálně dva roky však splňovaly. Sestry S3 – S7 pracují v ADP jako kmenoví zaměstnanci na plný úvazek. Původní pracoviště sester je napříč obory ve zdravotnictví a k práci v ADP je vedly důvody finanční, jednosměnný provoz, volný čas, práce v místě bydliště, smysluplná práce, osobní naplnění, potřeba pomoci nemohoucím v domácím prostředí a oslovení vedoucí ADP (příloha č. 3). Pro zajímavost uvádíme, že dvě sestry mimo záznam uvedly dokončené 3 roky vysokoškolského studia, obor ošetrovatelství kombinovaná forma, nezakončené státní zkouškou.

Rozhovory byly vedeny v domácím prostředí sester nebo ve veřejném prostoru. Místo rozhovoru určovala dotazovaná sestra. Oceňovali jsme ochotu sester účastnit se výzkumu, který byl zaměřen na jejich znalosti, dovednosti a další vzdělávání. Přestože rozhovor probíhal v přátelské atmosféře a byl veden formou otevřených otázek, aby

výzkumník porozuměl pohledu respondentů, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku (Švaříček a Šedřová, 2007), byla někdy patrná mírná nervozita ze strany sester. Dle Švaříčka a Šedřové (2007) cílem a základem hloubkového rozhovor je zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě tak, jak je respondenti i při neobratnosti ve vyjadřování říkají. S ochotou a přehledem sestry odpovídaly na ukončovací otázku rozhovoru, co jim komplikuje provádění ošetrovatelské rehabilitace u pacienta po CMP.

První část výzkumného šetření se zaměřuje na znalosti sester v souvislosti s CMP. Zahrnuje vědomosti o základním onemocnění, kterého se téma práce týká, a blíže specifikuje pacienty, na které je ošetrovatelská rehabilitace zaměřena. Všechny sestry uvedly, že s pacienty po CMP denně pracují, např. S6: „*V podstatě si myslím, že pořád, teď já mám dva pacienty na stálo, ke kterým jezdím.*“

Znalost následků a sekundárního poškození po CMP, na které je zaměřena ošetrovatelská rehabilitace, považujeme za důležitou podmínku jejího provádění. Lipertová – Grünerová (2015) zdůrazňuje nutnost znalosti následků po CMP, protože tyto následky výrazně ovlivňují a omezují terapeutické aktivity a neurobehaviorální následky mají většinou negativní vliv na funkční zlepšení pacienta. Sestry měly uvést následky a sekundární postižení po CMP a blíže definovat jejich příčiny - postižení motoriky, spasticitu a imobilitu.

Následky po CMP somatické uvedly všechny sestry, kognitivní zmínily tři sestry. Neurobehaviorální následky se objevují u čtyř sester až v podkategorii sekundární poškození po CMP. Krišková a kol. (2006) uvádí, že ošetrovatelská rehabilitace nemá vliv pouze na motoriku, ale působí i na pacientovo myšlení, uvažování, kladně ovlivňuje jeho psychický stav a předchází depresivním stavům. Je patrné, že nejčastěji se sestry setkávají s postižením motoriky a mají dobré znalosti při jejím definování. Nejpodrobněji pacienta popsala sestra S1: „*Je to ta hemiparéza, kdy ten pacient táhne nohu za sebou, opírá se o ní, když chodí, tak s ní dělá oblouk. Ruku má v zápěstí ohnutou a prsty v dlani.*“

O příčinách sekundárního poškození po CMP, které uvádějí Kalvach (2010), Kolář et al. (2009) a Lipertová - Grünerové (2015) mají sestry dobré znalosti. Pojem imobilita

definovaly všechny sestry. Pojem spasticita byl pro ně náročnější. Lipertová – Grünerová (2015) uvádí: „Spastické zvýšení svalového tonu po náhlé mozkové příhodě patří k nejčastějším problémům, se kterými se setkáváme během rehabilitace těchto pacientů.“ Sestry S3 a S7 popsaly spasticitu méně vhodnými klíčovými slovy jako zatuhlost, zataženost, zaťatost, ale velmi dobře popsaly následky spasticity. Sestra S 7: *„Kontraktury horních končetin i dolních končetin...“* Sestra S3: *„Je tam, je tam to zamrzlý, to bolavý rameno, prostě, to je prostě nejhorší, co může bejt, u těch lidí...“* Z toho usuzujeme, že obsahu slova spasticita rozumí. Ostatní sestry použily přesnější definici spasticity - stažení svalů, stažené svaly, spasmus. Pouze sestra S2 použila slovo křečovitost a jako jeden z následků spasticity popsala: *„Asi zástava dýchání. Když má křeč na těch dýchacích svalech, tak se může zadusit.“*

Ze sekundárních změn po CMP vlivem spasticity a imobility si sestry nejvíce vybavily kontraktury, dekubity a infekce. Tady se množství informací a znalostí u jednotlivých sester různí. Nejvíce komplikací uvedla sestra S5: *„Neschopnost jakéhokoliv pohybu, omezení třeba jemné motoriky, nebo i pohybu velkého kloubu, zatuhnutí svalů, zatuhnutí kloubů.“*, *„Nejčastěji to mohou být dechové potíže, potíže, jako kožní léze, dekubity, atrofie svalová, bolesti kloubů, neschopnost vlastně ovládat, nebo používat končetiny...“* Většinu sekundárních změn zmínily také sestry S4, S6, a S7. Dle Pfeiffera (2007) je centrálně paretická ruka jako následek spasticity a parézy pro pacienta zásadní problém. Jako sekundární poškození ji uvádí sestry S3 a S5. Sestry S1, S2, S3, S6 a S7 popisují, že pacienta omezuje ztráta soběstačnosti, deficit v základních denních činnostech a psychické potíže (popisují sestry S2, S3, S4, S6 a S7). Dle Kalvacha (2010) mezi neurobehaviorální následky po CMP patří apatie, impulzivita, agresivita, deprese, úzkost, emoční labilita a ztráta motivace. Sestry nerozlišují co je následek CMP a sekundární poškození v důsledku následků, protože jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se. Sestry vidí pacienta celistvě, holisticky, jako bio - psycho - sociální a spirituální bytost s jeho problémy a potřebami. Jak uvádí Slezáková (2014): *„Cílem ošetřovatelství v neurologii je uspokojovat biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby pacientů s neurologickým onemocněním.“*

Další část výzkumu se již věnovala prvnímu cíli práce Zmapovat znalosti sester pracujících v agenturách domácí péče v oblasti ošetrovatelské rehabilitace. „Rehabilitační ošetrovatelství je takový způsob aktivního ošetrování, kdy zdravotní sestra všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn.“ (Klusoňová a Pitnerová, 2005, str. 9). V definování ošetrovatelské rehabilitace sestry hlavně slovně vymezily rehabilitaci ošetrovatelskou proti léčebné vedené fyzioterapeutem. Jaký je rozdíl mezi způsobem cvičení sestry a fyzioterapeuta nepopisují. Např. S6 popsala: *„No tak myslím si, že ošetrovatelská by se měla týkat sestřiček bez vzdělání nějakého fyzioterapeutického, jako fyzioterapeut nebo ergoterapeut ten má vzdělání vyšší, my máme základní zdravotnický, takže ošetrovatelská je běžná, která dovolí té sestře všeobecně vlastně cvičit nějaké kondiční cvičení, základní polohování,...“* Sestra S1: *„Je to sesterská rehabilitace, ne rehabilitace fyzioterapeutem. Je k udržení základních funkcí a stabilizaci současného stavu.“* Krišková a kol. (2006) uvádí, že rehabilitační ošetrovatelství hraje klíčovou roli při nápravě deficitu soběstačnosti a nácviku aktivit každodenního života. S tímto tvrzením se ztotožnila sestra S3: *„Tak, je to soubor všech možných nácviků a cvičení...prostě, aktivovat toho pacienta,...“* Sestra S4 uvedla: *„...děláme jen ošetrovatelskou a to je jenom jako toho člověka rozhejbat a nenechat ho prostě ležet v té posteli.“*, Sestra S7: *„Připravit pacienta k hrubé sebeobsluze, aby se pacient uměl sám najíst, napít, obléknout se, zapnout si knoflíky.“* Podrobně popsala nácvik sebeobsluhy S2, uvádíme pouze část: *„Tam je hlavně důležitý udělat, naučit ho úplně ty základní věci, zase aby se mohl vrátit do normálního života, aby měl, aby mu fungovala jemná motorika...“*

Sestry většinou správně uvedly, co je obsahem ošetrovatelské rehabilitace. Polohování, vertikalizaci a klíčovými slovy opsanou mobilizaci zařadily do prostředků ošetrovatelské rehabilitace všechny sestry. Dechové cvičení zmínily sestry S1, S5 a S6.

Podkategorie Přínos ošetrovatelské rehabilitace doložila znalost důvodů, proč sestry ošetrovatelskou rehabilitaci provádějí, jakých sekundárních poškození je prevencí. Zpětně lze ověřit znalost potíží, které přináší paréza, spasticita a imobilita. Sestry popisovaly, co přináší pacientovi polohování, mobilizace a vertikalizace. Při takto

položené otázky si sestry sekundární poškození po CMP lépe vybavily. Dle Lipertové – Grünerové (2015) imobilita způsobuje komplikace na všech systémech lidského těla. Dle Ehlera a kol. (2009) přináší spasticita komplikace na pohybovém a kožním systému. Přínos ošetrovatelské rehabilitace pro pohybový systém a kůži uvedly všechny sestry. Prevenci potíží na oběhovém a dýchacím ústrojí uvedly všechny sestry mimo S4. Přínos mobilizace pro vylučovací systém uvedla pouze sestra S6: „...*samozřejmě prevence dekubitů, na psychiku to má vliv i na střevní motoriku, prostě na celý komplex těhletěch věcí...*“

Dle Ehlera a kol. (2009) spasticita snižuje pacientovu soběstačnost v denních činnostech (oblékání, osobní hygiena, lokomoce) a rovněž komplikuje péči o pacienta dalšími osobami. Andrejkivová a Andrejkivová (2007) uvádějí, že mobilita patří mezi základní lidské vlastnosti a potřeby a přináší člověku uspokojení. Mobilita má vliv na sebeúctu člověka a ta je závislá na samostatnosti, potřebnosti. Člověk s imobilitou může mít pocit bezmoci, závislosti a odkázanosti na druhé osoby. Tato tvrzení potvrdily i všechny dotazované sestry, když další přínos ošetrovatelské rehabilitace (hlavně mobilizace a vertikalizace) popsaly pomocí klíčových slov - komfort, úleva, snížení bolesti, předcházení bolesti, sebevědomí, lepší funkce psychiky, psychická vzpruha, pocit úspěchu, zapojení do běžného života, nácvik a zlepšení sebeobslužnosti, samostatnosti, soběstačnost, nezávislost na rodině, činnost pro člověka (denní náplň). Opět sestry potvrdily, že pacienta vnímají jako celistvou bytost se všemi jeho potřebami a ošetrovatelské intervence provádějí s jasným cílem a očekávanými výsledky.

Kategorie 3 Využití znalostí o ošetrovatelské rehabilitaci v praxi v souvislosti s polohováním, mobilizací a vertikalizací byla důležitá pro splnění druhého cíle práce. V této části výzkumu jsme ve výzkumných otázkách prostředky rehabilitačního ošetrovatelství definovali dle Koláře (2009). Obsahu termínu polohování a vertikalizace sestry velmi dobře rozuměly. Obsah pojmu mobilizace pro ně byl méně srozumitelný. Při rozhovoru jsme ho museli blíže specifikovat na pasivní a asistované pohyby a aktivní cvičení. Tak rozděluje mobilizaci sám Kolář (2009) a tyto rehabilitační prostředky uvádí i Klusoňová a Pitnerová (2005). Pro tuto kategorii byla ještě určena podkategorie Snížení spasticity.

Podkategorie polohování přinesla poznatky, jak sestry pacienta polohují, s jakými pomůckami. Informace o používání pomůcek měla přiblížit praktickou aplikaci polohování. Sestry S1, S2, S5 a S6 se shodly na zásadě časového harmonogramu polohování. Sestry S1, S2 a S5 současně zmiňovaly nutnost edukovat rodinné příslušníky, protože jejich pobyt u pacienta je časově omezený a je dán typem ošetřovatelské návštěvy, kterou určuje praktický lékař dle vyhlášky MZ ČR č. 33/2007 Sb, jak uvádí Marková a kol. (2010). Sestry se shodovaly na možnostech polohování na zádech, zdravé a postižené straně. Výhody této polohy a nutnost ji u hemiparetických pacientů používat potvrzuje i Friedlová (2007) a Klusoňová a Pitnerová (2005), jak je uvedeno v teoretické části v kapitole Polohování. Kolář (2009), Lipertová – Grünerová (2015) i Pfeiffer (2007) zmiňují polohu na břicho. Tu uvedly i sestry S1 a S2. S1 mluvila o poloze na břicho v tom smyslu, že není pro pacienta vhodná: „*Polohujeme ho na postiženou a nepostiženou stranu, na záda, ale ne na břicho, protože u starších lidí to už pak nejde.*“ Tuto polohu zmiňovala i sestra S2: „*Víte, teoreticky by mohl i na břicho, ale prakticky, když je doma manželka s manželem sama a manžel má sto dvacet kilo a manželka devadesát, řeknu padesát, nebo, plácám, tak ho těžko otočí na břicho...*“

Zásadám a specifickým polohování hemiparetického pacienta se věnovaly sestry S1, S4 a S7 a nejvíce rozvedly, jak prakticky polohují. Např. S1: „*Přistupujeme k němu z postižené strany, tu postiženou končetinu dáváme dlaní nahoru.*“. Sestra S4 nejvíce rozvedla polohování HK, DK a zapojení paretické strany. Při používání pomůcek jako jediná zmiňuje molitanovou dlahu na HK, kterou doporučuje Pfeiffer (2007) na str. 156 pro vhodnou pozici zápěstí. S4: „*...pak tam máme ortézu na ruku, protože aby teda mu nezůstávala ta ruka, on má hodně jakoby spastickou, takže jsme si našli ortézu, ve městě jako mu ji vytvořili, my mu jí dáváme přes den a na noc, ne, na noc ji má a přes den ji někdy sundáváme, má, má ortézu na ruku...*“ Další pomůcky uváděly sestry shodně, pouze sestra S5 uvedla prostěradlo: „*K polohování používáme, nejčastěji prostěradlo, když se prostěradlo uchopí z obou stran, podloží se pod pacienta, a na prostěradle se pacienta polohuje v domácím prostředí*“. Tuto pomůcku zmiňuje i Kolář (2009), který pro manipulaci s pacientem uvádí „*polohovačku*“.

Cílem podkategorie Mobilizace bylo zjistit, jak sestry mobilizují pacienta, jakými zásadami se řídí. Klusoňová a Pitnerová (2005) provádění pasivních pohybů dává do kompetence fyzioterapeutovi, sestře, nebo pečovateli. Krišková a kol. (2006) uvádí, že aktivní cvičení probíhá pod vedením fyzioterapeuta a edukované sestry, jejich práce se vzájemně doplňuje. Sestra vede kondiční cvičení, nácvik vertikalizace, dechová cvičení a nácvik sebeobslužných denních činností. To potvrzuje i Feigin (2007), který zdůrazňuje, že nácvik a pomoc při každodenních aktivitách (ADL) je v kompetenci sestry. Mobilizace je součástí ošetrovatelské rehabilitace, jak uvádí Kolář (2009) a Klusoňová a Pitnerová (2005), a v domácí péči je spolu s vertikalizací její hlavní náplní. Potvrzuje to i sestra S4: *„Tak já zrovna, jestli můžu, jako, mluvit o těch svých pacientech, tak já mám tak jako už rehabilitačně jako na výši, že už neleží, ...“* Interpretace sester ohledně mobilizace se liší mezi jednotlivými sestrami. Každá uvádí svou vlastní zkušenost a postup. Na obsahu mobilizace se sestry shodují, v popisu provádění mobilizace byly některé sestry konkrétnější a popsaly postupy podrobněji. Sestry S4 a S6 před cvičením uvedly postupy na provádění uvolnění spasticity, jak zmiňuje Friedlová (2007). V podkategorii Snížení spasticity postupy, které provádějí, ale popisují všechny sestry. Postup mobilizace od pasivního cvičení k aktivnímu uvedly sestry S3, S5, S6 a S7. Provádění aktivních pohybů u pacienta zmiňují sestry S4, S5, S6 a S7. Sestry S4 a S7 neopomněly zmínit cvičení zdravé končetiny, S4: *„...protože si chce tu zdravou končetinu, pořád aby mu sloužila, tak tam jí chce posilovat, tak tam používáme ne třeba závaží ale flaštička je to, ...“* Provádění asistovaných pohybů, které jsou typické pro pacienta s hemiparézou, uvedla sestra S6. Dle Koláře (2009) je asistovaný pohyb (aktivní pohyb s dopomocí druhé osoby) pro mobilizaci pacienta s hemiparézou velmi vhodný. Podrobnější popis mobilizace uvedly sestry S3, S4, S5 a S7 a usuzujeme na to podle množství klíčových slov, která k mobilizaci uvedly. Zmínili bychom sestru S3, která jediná už v podkategorii Sekundární změny po CMP dává důraz na syndrom bolestivého ramene, a zabývá se s ním i při mobilizaci: *„Začínáme tou pasivní rehabilitací, kdy prostě začínáme rozcvičovat nejdřív od velkých kloubů, začínáme všema v té dolní končetině, prostě klasický cvičení do stran, kolečka a takovýhle, potom prostě rozcvičujeme, ruka, hlavně to rameno je tam důležitý, a potom*

jako přistupujeme, k menším kloubům.“ Sestry S1, S2 a S4 uvedly zásady, se kterými mobilizaci provádějí, pomocí klíčových slov - děláme to pomalu, nedělat zprudka, dělat zlehka, pohyb musí být příjemný, pohyby nenásilně, teplo, klid, nesmí to bolet, komunikujeme. Jak popisuje Klusoňová a Pitnerová, (2005), druhá osoba provádí pohyb v jednotlivých kloubech ve fyziologickém rozsahu a pohyb končetinou je veden ve správné dráze pohybu. Pohyb se provádí pomalu, plynule, bez pérování, opakovaně a nesmí provokovat bolest. Klademe si otázku, zda sestry znají dráhu fyziologického pohybu končetin. Kolář (2009), Friedlová (2007), Vrbata (2009), Hoskovcová (2011), Bar a Chmelová (2011) uvádějí pro provádění rehabilitace multidisciplinárním týmem využití Bobath konceptu. Kolář (2009) uvádí, že právě Bobath koncept má za úkol zlepšit vnímání vlastního těla, vyvolat vzpomínky na pohyb a pohybové vzorce, tlumit zvýšený svalový tonus, obnovit normální pohyb a jeho koordinaci. Při rozhovoru na dotaz, zda využívají při ošetrovatelské rehabilitaci nějaký koncept, odpověděly sestry záporně kromě sestry S4. Ta Bobath koncept uvádí.

Mobilizace je velmi široké a zajímavé téma. Zasloužila by si podrobnější rozpracování, detailnější prozkoumání její aplikace sestrami v praxi. Specifikům mobilizace u hemiparetického pacienta se spasticitou se autoři věnují velmi podrobně, uvádějí zásady a přímé návody k mobilizaci pacienta, jak jsem uvedla v teoretické části práce.

Podkategorie vertikalizace ukázala, že jejímu obsahu sestry dobře rozumí. Kolář et al., (2009) a Krišková a kol., (2006) uvádějí, že vertikalizace je postupná a má svá stádia. Tato stádia uvedly všechny sestry. Feiding (2007) a Friedlová (2007) upozorňují, že při manipulaci do sedu nesmí pomáhající osoba tahat pacienta za paretickou končetinu, jinak hrozí luxace ramenního kloubu. Tento aspekt zmiňuje sestra S4, která podrobně popsala způsob vertikalizace: *„Vertikalizaci provádíme, provádí se jako přes bok, posazujou se v takovém tom, co nás naučili jak jsme absolvovali různý kurzy tak pomáháme, netaháme za ruku, zvedáme spíš přes záda, rameno že si držíme, nohy padají dolů a takovou tou jako samopáskou se lidi, mám je naučený, zvedají se tak.“*

Chůze není pouze pohyb končetin, ale i schopnost držení a zpevnění trupu. Nezbytná je souhra všech svalových skupin, zejména HK a trupu, aby byla udržena

rovnováha, jak uvádí Orth (2009), Friedlová (2007) a Bernaciková (2010). O důležitosti rovnováhy hovořily sestry S3, S6 a S7. Sestra S3 popsala nácvik nejpodrobněji: „*Už ho naučit vůbec v tom sedu, aby ta rovnováha, různě ho vypořádáváme, různě je učíme, jak prostě, jo, vypořádat, aby prostě zůstal sedět. Potom děláme nácvik chůze, a zase buď teda s pomocí rodiny, anebo sami, kdy prostě, nacvičujeme tu stoj, jenom chvíli stojíme na místě, naučíme ho přenášet váhu z nohy na nohu, a postupně potom zapojujeme chodítka, hole,...*“

Dle Klusoňové a Pitnerové (2005) a Dostálové a Nahodilové (2011) při nácviku chůze musí sestra znát způsob asistence a dodržovat bezpečnost, musí zhodnotit riziko pádu pomocí screeningové metody. Sestry S1, S4, a S7 při nácviku chůze dbají prevence pádu. Popisovaly, jakým způsobem pacienta drží při chůzi, jak ho doprovází. Jak uvádí Klusoňová a Pitnerová (2005), rozdílné je i vedení hemiparetického pacienta při chůzi. Pacient je vždy veden z postižené strany a asistující osoba ho přidržuje v pase a svou druhou rukou může uchopit postiženou HK. Sestra S1 potvrzuje: „*Když pacient chodí, tak ho sestra musí hlídat, jistit aby nespád, a drží ho za postiženou stranu.*“ Sestra S2 se vedle fází vertikalizace zaměřila i na nutnost respektovat pacienta a potřebu komunikace během nácviku: „*...nedělat to přes únavu, protože, pořád poslouchat a vnímat toho pacienta, jak on se cítí, jestli má strach třeba o něj, půl roku můžou ležet a pak mají i strach se posadit, protože se jim točí hlava, tak se bojí, musí se vždycky poslouchat ten pacient, a vnímat, jak on se cítí...*“ Pomůcky pro vertikalizaci, ať jsou to vozíky, chodítka, hole, používají všechny sestry.

Zmapovat způsob práce s pacientem s centrální spasticitou měla Podkategorie Snížení spasticity. Před pasivním cvičením je žádoucí dostupnými prostředky inhibovat (tlumit) spasticitu mobilizované končetiny. Dle Friedlové (2007) jsou k tlumení spasticity vhodné ruce sestry, kterými se dotýká spastické končetiny. Doteky mají být klidné, provedené celou plochou ruky, pod stálým tlakem. Doporučuje aplikovat hlazení, nebo promazání masážním krémem. Rychlé a hektické pohyby škodí, protože podporují spasticitu. Sestry S1 – S6 tyto doporučení aplikují v praxi. V části výsledky výzkumu jsou zakodována klíčová slova, která sestry použily. Pouze sestra S7 na dotaz na způsob snižování spasticity uvedla: „*No procvičováním a protahováním svalů.*“

Kategorie Prostředky podporující provádění ošetrovatelské rehabilitace byla stanovena pro dosažení třetího cíle práce a tím je zjištění, jakým způsobem sestry dále získávají a doplňují znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci, aby je mohly uplatňovat v praxi.

„Celoživotní vzdělávání je nedílnou součástí rozvoje zdravotnických profesí a nutností odborného růstu zdravotnických pracovníků. Kontinuální vzdělávání je již dávno jednou z forem vzdělávání sester. Sestry si neustále potřebují rozšiřovat a prohlubovat odborné znalosti a dovednosti ve svém oboru, v němž pracují. Samozřejmě, že záleží na jejich iniciativě a vlastním zájmu.“ (Lavičková, 2008). V rozhovoru sestry odpovídaly, kde poprvé získaly vědomosti o ošetrovatelské rehabilitaci. Pomocí seminářů uvedly dvě sestry S1 a S7. Tři sestry S1, S3 a S5 uvedly samostudium, internet a knihy. Sestra S3 uvedla jako další zdroj informací svou praxi, S1 své kolegyně a sestra S5 řekla: „*Poprvé jsem o tom musela slyšet asi na, na zdravotnické škole...*“ To popírá sestra S6, která má také vzdělání střední odborné s maturitou, ale první informace získala až při studiu na vysoké škole: „*No tak na střední zdravotnické ne, z praxe a vzhledem k tomu studiu bakalářskému.*“

Vědomosti si sestry S2, S4, S5 a S7 doplňují a obnovují pomocí seminářů. Konkrétní byla sestra S4, která uvedla: „*To máme každoročně, jezdíme do Brna na třídenní, nebo čtyřdenní kurz rehabilitační, moc přínosný musím říct, moc pěkný. A je to potom i v praktickém, když se tam jede ještě další jeden den a jede se do nemocnice a je to jako i s praktickou zkouškou. To dělá NZO Brno. Zrovna minulý rok jsme byli.*“, „*Doplňujeme si a zaměstnavatel nám to jako platí, umožňuje a vlastně nám to i hledá, jako najde nám to.*“ Dle Markové a kol. (2009) kompetence sestry manažerky patří i zajištění vzdělávání pracovníků ADP. Internetové zdroje využívají sestry S1, S3 a S6. Sestra S3 navíc uvedla: „*A musím, musím i říct, docela i od těch pacientů, protože oni potom jezdí na různý ty rehabilitační pobyty, Klimkovice, Darkov a tak a já vždycky řeknu, co jste tam dělali nového, než děláme my? Takže i oni mi sami říkají nové cviky, nové věci, takže ta zpětná vazba prostě i od nich je tam, no.*“

V této části bychom navázali na výzkumné šetření ohledně multidisciplinárního týmu. Sestry S2 a S3 uvedly jako zdroj informací fyzioterapeuta, od kterého mají

informace soukromě. Dle Mikšové a kol. (2006) sestra aplikuje metodický postup, který zvolil fyzioterapeut a jejich péče se vzájemně doplňuje, léčebné cíle se spolu shodují a podporují ve smyslu prevence, podpory, udržení a obnovy zdraví pacienta. Jarošová uvádí (2007) zabezpečení komplexní domácí péče pomocí multidisciplinárního týmu. Hanzlíková a kol. (2007) zmiňuje, že ADP by měla disponovat minimálně jedním fyzioterapeutem, protože sestry mohou vykonávat pouze rehabilitační ošetrovatelství. Při výzkumném šetření vyšlo najevo, že sestry v rámci agentury nespolupracují s fyzioterapeutem, předávání informací uvnitř týmu nefunguje. Sestra S7 fyzioterapeuta zmínila: „*Pouze máme rehabilitační sestru, která jezdí vlastně po domácnostech, a vlastně my doplňujeme v tomto případě vlastně její práci, ona jezdí pouze 2x v týdnu, kdy pacientovi nebo rodině ukáže kolikrát a jak ty cviky provádět a my v jiné dny doplňujeme...*“ Toto tvrzení je v rozporu s odpovědí sestry S6, která pracuje ve stejné agentuře, S6: „*Tak u nás jinak, žádný nemáme. Rehabilitační pracovníci žádnou k sobě nemáme.*“ Odpověď sestry S7 ohledně fyzioterapeuta v ADP bychom po tomto srovnání interpretovali jako soukromou aktivitu rodiny pacienta. Sestra S1 situaci ohledně multidisciplinárního týmu shrnula: „*Nefunguje, sestra zajišťuje a dělá práci sestry, pečovatelky, fyzioterapeuta, lékaře a taky většinou logopeda.*“

Tato kategorie obsahovala i podkategorii Hodnotící škály a doložila, že většina sester používá škálu bolesti, sestra S4 uvedla Riziko pádu a Barthel index, sestra S5 k hodnocení stavu pacienta používá škálu dle Northonové. Pro komplexní domácí péči je dle Lipertové – Grünerové (2015) důležité, abychom péči plánovali, hodnotili a výstupy předávali v rámci týmu. Z důvodu nefunkčnosti multidisciplinárního týmu v ADP slouží hodnotící škály pouze sestřám pro posouzení stavu pacienta a plánování další ošetrovatelské péče.

Závěrem diskuze bychom uvedli, že díky výzkumnému šetření jsme našli paralelu mezi vzděláváním a uváděním znalostí do praxe. V kategorii 3 Využití znalostí o ošetrovatelské rehabilitaci v praxi v souvislosti s polohováním, mobilizací a vertikalizací nejpodrobněji popsala provádění ošetrovatelské rehabilitace sestra, která si zvyšuje vzdělání pomocí seminářů a kterou v tomto konání podporuje zaměstnavatel. Její motivace pro práci v ADP je smysluplná práce a osobní naplnění. Dle našeho

posouzení se setry orientují v daném tématu a ošetrovatelskou rehabilitaci provádějí na dobré úrovni, s velkým nasazením. Vzdělávání si doplňují vlastní iniciativou, ve vlastním a pacientově zájmu, aby mohli účinně pomoci. Ošetrovatelská rehabilitace ovlivňuje všechny složky osobnosti pacienta, proto je žádoucí ji provádět na co nejvyšší úrovni. Z tohoto důvodu bychom navrhovali uspořádání semináře na téma Mobilizace, teorie a její aplikace u pacientů po CMP.

6 ZÁVĚR

Cílem výzkumného šetření v rámci bakalářské práce bylo zmapovat znalosti sester pracujících v agenturách domácí péče v oblasti ošetrovatelské rehabilitace, praktické využívání rehabilitačního ošetrovatelství sestrami v péči o pacienty po CMP a zjistit, zda si sestry pracující v ADP zvyšují znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci dalším vzděláváním. Na základě těchto třech cílů bylo provedeno výzkumné šetření.

Výzkumný soubor tvořilo 7 sester pracujících v ADP déle než dva roky. Sestry byly zaměstnanci čtyř agentur domácí péče působících v Jihočeském kraji. S jejich souhlasem byl výzkum uskutečněn. Rozhovory byly nahrány, doslovně přepsány a sloužily jako podklad pro zpracování výzkumu.

Pro provedení výzkumného šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden technikou hloubkových rozhovorů, formou nestandardizovaného dotazování pomocí otevřených otázek. Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce neboli metodou tužka a papír. Touto metodou byly stanoveny čtyři kategorie

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry pracující v ADP disponují potřebnými znalostmi o ošetrovatelské rehabilitaci a základním onemocněním, kterého se týká. Pacienta vnímají jako celistvou bytost s jeho potřebami a ošetrovatelskou rehabilitaci provádějí s cílem tyto potřeby uspokojit. Kategorie Využití ošetrovatelské rehabilitace v praxi doložila, že sestry na dobré úrovni provádějí polohování a vertikalizaci. V podkategorii Mobilizace se množství znalostí a popis dovedností liší mezi jednotlivými sestrami. Nejpodrobněji popsala mobilizaci pacienta po CMP sestra, která si zvyšuje vzdělání absolvováním seminářů a v tomto úsilí ji podporuje zaměstnavatel. Další sestry si zvyšují znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci vlastní iniciativou absolvováním seminářů a samostudiem.

U pacientů po CMP je ošetrovatelská rehabilitace prevencí komplikací a sekundárních změn, které ho často zatěžují více než základní onemocnění. Proto je žádoucí, aby mobilizace a vertikalizace, které patří mezi nejvíce používané prostředky

ošetřovatelské rehabilitace v dlouhodobé domácí péči, byly prováděny na co nejvyšší úrovni.

Jako výstup této práce bychom doporučili uspořádání semináře na téma Mobilizace, teorie a její aplikace u pacientů po CMP.

7 ZDROJE

ANDREJKIVOVÁ, Pavla a Magdaléna ANDREJKIVOVÁ, 2007. Mobilizace klienta v domácím prostředí. *Sestra*. Roč. 17, č. 9, s. 37-38. ISSN 1210-0404.

BAR, Michal a Irina, CHMELOVÁ, 2011. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. Roč. 13, č.2, s. 128-135. ISSN 1212-4184

BÁRTLOVÁ, Barbora et. al., 2007. Functional evaluation of physiotherapy in patients after stroke lasting three months. [online]. *Scripta medica Facultatis medicae Universitatis Brunensis Masarykianae*. Roč. 80, č. 5, s. 197-202. [cit. 2015-02-11]. ISSN 1211-3395. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/biomedjournal/pdf/2007/05/197-202.pdf>

BERNACÍKOVÁ, Martina, 2010. *Základy sportovní kineziologie: Chůze*. [online]. 2010. [cit. 2016-06-08]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/kineziologie/auth/pages/chuze.html>

BETLACHOVÁ, Milada a Radmil DVOŘÁK, 2013. Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí - 3. část. *Medicinapropraxi.cz*. [online]. Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2015-02-11]. ISSN 1803-5876. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/04/10.pdf>

BUKÁČOVÁ, Jitka, 2011. Domácí péče u nás. *Ošetrovatelská péče*. Roč. 6, č. 1, s. 4. ISSN 1213-2330.

ČESKO, 2011. *Zákon č. 105/2011 Sb.* [online]. MZČR. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105>

DOSTÁLOVÁ, Barbora a Helena, NAHODILOVÁ, 2011. *Medical-services. Sestra: Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení* [online]. Mladá fronta dnes, 2011, (1) [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>

DRUGA, Rastislav, Miloš GRIM a Petr DUBOVÝ, 2011. *Anatomie centrálního nervového systému*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-706-6.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.

EHLER, Edvard, Eva VAŇÁSKOVÁ a Ivana ŠTĚTKÁŘOVÁ, 2009. Standard komplexní léčby spasticity po cévní mozkové příhodě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie: časopis českých a slovenských neurologů a neurochirurgů*. Roč 72, č. 2, s. 179-181. ISSN 1210-7859.

FEIGIN, Valery L., 2007. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4

HANZLÍKOVÁ, Alžbeta, 2006. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0632-571.

HEGER, Leoš, 2012. Metodický pokyn - péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou (triáž pacientů, spádové oblasti KCC/IC, indikátory výkonnosti a kvality KCC/IC). *Věstník MZČR*. Roč. 2012, č. 10, s. 2-21. ISSN 1211-0868.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOSKOVCOVÁ, Martina, 2011. Neurorehabilitace - nejen nové pojmosloví. *Zdravotnické noviny*. Roč. 60, č. 7, s. 28-29. ISSN 1805-2355; 1214-7664.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-507.

KALITA, Zbyněk, 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-859-1226-0.

KALVACH, Pavel, 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-653.

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2005. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti (určeno zdravotním sestřím)*. 2. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-423-2.

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2011. *Ergoterapie v praxi: (určeno zdravotním sestřím)*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-807-0135-358.

KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-571.

KRIŠKOVÁ, Anna, 2006. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností: učebnice pro lékařské fakulty*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3202-2.

KROBOT, Alois, 2005. Rehabilitace ramenního pletence u hemiparetických nemocných. *Neurologie pro praxi*. Roč. 6, č. 6, s. 296-301. ISSN 1213-1814.

LAVIČKOVÁ, Ivana, 2008. *Motivace sester k celoživotnímu vzdělávání*. Bakalářská práce. JCU ZSF V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Vedoucí práce Sloupová Bürgerová Hana. Dostupné z: https://theses.cz/id/ad0a7y/downloadPraceContent_adipIdno_7406.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela, 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-225-1.

LOVE, Russell J, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER, 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.

MARKOVÁ, Marie (ed.), 2009. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-499-3.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONĚKOVÁ, Marie, ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1: metodika sesterských činností: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

MISCONIOVÁ, Blanka, 2006. Metodika vykazování domácí péče. *Domaci-pece.info* [online]. Národní centrum domácí péče České republiky. [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/metodika-vykazovani-domaci-pece>.

NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava EHLER a Karel NEUBAUER, 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2. Hradec Králové: Galén. ISBN 978-80-7435-174-7.

ORTH, Heidi, 2009. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. České Budějovice: Kopp. ISBN 978-80-7232-378-4.

PAPOUŠEK, Jiří, 2010. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. Roč. 2, č. 4, s. 145-149. ISSN 1803-7542.

PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-355.

ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2.

SANDER CONNOLLY, E., et al., 2012. Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. In: *American Heart Association* [online]. 7. 9 2012. [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://cmp-manual.wbs.cz/-guidelines-/Stroke/AHA%20-%20>.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-332.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie Nejedlá, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024711485.

ŠKOLOUDÍK, David a ŠAŇÁK, Daniel, 2013. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-360-2.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, Edvard EHLER a Robert JECH, 2012. *Spasticita a její léčba*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-302-2.

ŠVARÍČEK, Roman, Klára ŠEDOVÁ et al, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTA, Jiří, 2007. *Základy chirurgie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.

VAŇÁSKOVÁ, Eva, 2004. *Testování v rehabilitační praxi - cévní mozkové příhody*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-701-3398-8.

VOTAVA, Jiří, 2009. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-449-8.

VRBATA, Jaroslav, 2008. Komplexní domácí péče o pacienta po CMP. *Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Roč. 18, č. 4, s. 43-44. ISSN 1210-0404.

URBANOVÁ, Eva, 2013. *Motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí péče*. Bakalářská práce. JCU ZSF v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Machová Alena. Dostupné z : https://theses.cz/id/ad0a7y/downloadPraceContent_adipIdno_7406

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Otázky pro výzkum

Příloha č. 2: Ukázka kódování

Příloha č. 3: Bližší charakteristika sester

Příloha č. 4: Popis poloh při polohování

Příloha č. 5: CD – Rozhovory – přepis a zvukový záznam

Příloha č. 1 – Otázky pro výzkum

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je délka praxe ve zdravotnictví?
4. Jak dlouho pracujete v ADP?
5. Na jakém pracovišti jste před tím pracovala?
6. Co Vás vedlo k tomu pracovat v ADP?
7. Jak často se v ADP setkáváte s klienty po CMP?
8. S jakými následky po CMP se v ADP setkáváte?
9. Jak byste popsala (definovala) postižení motoriky po CMP?
10. Co si představujete pod pojmem spasticita?
11. Jaké následné (sekundární) komplikace spasticity u pacienta pozorujete?
12. Jak byste definovala imobilitu?
13. S jakými komplikacemi se u imobilního pacienta setkáváte?
14. Co se vám vybaví pod pojmem ošetrovatelská rehabilitace?
15. Jaké rehabilitační prostředky ve Vaší agentuře aplikujete?
16. Jak provádíte polohování u pacienta s hemiparézou? Jaké pomůcky k tomu používáte?
17. Co polohování pacientovi přináší? Co tím chcete docílit?
18. Jakým způsobem provádíte mobilizaci pacienta? Jaké zásady u toho aplikujete? Jaké pomůcky?
19. Jakými zásady se řídíte při pasivním a asistovaném cvičení u pacienta se spasticitou? Jakými postupy snižujete spasticitu?
20. Co mobilizace pacientovi přináší?
21. Jak provádíte vertikalizaci, jaké zásady a prostředky u toho aplikujete? S jakými pomůckami?
22. Co vertikalizace pacientovi přináší?
23. Využíváte v ošetrovatelské rehabilitaci ve vaší agentuře nějaké koncepty rehabilitace?

24. Používáte k hodnocení stavu u pacienta nějaké hodnotící škály? Jaké? Co s nimi sledujete?
25. Jak funguje multidisciplinární tým, co se týká rehabilitace v ADP?
26. Kde jste získala vědomosti a dovednosti o ošetrovatelské rehabilitaci?
27. Jakým způsobem si tyto vědomosti a dovednosti obnovujete, doplňujete?
28. Co Vám komplikuje provádění oš. rehabilitace pacienta po CMP?

Příloha č. 2 – Blíží charakteristika sester

1. Kolik je Vám let?
„40.“
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
„Středoškolské.“
3. Jaká je délka praxe ve zdravotnictví?
„22 let.“
4. Jak dlouho pracujete v ADP?
„2 roky.“
5. Na jakém pracovišti jste před tím pracovala?
„Na chirurgii, na lůžku.“
6. Co Vás vedlo k tomu pracovat v ADP?
„Že je to dopoledne, že to není na směny, kvůli času a kvůli děcku.“
7. Jak často se v ADP setkáváte s klienty po CMP?
1 „V podstatě si myslím, že pořád, teď já mám dva pacienty na stálo, ke kterým
2 jezdím.“
8. S jakými následky po CMP se v ADP setkáváte?
3 „Většinou je to imobilita u těch lidí, nesoběstačnost.“
9. Jak byste popsala (definovala) postižení motoriky po CMP?
4 „Tak většinou jsou ti pacienti, záleží na tom rozsahu toho postižení i dylce jak
5 je to od té přítody, ale většinou jsou imobilní, je tam paréza nebo plegie, že jo.
6 Většinou poloviny těla, takže hemiparéza, nebo hemiplegie.“
10. Co si představujete pod pojmem spasticita?
7 „Spastický znamená stažený, oni nejsou schopni prostě, ty svaly jsou stažené,
8 tak že defakto deformují postavení ty ruky.“
11. Jaké následné komplikace (sekundární) spasticky u pacienta pozorujete?
9 „Když jsou ta svaly trvale stažený tak pak tam jsou kontraktury, změny na
10 šlachách, na kloubech, nefyziologický postavení v podstatě končetiny.“
12. Jak byste definovala imobilitu?
11 „Jelikož mobilní je pohyblivý, tak imobilní znamená nepohyblivý.“
13. S jakými komplikacemi se u imobilního pacienta setkáváte?
12 „Imobilní syndrom je teda, je toho hodně. Od zácpy, psychiky a všech těhletěch
13 věcí, samozřejmě komplikace dechové, pneumonie, nedostatečně jsou

Příloha č. 3 – Bližší charakteristika sester

Sestry	Původní pracoviště před ADP	Důvod práce v ADP
S1	Dětská poradna a současně lázně	Finanční důvody
S2	ARO a současně ARO	Finanční důvody, volný čas
S3	Neurologické oddělení	Práce v místě bydliště
S4	Porodnické oddělení	Jednosměnný provoz, smysluplná práce, osobní naplnění
S5	Interní oddělení	Potřeba pomoci nemohoucím v domácím prostředí
S6	Chirurgické oddělení	Jednosměnný provoz
S7	Chirurgické oddělení, gastroenterologie	Jednosměnný provoz, oslovení vedoucí ADP

Příloha č. 4 – Popis poloh při polohování

Supinační poloha

Jde o polohu na zádech nejčastěji používanou a ze strany pacienta dobře tolerovanou, i když s největším rizikem dekubitů, pneumonií a zvýšeným tonem extenzorů celého těla. Hyperextenze krční páteře při špatné poloze hlavy vede k fixaci krční páteře a na HK je podporována převaha flexorů a vznik kontraktur. Hyperextenze krční páteře následně způsobuje bolest hlavy, potíže s mluvením a stíženou mobilizaci do sedu a stoje (Kolář et al., 2009; Lipertová – Grünerová, 2015).

Polohujeme tak, aby hlava byla v mírné flexy, hlava a ramena podloženy polštářem, HK jsou polohovány střídavě v mírné flexy a extenzi, předloktí je střídavě v supinaci a pronaci, DK jsou v koleni v mírné flexy podloženy polštáři a paty jsou odlehčeny antidekubitními botičkami (Kolář et al., 2009; Pfeiffer, 2007).

Semisupinační poloha

Jedná se o polohu mezi polohou na boku a na zádech. Důraz se klade na podložení trupu po celé jeho délce a předsunutí ramene spodní HK. Svrchní končetina leží buď na těle, nebo mírně za ním. Spodní DK má kyčelní kloub v mírné flexi a zevní rotaci, koleno je v mírné flexi. Horní DK je ve stejném postavení jako spodní a je podložena polštářem (Kolář et. al., 2009).

Poloha na boku

Poloha na boku je pro pacienta vhodná pro její prevenci dekubitů v oblasti sakra, pozitivní ovlivnění spastického tonu svalstva a usnadnění dýchání a vylučování sekretu z dýchacích cest. Pacient zaujímá polohu kolmo k podložce, záda má vypočtena polštářem. Spodní končetina zaujímá flexi v rameni 90° a předloktí je v supinaci. Horní HK je uložena volně na polštáři. Horní DK je ve flexi kyčle a kolene podložena polštářem a spodní DK leží na podložce v mírné flexi kyčle i kolene. (Pfeiffer, 2007).

Polohování na bok u pacienta v bezvědomí musí provádět dvě osoby v několika etapách. Jedna osoba otáčí flektovaná kolena na stranu a druhá zároveň manipuluje s rameny a trupem. Při možnosti spolupráce pacienta je ošetřujícím personálem pomáháno s rotací hlavy, ramen a DK (Lipertová – Grünerová, 2015).

Poloha semipronační

Tato poloha je střední poloha mezi polohou na boku a na bříše. Hlava a hrudník jsou podloženy polštářem, spodní HK má rameno v abdukci, loket v mírné flexi, předloktí v pronaci, je uložena za trupem. Horní HK je položena na polštáři, o který má pacient opřený trup, loket je v mírné flexi. Spodní DK má kyčelní kloub v extenzi, koleno v mírné flexi. Horní DK je položena na polštáři před pacientem, koleno a kyčel jsou ve flexi 90° (Kolář et al., 2009).

Poloha na bříše

Je pro pacienta vhodnou polohou, kterou by měl zaujmout alespoň jedenkrát za den. Její výhodou je prevence dekubitů, snadná drenáž sekretů z dýchacích cest a nejméně vyvolává svalové napětí. U starších osob může negativně ovlivnit vyprazdňování moče. Pacient leží na bříše, hlava je rotována do strany, DK jsou podloženy polštářem v oblasti bérce.(Pfeiffer, 2007; Lipertová – Grünerová, 2015).