



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

# Ošetrovatelská péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou

Vypracoval: Veronika Balgová  
Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková Ph.D.

České Budějovice 2016

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část a zabývá se ošetrovatelskou péčí o pacienta po cévní mozkové příhodě.

V teoretické části byla komplexně shrnuta problematika vztahující se k cévní mozkové příhodě. Zabývá se definicí daného onemocnění, příčinami, projevy, diagnostikou, komplikacemi a terapií. Neopomenutelnou oblastí je ošetrovatelská péče, která vzhledem k charakteru onemocnění nese řadu specifík a zahrnuje komplexní péči, kam lze zařadit iktová centra.

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle: 1. Zjistit, jaké jsou problémové oblasti ošetrovatelské péče u péče pacientů s cévní mozkovou příhodou. 2. Zjistit, jaká je spokojenost pacienta s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Na základě těchto cílů byly položeny dvě výzkumné otázky: 1. Jaké jsou problémové oblasti ošetrovatelské péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou? 2. Jsou pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

Empirická část této bakalářské práce přináší výsledky z kvalitativního výzkumného šetření. Byla použita forma polostrukturovaného rozhovoru a skrytého pozorování. Rozhovor probíhal na základě předem připravených otázek s pěti sestrami pracujícími na neurologickém oddělení a s pěti respondenty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Při analýze výsledků byla použita metoda "papír a tužka". Zpracované výsledky byly rozděleny do kategorií a následně do podkategorií. Skryté pozorování bylo zaměřeno na 5 sester působících na neurologickém oddělení. Výsledky pozorování byly zaznamenány do pozorovacího archu a následně vyhodnoceny.

Provedením a zpracováním výzkumného šetření byly zodpovězeny všechny stanovené výzkumné otázky. Výsledky výzkumného šetření poukazují na velice dobrou kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení, i přes to z rozhovorů i pozorování vyplynuly drobné nedostatky. Jedním z nich je nedostatečné respektování soukromí a intimity při poskytování ošetrovatelské péče a vynechání náviku defekačního reflexu. Dále bylo zjištěno, že sestry uvádí jako nejdůležitější oblast v poskytování ošetrovatelské péče rehabilitaci, které se však neúčastnily. Jako další problém sestry zmiňovaly nedostatek času k tomu, aby se mohly individuálně

věnovat intervencím, které si při plánování ošetrovatelské péče zvolily. Jako velké pozitivum lze uvést velkou spokojenost respondentů s přístupem sester při poskytování ošetrovatelské péče.

Na základě výzkumného šetření byla vytvořena informační brožura. Tato brožura může sloužit ošetrovatelskému personálu jako jakýsi souhrn zásad poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s výše uvedenou problematikou. Dále může být využita jako učební pomůcka studentům.

### **Klíčová slova**

Cévní mozková příhoda, spokojenost pacientů, iktová centra, ošetrovatelská péče

## **Abstract**

This thesis is divided into a theoretical and an empirical part and it deals with nursing and patient care after a stroke.

The theoretical part comprehensively summarized the issues related to stroke. It deals with the definition of the disease given, its causes, symptoms, diagnosis, complications and therapy. Very important part is the area of nursing care that due to the nature of the disease, carries many specifics and includes comprehensive care, which may include stroke centers.

There were stated objectives for this bachelor thesis:

1. To identify the problematic areas when providing nursing care to the patient after a stroke.
2. To secure the patient's satisfaction with nursing care.

Based on these objectives there were asked two research questions:

1. What are the problematic areas in nursing care of patients after a stroke?
2. Are patients satisfied with nursing care?

The empirical part of this bachelor thesis presents the results of a qualitative research. The form of a semi-structured interview and a hidden observation was used. The interview with five nurses working in the neurology department and with five respondents who have had a stroke was conducted on the basis of questions prepared in advance. When analyzing the results, the method of "paper and pencil" was used. The processed results were categorized and then split into subcategories. The hidden observation was focused on five nurses working in the neurology department. Observation results were recorded into an observation diary and eventually evaluated.

All of the research questions asked were answered by realizing and processing the survey. The results of the survey point to a very good quality of nursing care provided in the neurology department. However, based on interviews and observations, some minor flaws occurred.

One of them is the lack of respect for privacy and intimacy while providing nursing care and inadequate defecation reflex training.

It was further found that nurses presented the rehabilitation as the most important part in providing nursing care, but they unfortunately did not take part in it. Another problem mentioned by nurses is the lack of time to be able to individually work on all interventions that have been chosen. As a great positive we can present big satisfaction of respondents with the approach of nurses in providing nursing care.

Based on the result of this research an informative brochure was created. This booklet can serve to the nursing staff as a kind of summary of the principles needed to be held when giving nursing care about patients with the issues mentioned above. It can also be used as a teaching tool for students.

**Key words**

Stroke, patient satisfaction, stroke centers, nursing 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 2. 5. 2016

.....

Veronika Balgová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Zdeňce Pavelkové Ph.D. za její odborné vedení, ochotu a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Dále bych poděkovala všem pacientům a zdravotnickému personálu, díky kterým vznikla empirická část této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým nejbližším za jejich trpělivost a podporu, kterou mi věnovali po celou dobu mého studia.

## Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 Charakteristika cévní mozkové příhody	13
1.2 Dělení cévních mozkových příhod	14
1.3 Rizikové faktory cévních mozkových příhod	15
1.4 Prevence cévních mozkových příhod	16
1.5 Klinický obraz u cévních mozkových příhod	17
1.6 Diagnostika	18
1.7 Léčba cévních mozkových příhod	19
1.8 Rehabilitace cévních mozkových příhod	21
1.9 Cerebrovaskulární péče v České republice	22
1.10 Ošetrovatelská péče o nemocného po cévní mozkové příhodě	23
1.10.1 Ošetrovatelská péče o výživu	23
1.10.2 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování	24
1.10.3 Hygienická péče o pacienta s CMP	25
1.10.4 Polohování pacienta po CMP	26
1.10.5 Logopedická péče o pacienta po CMP	26
1.10.6 Péče o psychický stav a komunikace s nemocným po CMP	27
1.10.7 Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3 Metodologie	31
3.1 Použitá metoda	31
3.2 Polostrukturovaný rozhovor	32
3.3 Skryté pozorování	32
3.4 Charakteristika výzkumného souboru	32



4	Výsledky.....	34
4.1	Identifikace výzkumného souboru.....	34
4.2	Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů.....	35
4.2.1	<i>Kategorie: Spokojenost pacienta po cévní mozkové příhodě s ošetrovatelskou péčí.....</i>	<i>37</i>
4.2.2	<i>Kategorie: Problémové oblasti v poskytování ošetrovatelské péče nemocným po cévní mozkové příhodě .....</i>	<i>41</i>
4.3	Skryté pozorování .....	44
5	Diskuze .....	50
6	Závěr.....	56
7	Seznam použité literatury .....	58
8	Přílohy .....	62
8.1	Seznam příloh.....	62

## **Seznam použitých zkratk**

CMP	cévní mozková příhoda
TIA	transitorní ischemická ataka
SAK	subarachnoidální krvácení
EKG	elektrokardiograf
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
INR	hematologické vyšetření krve na aktivitu protrombinového komplexu
CT	počítačová tomografie
PMK	permanentní močový katetr

## Úvod

Cévní mozková příhoda je onemocnění, při kterém dochází k přerušení zásobování některé části mozku krví, což má za následek rychlé odumírání mozkových buněk. Hlavním projevem tohoto onemocnění obvykle bývá invalidita, snížená schopnost řeči, částečné oslepnutí a v tom nejhorším případě dokonce i smrt. Výskyt cévní mozkové příhody souvisí s věkem. To znamená, že cévní mozkovou příhodou jsou více ohroženi lidé s vyšším věkem. Cévní mozkové příhody se dělí na ischemické a hemoragické a to dle toho jakým způsobem vznikly. Ischemické cévní mozkové příhody jsou zapříčiněny uzávěrem mozkové tepny. Hemoragické cévní mozkové příhody jsou mozková krvácení, která vznikají v důsledku prasknutí mozkové tepny, a to způsobuje krvácení do mozku. Celosvětově postihuje cévní mozková příhoda 15 milionů obyvatel ročně.

V rámci prevence cévní mozkové příhody hraje důležitou roli snížení rizika vzniku cévní mozkové příhody především zdravým životním stylem a v neposlední řadě také včasná diagnostika.

Léčba cévních mozkových příhod spočívá v zabezpečení životně důležitých funkcí a to především funkce srdce a plic. Postup léčby je vždy individuální a řídí se stupněm závažnosti onemocnění. Pacient musí mít zajištěn přívod kyslíku. Pokud se jedná o cévní mozkovou příhodu ischemickou, léčba spočívá v rozpuštění trombu nebo embolu trombolýzou, jejímž úkolem je jeho rozpuštění. Pokud se jedná o cévní mozkovou příhodu hemoragickou, léčba spočívá v podávání takzvaně antiedematózních léků nebo odstranění extravazátu chirurgicky.

Role sestry v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě je velmi důležitá. Sestry pracující na neurologickém oddělení nebo v iktovém centru se stávají důležitým článkem v komunikaci mezi pacientem po cévní mozkové příhodě a lékařem. Sestry na těchto odděleních by měly mít dostatek znalostí v dané problematice ošetrovatelské péče. Důležitým úkolem sestry je především psychická podpora pacienta, která velmi výrazně přispívá k vyrovnávání se s následky tohoto závažného onemocnění.

O toto onemocnění jsem se zajímala nejen v rámci vzdělání. Toto onemocnění se mě osobně dotklo v rámci postižení blízké osoby. Cévní mozková příhoda je velice

závažné onemocnění a v dnešní době postihuje společnost stále častěji. Dobrá ošetrovatelská péče a spokojenost pacientů může přispět k rychlejší rekonvalescenci a navrácení se zpět k životu před onemocněním.

## **1 Současný stav**

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je stav, který vyžaduje rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. CMP jsou již řadu let druhou až třetí nejčastější příčinou úmrtí. Souvisí s vysokým věkem. Čím je starší populace, tím je větší hrozba epidemie CMP. Celosvětově postihují asi 15 milionů obyvatel ročně a umírá na ně více než 5 milionů nemocných. Dalších 50 % pacientů zůstává po CMP nesoběstačnými. U většiny nemocných, postižených CMP, zanechává toto onemocnění trvalé následky a také trvalou invaliditu. Cerebrovaskulární onemocnění jsou častou příčinou demence a epilepsie a to zejména u starších lidí. Pacienti, kteří prodělali CMP, mohou trpět psychickými problémy, nebo inkontinencí. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je CMP onemocnění, které má zdravotnický a socioekonomický dopad na společnost. Mozková mrtvice nápadně souvisí s vysokým věkem. Se stárnoucí populací přichází hrozba epidemie mozkové mrtvice (Školoudík, 2013; Seidl, 2008; Spence, 2008).

### ***1.1 Charakteristika cévní mozkové příhody***

Cévní mozková příhoda je akutní ložiskové nebo difuzní poškození funkcí mozku. Vzniká na podkladě cévní etiologie. Může trvat více než 24 hodin nebo vyvolá smrt postiženého (Dobiáš, 2007).

Z 80% je postižení mozku na vaskulárním podkladě akutní ischemické a z 20% je postižení hemoragické. Mezi hemoragické postižení patří mozkové hemoragie, subarachnoidální krvácení a arteriovenózní malformace. Postižení bývá nejčastěji tepenné, vzácněji se však může objevit i žilní. CMP je velice urgentní stav, který vyžaduje rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie (Seidl, 2004).

U CMP dochází k přerušení nebo snížení zásobení kyslíkem a v důsledku toho dochází k odumírání mozkových tkání. Je nutné co nejdříve obnovit krevní oběh. Díky obnově krevního oběhu se zvětšuje pacientova šance na kompletní zotavení. Avšak asi

jedna polovina pacientů, které postihne CMP, zůstává trvale postižena a může dojít k recidivě v průběhu týdnů, měsíců nebo let. CMP bývá typickým důsledkem trombózy intrakraniálních cév, která vede k okluzi krevního tlaku nebo cerebrálních arterií, které zásobují mozek. Dále může být důsledkem embolie trombem, který vznikl mimo oblast mozku a to například v srdci, aortě nebo karotidě, nebo také důsledkem krvácení z intrakraniální tepny nebo žíly, které vzniká na podkladě hypertenze, ruptury aneuryzmatu, arteriovenózní malformace, traumatu nebo krvácivých stavů (Anon, 2008).

## ***1.2 Dělení cévních mozkových příhod***

Cévní mozkové příhody dělíme do dvou skupin podle toho, jakým způsobem vznikly na ischemické a hemoragické (Seidl 2008).

Ischemické CMP vznikají v důsledku uzávěru mozkové tepny, díky kterému může dojít k úplnému nebo částečnému přerušení přívodu krve do postižené oblasti mozku. Pokud uzávěr trvá delší dobu, dochází k menší nebo větší nekróze (odúmrti) mozkových buněk. Tento stav se nazývá mozkový infarkt. Pokud uzávěr trvá krátkou dobu, vznikají příznaky, které se označují jako transitorní ischemická ataka (dále jen TIA). TIA a mozkové infarkty tvoří asi 80% všech CMP (Tyrlíková, Bareš, 2012).

Hemoragické CMP, neboli mozková krvácení, jsou způsobeny rupturou neboli prasknutím mozkové tepny. Příčinou prasknutí tepny mohou být abnormity nebo takzvané cévní malformace. Pokud dojde k ruptuře tepny, která se nachází na povrchu mozku, krev se dostane do subarachnoidálního prostoru hovoříme o subarachnoidálním krvácení ve zkratce SAK. V případě, že praskne tepna nacházející se uvnitř mozku, hovoříme o intracerebrálním krvácení. O intravertikulárním neboli nitrokomorovém krvácení hovoříme tehdy, když praskne malformace v oblasti mozkových komor. Mozková krvácení tvoří asi 20% všech CMP z nichž se nejčastěji vyskytují intracerebrální krvácení, to znamená asi 15% všech CMP (Tyrlíková, Bareš, 2012).

Podle časového průběhu můžeme cévní mozkové příhody rozdělit na TIA. Jde o záchvaty, kdy příznaky jsou typické podle toho, jaké místo mozku je poškozené. K jejich zlepšení dojde v průběhu 24 hodin. Dále se cévní mozkové příhody dají rozdělit podle časového průběhu na progredující ischemické příhody. Jedná se o opakující se příznaky cévní mozkové příhody a na dokončené ischemické příhody. Mezi dokončené cévní mozkové příhody patří akutní CMP s trvalými následky (Halová, 2007)

Ambler dělí cévní mozkové příhody podle mechanismu vzniku na obstrukční, kdy dochází k uzávěru cévy trombem nebo embolem, a neobstrukční, které vznikají hypoperfúzí regionálních a systémových příčin. Podle vztahu k tepennému povodí dělí CMP na infarkty teritoriální, které se nacházejí v povodí některé mozkové tepny a interteritoriální, které se nachází na rozhraní povodí jednotlivých tepen dále lakunární infarkty, při kterých dochází k postižení malých perforujících arterií. Podle průběhu rozděluje CMP na TIA, vyvíjející se CMP a dokončené ischemické CMP (Ambler, 2011).

### ***1.3 Rizikové faktory cévních mozkových příhod***

U pacientů s CMP je velice důležitá komplexní intervence rizikových faktorů. Mnoho pacientů po CMP, ale také pacientů, které CMP postihne v budoucnosti, má často kombinaci více rizikových faktorů současně. (Čěška, 2010). Rizikové faktory jsou ve vzájemné interakci, která se se zvyšujícím věkem mění a jejich vzájemný účinek se násobí. (Spence, 2008).

Rizikové faktory můžeme rozdělit do několika skupin: na neovlivnitelné, ovlivnitelné a medicínské. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří rasa, věk, pohlaví a genetické dispozice. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří zejména kouření, nezdravá strava, zvýšená konzumace alkoholu, užívání antikoncepce a drog s povzbuzujícím účinkem, sedavý způsob života a nadváha. Hypertenze, vysoká hladina tuků, ateroskleróza, nemoci srdce a aorty, angina pectoris, polycytemie a šelest na

karotidě, se řadí do rizikových faktorů medicínských. Rizikové faktory lze regulovat nebo eliminovat léčebnými prostředky (např. užívání léků) nebo nemedicínskými prostředky jako je zejména změna životního stylu (Feign, 2007).

#### **1.4 Prevence cévních mozkových příhod**

K mnohým cévním mozkovým příhodám dochází zbytečně, protože pacienti a lékaři nevyužívají nejnovější dostupné poznatky o prevenci této choroby. CMP lze díky prevenci zabránit. Prevenci rozdělujeme na primární a sekundární (Strenková, 2014).

Primární prevence je soubor opatření, jejichž cílem je maximální snížení rizika vzniku CMP. Předmětem primární prevence je eliminace ovlivnitelných rizikových faktorů. Součástí primární prevence je dodržování správné životosprávy a léčba rizikových faktorů. Těmito postupy můžeme riziko cévní mozkové příhody snížit až o 50% (Češka 2010). Rozhodující roli zde má vzdělávání obyvatelstva ve školách v rámci zdravotní výchovy, hromadnými sdělovacími prostředky, kam patří tisk, televize, rozhlas nebo internet. Důležitou roli má i vzdělávání obyvatelstva v místech kontaktů nemocných s lékařem, a to především v ordinacích a na lůžkových odděleních. Vzdělávání může probíhat i prostřednictvím letáků a informačních materiálů o příčinách CMP. Informace o příznacích CMP a poučení, co v takovém případě dělat, jsou součástí informační propagace (Strenková, 2014).

Cílem sekundární prevence je snížení rizika recidivy neboli navrácení se CMP. Sekundární prevence musí být zahájena nejpozději do 24 hodin po vzniku CMP. Stejně jako primární prevence je prevence sekundární zaměřena na eliminaci rizikových faktorů a dodržování správné životosprávy. Sekundární prevence se od primární liší tím, že je kladen důraz na antiagregační, popřípadě antikoagulační léčbu, a na metody intervenční. Sekundární prevence je prováděna v cerebrovaskulárních poradnách zřizovaných při iktových centrech. Zde poskytuje péči specializovaný neurolog, který dispenzarizuje a sleduje nemocné po prodělané CMP, dohlíží na realizaci optimální



sekundární prevence a úzce spolupracuje s praktickými a dalšími odbornými lékaři (Češka, 2010).

### ***1.5 Klinický obraz u cévních mozkových příhod***

Cévní mozková příhoda může probíhat bez jakýchkoli varovných příznaků, nebo ji předcházejí pouze bolesti hlavy, krátká epizodická slabost, znecitlivění poloviny obličeje či jedné strany těla. Při těžké CMP může dojít k vytvoření mozkového otoku a pacientovi hrozí smrt (Spence, 2008).

Mozek je rozdělen na dvě poloviny a každá z nich řídí a kontroluje činnost opačné strany těla. Pokud dojde k poškození jedné strany mozku, vede to k invaliditě opačné strany těla (WHO, 2004).

Mezi další příznaky, které signalizují CMP, patří náhlá slabost, necitlivost a porucha hybnosti horní a dolní končetiny na jedné polovině těla. Pacient cítí brnění v polovině tváře, nemůže se usmát, zapískat, má problémy s jídlem a polykáním nebo neovládá jednu ruku. Pacient má potíže s mluvením a porozuměním řeči, obtížně se vyjadřuje, nemůže najít vhodná slova, je mu špatně rozumět nebo nerozumí řeči druhých, může špatně psát, číst anebo mít potíže s počítáním. Dalším příznakem bývá náhlá porucha zraku, která se projevuje nejčastěji pouze na jednom oku. Pacient mívá výpadky zorného pole, vidí rozmazaně nebo jen levé poloviny obrazu nebo textu anebo může vidět i dvojité. CMP doprovází také náhlý problém z chůzí nebo náhlá závrať, kdy pacient ztratí rovnováhu anebo není schopen korigovat chůzi. Pacient pociťuje náhlou a silnou bolest hlavy, jejíž intenzitu doposud neznali (Kalita, 2010).

Tyto příznaky se nesmí brát na lehkou váhu. V případě, že se některé z těchto uvedených příznaků objeví u pacienta, je nezbytné vyhledat lékařskou pomoc a zahájit včasnou diagnostiku a léčbu (Kalita, 2010).

## ***1.6 Diagnostika***

Tento stav vyžaduje klinické neurologické vyšetření, vyšetření pomocí zobrazovacích metod, interní vyšetření a terapii a prevenci komplikací. Z hlediska prognózy má velký význam umístění klienta na specializovanou iktovou jednotku. (Šeblová, 2009)

Včasná diagnostika onemocnění je velice důležitá avšak nesmí prodlužovat dobu pro zahájení léčby (Kalita, 2006). V první řadě se odebírají anamnestické údaje, provádí se fyzikální vyšetření, kam patří měření krevního tlaku, pulzu, tělesné teploty, počet dechů. Dále se zjišťuje, zda pacient nemá anémii či srdeční insuficienci. Na základě toho se provádí auskultace, neboli poslech plic a srdce, zkoumá se náplň krčních žil, sledují se otoky na dolních končetinách. Dále se vyšetřuje břicho pohmatem i poslechem. Pokud je dostupné přístrojové vybavení, vyšetření se doplňuje o elektrokardiogram (dále jen EKG) a saturaci kapilární krve (Fiksa, 2008).

Pacient je transportován optimálně vleže a během transportu se monitoruje EKG i saturace kapilární krve. K základním prvkům vyšetření patří laboratorní diagnostika. K základním odběrům patří ionogram a glykemie, srdeční enzymy, ledvinné i jaterní parametry, koagulační vyšetření, jako jsou aktivovaný parciální tromboplastinový čas (dále jen APTT), vyšetření na krevní srážlivost krve, které se nazývá INR a krevní obraz. Pro včasné a správné stanovení diagnózy je nezbytné urgentní zobrazení mozku. Nejdostupnější metoda je počítačová tomografie (dále jen CT), která má být s neurologickým vyšetřením vstupním vyšetřením mozku při přijetí do nemocnice. CT mozku umožňuje diferenciaci ischemického a hemoragického iktu. Vyloučí jiné onemocnění, které mohou napodobovat průběh iktu například nádor na mozku a podobně (Fiksa, 2008).

U ischemického iktu jsou diagnostickými kroky zhodnocení interního stavu a to zejména kardiovaskulárního a EKG, dále laboratorní vyšetření, sonografické vyšetření karotid, vertebrobaziliárního řečiště mozkových tepen transkraniální metodou. Sonografické vyšetření se provádí v prvních dnech hospitalizace. Běžnou součástí diagnostiky je transthorakální echokardiografické vyšetření popřípadě jícnová

echokardiografie. Magneticko-rezonanční vyšetření mozku je pro základní screening nevhodnou metodou. Je indikováno při sporných CT nálezech, u iktů ve vertebrobaziliárním povodí a u hemoragických iktů s časovým odstupem. Toto vyšetření umožňuje odhalit zdroj krvácení (Fiksa, 2008).

U hemoragických iktů je v diagnostice zásadní CT mozku. Pokud se uvažuje o operační intervenci u subkortikálních lobálních hemoragií, je indikována angiografie k průkazu možného zdroje krvácení. Klinický obraz možného subarachnoidálního krvácení je ověřen průkazem krve v subarachnoidálních prostorech vyšetřením CT mozku, eventuálně lumbální punkcí. Panangiografie je pro diagnostikování SAK indikována k průkazu zdroje krvácení a to nejlépe do 24 hodin od manifestace cévní mozkové příhody (Kalita, 2006).

### ***1.7 Léčba cévních mozkových příhod***

Přístup k léčbě cévních mozkových příhod začíná u edukace obyvatelstva a pokračuje dobrou organizací přednemocniční etapy (Pfeiffer, 2007). Při poskytování přednemocniční péče je důležité rozpoznání prvotních příznaků CMP a rychlý transport na iktovou jednotku (Herzig, 2008). Je důležité, aby byla zajištěna co nejrychlejší diagnostika. Poté následuje intenzivní rehabilitace nejen motorických funkcí, ale i logopedická péče, psychoterapie a řešení sociální situace pacienta a jeho rodiny (Pfeiffer, 2007).

Z důvodu nedostatečného povědomí veřejnosti o závažnosti CMP nebo špatné organizace zdravotnické služby, se pacienti dostávají do nemocnice pozdě (Bauer, 2009). Je důležité, aby laická veřejnost a zdravotníci byli obeznámeni s příznaky možné CMP. Je nutné jednat tak, aby co nejvíce nemocných s CMP bylo transportováno včas do nemocnice. Ideálně do jedné až dvou hodin od začátku příznaků. Nedostatečná znalost varovných známek CMP a rizikových faktorů snižuje účinnost léčby. Nedostatek znalostí je proto pokládán za jedno z největších rizik CMP (Pfeiffer, 2007).

Léčba CMP je závislá na stupni její závažnosti. Nejdůležitějším krokem je zabezpečení životně důležitých funkcí, a to především funkce srdce a plic. Je důležité, aby měl pacient zajištěn dostatečný přívod kyslíku (Pfeiffer, 2007). U pacientů, kteří mají saturaci kyslíku v krvi pod 95%, je indikována oxygenoterapie. Nejčastěji se podává 2-4 litry kyslíku za minutu a to kyslíkovými brýlemi nebo kyslíkovou maskou. Pacienti, kteří mají dechovou frekvenci nad 35 dechů za minutu nebo hyperkapnii či hypoxemii, je indikována intubace nebo umělá plicní ventilace. Intubace se provádí i v případě, že pacient má Glasgow coma score menší než 9 (Aulický, Mikulík, 2009).

Pokud vznikla centrální mozková příhoda embolem, léčba spočívá v rozpuštění embolu trombolýzou použitím rekombinačního tkáňového aktivátoru plazminogenu neboli rtPA. Jde o postup, při kterém dochází k rozpuštění již vzniklého trombu a následné rekanalizaci cévy. Trombolýza se provádí celkovým podáním léku intravenózně, nebo místně přímo do arterie blokované trombem. Při trombolýze je vysoké riziko krvácení. Rekanalizace se může provádět i mikrochirurgicky, kdy se do blokované cévy vloží stent, a nebo se provede bypass. Jako antitrombotická terapie se používá například kyselina acetylsalicylová. Formou léčby je i neuroprotektivní terapie, která je vhodná jak pro ischemické, tak pro hemoragické cévní mozkové příhody. Mezi neuroprotektivní látky patří například piracetam nebo léky z Ginkgo bilobou. Některá literatura uvádí jako neuroprotekcii řízenou hypotermií v akutním stádiu centrální mozkové příhody. Tato léčba spočívá v podávání chladných infuzí a zevním ochlazováním, kdy se snižuje tělesná teplota až na 33°C. V důsledku hypotermie dochází ke snížení nepříznivých procesů, jako je například edém mozku (Pfeiffer, 2007).

Pokud jde o krvácení do mozkové tkáně, trombolýtika jsou kontraindikována. Téměř vždy se jedná o vysoký krevní tlak. Krvácení stlačuje mozkovou tkáň a mozek se nemá kam roztáhnout. V tomto případě podáváme antiedematózní léky. Další možností léčby je odstranění extravazátu z mozku neurochirurgicky nebo provedením kraniektomie, která se provádí ojediněle, aby měl mozek kam ustupovat (Pfeiffer, 2007).

## ***1.8 Rehabilitace cévních mozkových příhod***

Proces rehabilitace začíná okamžitě po prodělání CMP tak, že se provádí přímé smyslové stimulace a cvičí se svaly a klouby. Pokud pacient necvičí, mohou vznikat kontraktury. Podle výzkumu dosahují rekonvalescence nejrychleji pacienti, kteří pokračují v rehabilitaci i po ukončení formální léčby, a jejichž rodiny během rehabilitace spolupracují. Základem dobré rehabilitace je přesně vyhodnotit pacientovy silné a slabé stránky. Plánovat reálné cíle a rozložit je do několika dosažitelných kroků a dovedností, učit, procvičovat, opakovat dovednosti, provádět přímou, časově omezenou stimulaci všech smyslů, povzbuzovat pacienta, zvýšit jeho motivaci, zlepšit jeho náhled na aktuální stav a pomoci mu zvyknout si na omezení. Dále poskytovat pomůcky, strategie a techniky pro zvládnutí postižení, když je uzdravení nepravděpodobné (Powell, 2010).

Pro pacienta, který prodělal CMP je po stabilizování stavu přínosem přeložit ho na rehabilitační jednotku, jejíž cílem je pomoci pacientovi dosáhnout optimální míry nezávislosti. Na rehabilitačním oddělení je přítomen multidisciplinární kolektiv odborníků. Úkolem fyzioterapeuta je pomáhat pacientovi s tělesným pohybem, držením rovnováhy, koordinací pohybů, silou a vytrvalostí. Ergoterapeuti začleňují programy, které pomáhají zlepšit každodenní činnosti, jako jsou oblékání, jedení, osobní hygiena, vaření a manipulace s penězi. Je zde přítomen i logoped, který pacientovi pomáhá zlepšit komunikační dovednosti. Do rehabilitace se zapojují i psychologové, kteří navrhnou aktivity, které by mohly rozvíjet psychické schopnosti pacienta, jako jsou paměť, pozornost, myšlení, organizování a plánování. Pacient v rámci rehabilitace bude potřebovat rady, aby si uvědomil svou situaci, adaptoval se na své postižení a přijal ho. Do rehabilitačního procesu je nutné zapojit i rodinu pacienta a poskytnout jí přesné informace a rady, které jim pomohou přehodnotit očekávání a vyrovnat se s pocity týkajícími se postižení blízkého člověka. Konečným cílem rehabilitace je dosažení co největšího stupně fyzické a psychologické soběstačnosti nejen v nemocnici, ale hlavně doma, a znovu začlenění se do společnosti. (WHO, 2004).

Časná rehabilitace je účinné opatření. Ať už jde o aktivní nebo pasivní cvičení. Zlepšuje výsledný stav, zkracuje délku pobytu na intenzivním lůžku a snižuje incidenci tromboembolických komplikací. Je však nutné uvědomit si, že zlepšování stavu po CMP je pomalý proces (Kalina, 2008).

### ***1.9 Cerebrovaskulární péče v České republice***

Organizaci péče o pacienty s CMP upravuje Věstník č. 2/2010 Ministerstva zdravotnictví České republiky. V České republice probíhá cerebrovaskulární péče ve třech stupních. Komplexní cerebrovaskulární centrum je nejvyšší stupeň péče. Nižším stupněm je iktové centrum a základní stupeň zahrnuje ostatní cerebrovaskulární péči. Cerebrovaskulární péče je zdravotní péče, kterou zajišťují obory neurologie a neurochirurgie v úzké spolupráci s ostatními klinickými a diagnostickými obory. Zdravotnická zařízení, která zajišťují cerebrovaskulární péči v České republice, musí splňovat personální kritéria. V cerebrovaskulárním centru je vedoucím lékař se specializovanou způsobilostí v oboru neurologie a neurochirurgie a s certifikovaným kurzem intenzivní medicíny. Dále jsou přítomni další specializovaní lékaři, a to v oboru intervenční radiologie, neurochirurgie, anesteziologie, cévní chirurgie, kardiologie, klinické biochemie, hematologie a lékařské mikrobiologie. Kromě lékařů zde pracují specializované sestry. Členem týmu je i fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, logoped, zdravotně sociální pracovník, nutriční terapeut, protetik, eventuálně pedagog. Kromě personálního vybavení je nutné technické a materiální zajištění (Česká republika, 2010).

U pacientů, kteří jsou léčeni v cerebrovaskulárních centrech, je prokazatelně nižší mortalita, lepší výsledný a klinický stav. Dále se snižuje doba hospitalizace a potřeba následné institucionální léčby v důsledku redukce invalidity a závislosti pacientů a dochází ke zlepšení jejich funkčního stavu a kvality života (Herzig, 2007).

### ***1.10 Ošetrovatelská péče o nemocného po cévní mozkové příhodě***

Moderní ošetrovatelství je založeno na systematickém hodnocení a uspokojování potřeb člověka. Sestra by měla pohlížet na člověka jako na celek s biologickými, psychickými a sociálními potřebami, a snaží se tyto potřeby pacienta uspokojovat (Trachtová, 2008).

Dobrá organizace ošetrovatelské péče snižuje úmrtnost nemocných, které postihla CMP asi o 30%, a zlepšuje výsledný klinický stav. Péče o pacienta po CMP je organizována na iktové jednotce. Je důležité, aby byly dodržovány všechny principy ošetrovatelské péče, mezi které patří optimální nutrice a vodní režim, péče o průchodnost dýchacích cest s optimální oxygenací, prevence aspirační pneumonie, prevence retence moči, prevence infekcí, průběžná kontrola teploty pro časné odhalení infekcí a hyperpyrexie, polohování pro prevenci dekubitů, algických kloubních infekcí a kontraktur, prevence hluboké žilní teploty nefarmakologickými prostředky, jako jsou bandážování končetin a včasná mobilizace, a též farmakologickými prostředky, dále sledování klinických a biochemických parametrů, psychoterapeutické působení na nemocné a rodinné příslušníky ke zmírnění psychického dyskomfortu a deprese, dále podíl na pasivní rehabilitaci a vertikalizaci. Ošetrovatelská péče o nemocného s CMP je činnost velmi náročná s velkou psychickou zátěží (Kalita, 2006).

#### ***1.10.1 Ošetrovatelská péče o výživu***

Výživa má vliv na zdravotní stav člověka. Přijímání potravy je podmínkou pro správné fungování organismu a veškerých životních pochodů. Výživa by měla být kompletní a měla by poskytovat organismu potřebné živiny ve správném vzájemném poměru (Mikšová, 2006).

Pokud pacient není schopen přijímat stravu ústy, volí se výživa pomocí nasogastrické sondy. Nasogastrická sonda je trubička, která je zavedena dutinou nosní

do žaludku nebo tenkého střeva. Nebo se volí perkutánní endoskopická gastrostomie, kdy se zavede vyživovací trubička do žaludku přes dutinu břišní. Přechod z umělé výživy na výživu ústy probíhá postupně přes jídla různých konzistencí a musí být dobře monitorován, aby se zajistilo, že pacient přijímá dostatečné množství potravy i tekutin. Špatná výživa a polykací potíže patří u pacientů po cévní mozkové příhodě mezi rizikové faktory, které mohou zhoršovat prognózu uzdravení. Jistou komplikací, která může vést až k podvýživě nemocného, patří porušená úroveň vědomí, slabost, ochrnutí ruky, změny smyslových funkcí a zrakového pole, a ztráta schopnosti sdělit a vyjádřit pocity hladu nebo žízně. K pacientovi dochází dietní sestra, která sleduje jeho nutriční stav, zajišťuje bezpečnou a adekvátní výživu, včetně příjmu tekutin. Nutriční sestra také radí nemocnému, jak by měla být strava složena (Feign, 2007).

### ***1.10.2 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování***

Po prodělání cévní mozkové příhody se často objevuje dysfunkce močového měchýře a střev. Mezi tyto dysfunkce se řadí retence, neboli neschopnost vyprazdňování, a inkontinence. Inkontinence je označována jako samovolný únik moči nebo stolice (Feign, 2007). Pokud inkontinence trvá delší dobu, pacientům se zavádí permanentní močový katetr. Avšak pokud je PMK zaveden delší dobu, zvyšuje se riziko infekce močového ústrojí. Po odstranění PMK se pacient učí chodit na toaletu a začíná s pravidelným programem, kdy ho ošetrovatel doprovází z počátku každé dvě hodiny na toaletu a v noci dvakrát, později se interval prodlužuje, dokud se pacient nenaučí vyprazdňovat na toaletě sám. Pokud je nemocný inkontinentní, je důležité udržovat ho v suchu a čistotě a využívat veškeré dostupné pomůcky pro inkontinentní pacienty (Powel, 2010).

Vyprazdňování stolice by mělo být pravidelné alespoň jednou za 2 až 3 dny. Lidé, kteří prodělali CMP, mají často problém se zácpou, kterou mohou způsobit i některé léky, jako jsou například opiáty. Přijímání dostatečného množství tekutin, vyvážená strava s obsahem vlákniny a dostatečná tělesná aktivita s ohledem na celkový stav



nemocného jsou způsoby, jak zácpě předcházet. V případě zácpy mohou být dočasně použity látky změkčující stolici, čípky či klyzma. Pokud však problémy přetrvávají, je nutné informovat lékaře nebo specializovanou sestru (Feign, 2007).

### ***1.10.3 Hygienická péče o pacienta s CMP***

Hygienická péče vychází z pravidel, které člověk koná v domácím prostředí při každodenním dodržování hygieny. Potřeba čistoty se definuje v rovině biologické, psychologické, sociální, ale i duchovní a patří mezi základní činnosti ošetrovatelské péče. Úloha sestry a postupy hygienické péče se odvíjí od celkového zdravotního stavu a míře soběstačnosti. Sestra během hygienické péče musí dbát na intimitu nemocného, všimnout si celkového stavu pacienta, míry soběstačnosti, kožních defektů a schopnosti komunikace a spolupráce nemocného se sestrou (Vytejková, 2011).

K hygienické péči patří ranní a večerní umývání a česání, úprava nehtů, mytí vlasů, celková koupel, péče o chrup a péče o čisté a ložní prádlo. Celé tělo by se mělo mýt alespoň jedenkrát denně. Důležitou součástí hygieny je péče o kůži. Snahou je, aby kůže byla zdravá, nenarušená a dobře hydratovaná (Mikšová, 2006). Pečlivé ošetření kůže je nezbytně nutné pro prevenci proleženin a infekcí kůže. Nepohybliví pacienti by měli být pravidelně otáčeni a polohováni. Prádlo se udržuje čisté a lůžko by mělo být vypnuté. Místa, která jsou vystavena tlaku, se podkládají molitanem a denně se prohlížejí. Dále je důležité čistit hluboké kožní záhyby, oblasti pod šourkem a mezi půlkami zadnice. Při oblékání se postupuje tak, že pokud má nemocný v důsledku CMP postiženou některou z horních končetin, obléká se nejdříve postižená končetina a až poté končetina zdravá. Při svlékání se postupuje opačným způsobem (Feign, 2007).

#### ***1.10.4 Polohování pacienta po CMP***

Nejčastějšími následky po CMP jsou porucha hybnosti, citlivosti a vnímání těla. Polohování pacienta, který prodělal CMP je velice důležité. Mělo by se s ním začít ihned po přijetí do nemocnice. Důležité je zajistit správně lůžko, které by mělo být dostatečně prostorné, rovné a přiměřeně tvrdé. Pokud to pacientův stav dovoluje, mění se polohy jednou za dvě až tři hodiny. Poloha, kterou nemocný zaujímá, by měla být bezpečná. Při každé změně polohy si sestra všimá stavu a zbarvení kůže a pečuje o ni. Časté polohování přispívá ke snížení spasticity, zabraňuje vzniku dekubitů a kontraktur. Pacienti po proděláním CMP mívají často problém s vnímáním postižené poloviny těla a to především při poruchách nedominantní hemisféry. Tento příznak nazývající se neglekt syndrom, kdy nemocný nereaguje na podněty, které přichází z postižené strany těla, ale ani na podněty z prostoru na této straně, nebo zcela ignoruje svá postižení. Pokoj musí být uspořádán tedy tak, aby co nejvíce podnětů přicházelo právě z postižené strany. Okno nebo televize, ale i noční stolek by měly být umístěny též na straně postižení, aby docházelo ke zlepšení sebeobsluhy, protože nemocný se snaží na stolek zdravou rukou dosáhnout a nutí ho to tedy přetáčet se na postižený bok a tím podporuje vnímání postižené poloviny těla. Lékaři, ošetřovatelský personál, ale všeobecně i návštěvy by měli přistupovat z této strany. Při polohování musí ošetřující personál dbát na funkční postavení ruky. Je možné vkládat do dlaně molitanové míčky nebo válečky. K polohování se používají pomůcky jako například molitany, polštáře, klíny, podložky, kolečka, botičky a podobně (Mikula, 2008; Kapounová 2007).

#### ***1.10.5 Logopedická péče o pacienta po CMP***

Asi u pětiny lidí, kteří prodělají CMP, se objevuje porucha řeči, která se nazývá afázie (Kejklíčková, 2011). Afázie je porucha schopnosti komunikovat. Příčinou této poruchy je ložiskové poškození mozku, při kterém je zasažena mluvená i psaná řeč

(Klenková, 2006). Logopedická péče o nemocného začíná tehdy, pokud to dovoluje stav nemocného. O tom rozhoduje neurolog, internista nebo anesteziolog. Postup logopedické péče závisí na typu a závažnosti řečové poruchy a na celkovém tělesném a psychickém stavu pacienta. Je důležité, aby příbuzní spolupracovali s ošetrovatelským týmem. Pro zlepšení komunikace s nemocným se mohou využívat kartičky se souhlasem, které jsou označeny znaménkem plus, nebo nesouhlasem, označené znaménkem minus. Dále je vhodné využívat elektronické tabulky nebo alternativní komunikace jako jsou mimika, gesta nebo múzické faktory mluvy. Lidé s poruchou řeči se učí znovu komunikovat nasloucháním hlasu, pojmenováváním věcí a opakováním slov. Později se učí nacvičovat celé věty, vyslovovat jednotlivé hlásky, učí se číst a znovu psát. Nesmí chybět povzbuzování a ocenění za každou snahu pacienta k posilování motivace nemocného. Po propuštění nemocného z nemocnice by měl logoped zajistit návaznost péče v prostředí, ve kterém nemocný žije (Kejklíčková, 2011).

#### ***1.10.6 Péče o psychický stav a komunikace s nemocným po CMP***

Péče o psychiku nemocného je velice důležitá, jelikož psychika má velký vliv na celkový stav nemocného. Psychický stav závisí na rozsahu a hloubce pacientova postižení, do jaké míry si svou situaci uvědomuje, na rodinném zázemí, průběhu léčby a rehabilitace. U pacientů, kteří prodělali CMP, se často vyskytují neuropsychologické poruchy, a to především afázie, která je pro nemocného velice zatěžující, protože mu nikdo nerozumí a nemůže se dorozumět. V důsledku toho nemocný prožívá vnitřní chaos, úzkostní tenzi předcházející v depresivní prožívání až apatie. Projevuje se však i neklid, negativismus a agresivní chování. Tyto stavy se u pacienta mohou střídát a souvisejí s tím, jak pohlíží a hodnotí svůj stav. Vliv zde má i výsledek léčby a rehabilitace. Poruchy hybnosti a závislost na péči druhých působí negativně na psychiku nemocných. S odstupem času se u pacienta může objevit deprese, která souvisí se zklamáním, že nedošlo ke slíbené úpravě zdravotního stavu. V důsledku toho

vzniká nebezpečí suicidálního jednání a zhoršené spolupráce nemocného i jeho příbuzných. Depresivní stavy se nejčastěji vyskytují u nesamostatných pacientů, kteří jsou závislí na okolí a kteří si tuto situaci plně uvědomují. Mnohdy dochází až k úplné ztrátě zájmů, samotářství či emočnímu vyhasínání (Vymětal, 2010).

Celý ošetrovatelský tým přistupuje k nemocnému empaticky a ohleduplně a měl by myslet na sebeúctu a důstojnost nemocného. Ošetrovatelský tým poskytuje nemocnému emoční podporu tak, že se zajímá o jeho prožívání, obavy, nejistoty, a dává najevo, že se na něj nemocný může opravdu spolehnout. U těžce postižených osob je důležité, aby byl psychologický přístup a péče poskytována v dostatečném rozsahu. V opačném případě by mohlo dojít ke ztrátě důvěry nemocného či jeho příbuzných v lékaře a léčbu a ke špatné spolupráci nemocného s ošetřujícím personálem. Nedostatečný psychologický přístup a péče jsou nejčastějším důvodem neúčinné léčby a nespokojenosti nemocného s lékařem a léčebným zařízením (Vymětal, 2010).

Komunikace s pacientem a jeho příbuznými je nesmírně důležitá. Je nutné informovat je o celkovém stavu nemocného, o vývoji onemocnění o výsledcích vyšetření a případně o prognóze. Komunikace by měla být otevřená a srozumitelná aby motivovala pacienty ke spolupráci a aby se nepoddávali depresi a účastnili se aktivně na komplexní péči. Je nutné neustále informovat nemocného i jeho rodinu o každé změně zdravotního stavu. Kvalitní komunikace přispívá k mobilizaci schopností pacienta i jeho blízkých, aby se zapojili do dlouhodobé a obtížné rehabilitace. Každý zdravotník by si měl uvědomit, že rozhovor o závažnosti stavu nemocného je velice citlivá činnost. Je nutné zvolit dostatečně otevřený a vyvážený způsob informování o nepříznivé prognóze. Ke sdělování takových zpráv je vhodné zvolit správný čas a okolnosti rozhovoru. U sdělování takových informací by měla být přítomna, pokud je to možné, i pacientova blízká osoba. Předčasně sdělená nepravdivá diagnóza může negativně ovlivnit psychický stav pacienta a zhoršit jeho spolupráci při rehabilitaci (Ptáček, 2011).

### ***1.10.7 Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče***

Sestra je člen zdravotnického týmu. Provádí činnosti v oblasti své působnosti. Na základě svých znalostí, dovedností, postojů a profesionální odpovědnosti, jedná a rozhoduje. Při poskytování ošetrovatelské péče zastupuje určité role, které se prolínají a vzájemně se nevyklučují. Na odděleních, která jsou specializovaná na léčbu CMP, je velké zastoupení sester specialistek, které jsou pomocnou rukou pro méně zkušené sestry. Sestra specialistka je zárukou kvalitní péče o pacienta. Zastupuje tradiční role sester, mezi které patří sestra pečovatelka, edukátorka, badatelka, manažerka, konzultantka, ale také výzkumnice, kdy se snaží najít nejnovější trendy, které se týkají pacienta, který prodělal CMP. Zabývají se výzkumnými projekty, které mohou vyřešit problémy na daném oddělení. Umí řešit problémové situace, které jsou způsobeny nutností komplexní ošetrovatelské péče, a spolupracují s pacientem i jeho rodinou (Čížková, 2008; Plevová, 2012).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

**Cíl 1:** Zjistit, jaké jsou problémové oblasti ošetrovatelské péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou.

**Cíl 2:** Zjistit, jaká je spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

### **2.2 Výzkumné otázky**

V souvislosti s položenými cíly práce jsme zvolili následující výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka 1:** Jaké jsou problémové oblasti ošetrovatelské péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou?

**Výzkumná otázka 2:** Jsou pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

## 3 Metodologie

### 3.1 Použitá metoda

Potřebná data pro zpracování empirické části této bakalářské práce byla získána prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a s pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, a dále metodou skrytého pozorování sester při poskytování ošetrovatelské péče o nemocného po cévní mozkové příhodě. Sběr dat se uskutečnil v měsíci květnu v roce 2015. Výzkumné šetření se týkalo sester, které pracují na neurologickém oddělení. Hlavním tématem rozhovorů se sestrami byla ošetrovatelská péče o nemocného po cévní mozkové příhodě. Sestrám bylo položeno 10 předem připravených otázek. Další výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Pacientům bylo položeno 12 otázek, které se vztahovaly na jejich spokojenost s ošetrovatelskou péčí.

Zahájení výzkumného šetření proběhlo na základě písemného souhlasu hlavní sestry (viz Příloha 2) a ústního souhlasu dotazovaných respondentů s ohledem na zachování anonymity dotazovaných. Respondenti byli seznámeni s účelem výzkumného šetření, tématem bakalářské práce a s cíly výzkumného šetření. Odpovědi respondentů byly doslovně přepsané na papír a poté přepisovány v počítačovém programu Microsoft Word. Při analýze rozhovorů byla použita metoda „*papír a tužka*“ a následně zpracovány do jednotlivých kategorií a následných podkategorií. Z důvodu obsáhlosti byly následně nahrány na CD (viz Příloha 6).

Skryté pozorování sester probíhalo na neurologickém oddělení. Pozorování sester probíhalo v období při poskytování ošetrovatelské péče pacientům po cévní mozkové příhodě. Na základě pozorování byl vytvořen pozorovací arch (viz Příloha 5), který byl vytvořen v počítačovém programu Microsoft Excel 2010 a následně vyhodnocen. Poté byl zkopírován do bakalářské práce ve formě jednotlivých tabulek.

### **3.2 *Polostrukturovaný rozhovor***

Výzkumné šetření bylo zpracováno kvalitativní metodou. Technika sběru dat probíhala formou polostrukturovaného rozhovoru. Před zahájením výzkumného šetření byla zvolena osnova rozhovoru se sestrami pracujícími na neurologickém oddělení a s pacienty po cévní mozkové příhodě (viz Příloha 3 a Příloha 4). Zahájení samotného rozhovoru proběhlo na základě ústního souhlasu každého respondenta, který byl seznámen s obsahem rozhovoru. Pacienti byli ujištěni, že bude kladen důraz na jejich anonymitu. Po prostudování získaných dat z rozhovorů se sestrami i pacienty, byly získané informace rozděleny do kategorií a následně podkategorií.

### **3.3 *Skryté pozorování***

Před zahájením skrytého pozorování, jsem požádala vrchní sestru neurologického oddělení o souhlas. Skryté pozorování sester probíhalo na neurologickém oddělení a to při poskytování ošetrovatelské péče. Pozorování probíhalo při výkonu mé praxe, takže jsem měla možnost sestry z neurologického oddělení pozorovat, aniž by o tom věděly. Na základě pozorování byl vytvořen pozorovací arch (viz Příloha 5), který obsahoval různé oblasti ošetrovatelské péče. Pozorovací arch byl vytvořen v programu Microsoft Excel a následně vyhodnocen.

### **3.4 *Charakteristika výzkumného souboru***

Základní populaci tvořily dva výzkumné vzorky sestry a pacienti z neurologického oddělení. První výzkumný vzorek tvořilo pět sester pracujících na neurologickém oddělení. Kritériem pro výběr k provedení rozhovoru byla ochota spolupracovat. Druhý výzkumný vzorek tvořilo pět pacientů, kteří byli postiženi cévní mozkovou příhodou a



byli hospitalizováni na neurologickém oddělení. Způsob výběru respondentů byl záměrný a byl založen na ochotě spolupráce.

Pro přehlednost byly vytvořeny identifikační tabulky, kde jsou uvedeny údaje o respondentech.

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1: Identifikační údaje dotazovaných respondentů

Respondent	Věk	Pohlaví	Onemocnění
R1	75 let	žena	CMP
R2	62 let	muž	Mozkový infarkt
R3	69 let	muž	CMP
R4	75 let	žena	CMP
R5	57 let	žena	CMP

Zdroj: Vlastní šetření

Pro přehlednost byla vytvořena tabulka 1, která uvádí identifikační údaje dotazovaných respondentů. Tabulka 1 obsahuje označení respondentů (R1-R5), věk, který se pohybuje od 57 do 75 let. Dále obsahuje pohlaví, z čehož 3 respondenti (R1,R4 a R5) byly ženy a zbylí dva respondenti byli muži (R2 a R3). Posledním údajem byl druh onemocnění 4 respondenti (R1,R3-R5) uvedli cévní mozkovou příhodu, 1 respondent (R2) uvedl mozkový infarkt.

Tabulka 2: Identifikační údaje dotazovaných a pozorovaných sester

Sestra	Věk	Vzdělání	Délka praxe na neurologickém oddělení
S1	50let	SZŠ	30 let
S2	35let	SZŠ+PSS- ošetřovatelství v interně	17 let
S3	43let	SZŠ	24 let
S4	40let	SZŠ	15 let
S5	53let	SZŠ	15 let

Zdroj: Vlastní šetření

Identifikační tabulka 2 obsahuje označení pozorovaných sester (S1-S5). Tabulka obsahuje věk, který se pohybuje od 35 do 53 let. Dále obsahuje dosažené vzdělání na daném pracovišti: všechny sestry (S1-S5) uvedly střední zdravotnické vzdělání zakončené maturitní zkouškou a 1 sestra (S2) uvedla absolvování PSS ošetrovatelství v interně. Dvě sestry (S4, S5) uvedly délku jejich dosavadní praxe 15 let. Jedna sestra (S2) uvedla dosavadní délku praxe 17 let. S3 zmínila délku praxe 24 let a délka praxe S1 je 30 let.

#### **4.2 *Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů***

Výsledky výzkumného šetření probíhajícího prostřednictvím rozhovorů byly rozděleny do kategorií a podkategorií. Pro přehlednost byly vytvořeny jednoduché tabulky 3 a 4, které obsahují název kategorií a podkategorií. Jednotlivé podkategorie jsou pojmenovány a označeny čísly.

**Tabulka 3: Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty**

<b>Kategorie:</b>	<b>Spokojenost pacienta po cévní mozkové příhodě s ošetřovatelskou péčí</b>
<b>Podkategorie</b>	<b>Název podkategorie</b>
1	Úroveň ošetřovatelské péče
2	Zhodnocení spolupráce sester s rodinou a její informovanost
3	Zhodnocení rehabilitační péče
4	Zhodnocení přístupu sester
5	Zhodnocení komunikace mezi sestrou a pacientem
6	Problémové oblasti v poskytované ošetřovatelské péči z pohledu pacienta
7	Zhodnocení ošetřovatelské péče
8	Navrhovaná doporučení pro sestry

Zdroj: Vlastní šetření

**Tabulka 4: Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami**

<b>Kategorie:</b>	<b>Problémové oblasti v poskytování ošetřovatelské péče nemocným po CMP</b>
<b>Podkategorie</b>	<b>Název podkategorie</b>
1	Názory na ošetřovatelskou péči o nemocného po CMP
2	Odlišnosti v poskytované ošetřovatelské péči pacientům po CMP
3	Průběh ošetřovatelské péče o pacienta po CMP
4	Specifika ošetřovatelské péče o nemocného po CMP při stravování
5	Specifika ošetřovatelské péče o nemocného po CMP při vyprazdňování
6	Specifika ošetřovatelské péče o nemocného po CMP při polohování
7	Spolupráce pacientů a rodiny se sestrami
8	Přístup sester
9	Navrhované změny

Zdroj: Vlastní šetření

#### **4.2.1 Kategorie: Spokojenost pacienta po cévní mozkové příhodě s ošetrovatelskou péčí**

Kategorie „Spokojenost pacienta po cévní mozkové příhodě s ošetrovatelskou péčí“ zjišťuje, jak jsou pacienti spokojeni s ošetrovatelskou péčí, která jim je poskytnuta na neurologickém oddělení. Tato kategorie je rozdělena do sedmi podkategorií.

##### **Podkategorie 1: Úroveň ošetrovatelské péče**

V podkategorii „Úroveň ošetrovatelské péče“ měli respondenti zhodnotit, na jaké úrovni je podle nich ošetrovatelská péče. Pacienti hodnotili úroveň ošetrovatelské péče pozitivně. R1, R2, R4 hodnotili úroveň poskytované péče jako dobrou. R2 dodal: „*Myslím, že prostory tady jsou naprosto nevyhovující.*“ A R4 dodala: „*Ted' jsem přešla na iktové centrum a tam je to opravdu úžasné, tam se nám opravdu hodně věnují.*“ R3 uvedl, že si myslí, že úroveň poskytované ošetrovatelské péče je dnes srovnatelná s úrovní poskytované ošetrovatelské péče v zahraničí. A R5 uvedl, že ošetrovatelská péče je na vysoké úrovni.

##### **Podkategorie 2: Zhodnocení spolupráce sester s rodinou a její informovanost**

V této podkategorii byli respondenti po cévní mozkové příhodě dotazováni na spolupráci sester s rodinou, zejména na to, zda je jim poskytnuto dostatečné množství informací. Všichni respondenti (R1-R5) se shodli na tom, že spolupráce sester s rodinou je dobrá a že je rodina dostatečně informována. R1 zmiňovala ochotu sester při poskytování informací: „*Vždy nám informace ochotně poskytnou, na to si nemůžu stěžovat.*“ R3 zmínil, že spolupráce sester s rodinou je výborná a naznačil, že důvodem by mohla být protekce: „*Tak já tady mám zetě, který pracuje na ARU. Já nevím, jestli to má takhle každý, ale mi si nemůžeme na nic stěžovat.*“ R5 uvedla, že pokud rodina není dostatečně informovaná, tak si informace vyžádá: „*Muž si chodí za doktorem, jak se mu zamane a vyžádá si veškeré informace, když mu nějaké chybí.*“

### ***Podkategorie 3: Zhodnocení rehabilitační péče***

V této podkategorii měli respondenti zhodnotit rehabilitační péči. Zda jsou s ní spokojeni, jak často je rehabilitační pracovník navštěvuje a zda jsou sestry zapojovány podle jejich názoru do rehabilitační péče. Všichni respondenti (R1-R5) hodnotili rehabilitační péči pozitivně a byli s ní velice spokojeni. R1: *„Rehabilitace mi hodně dala, už jsem skoro rozhybaná.“* R2: *„Rehabilitace je mi určitě přínosná.“* R3: *„Rehabilitace je dobrá a hodně mi pomáhá.“* R4 uvedla, že byla spokojena s fyzioterapeutem a vznesla pochvalu i studentkám z oboru fyzioterapie: *„S rehabilitací jsem určitě spokojená, i ty zákyňky jsou šikovný a fyzioterapeut je vážně úžasnej.“* R5 si rehabilitaci velice chválila a uvedla, že jí rehabilitace posouvá dopředu a že bude přeložena na rehabilitační lůžkovou část, kde bude rehabilitační péče intenzivnější. Řekla: *„Rehabilitace mě posouvá dopředu, měla jsem pocit, že mé bezvládné tělo zase ožívá.“*

R1, R3-R5 odpověděli, že rehabilitují denně a že jim takto poskytovaná rehabilitace vyhovuje. R2 uvedl, že ho rehabilitační pracovník navštěvuje dvakrát týdně. R4 uvedla, že ji rehabilitační pracovník nenavštěvuje o víkendu: *„Akorát v sobotu a v neděli za mnou nechodí.“* A R5 uvedla, že ji rehabilitační pracovník navštěvuje někdy i dvakrát denně.

Dále byli respondenti dotazováni na otázku, zda jsou sestry zapojeny podle jejich názoru do rehabilitační péče. Všichni respondenti (R1-R5) uvedli, že podle jejich názoru sestry zapojovány nejsou a neměli s tím žádný problém. R1 uvedla, že ji sestry doprovází na záchod: *„Když potřebuju, doprovodí mě na záchod, to je taky rehabilitace ne?“* R3 uvedl, že nepotřebuje obtěžovat s rehabilitací sestry, že mu stačí fyzioterapeut: *„Mně stačí cvičit jen s fyzioterapeutem, nepotřebuju ještě otravovat sestřičky, aby se mnou cvičily.“* R4 uvedla, že to, jak rehabilitace probíhá, je hlavně na ní: *„Vždyť je to hlavně na mě ta rehabilitace.“* A R5 uvedla, že na rehabilitaci je školený personál a že sestry mají zase svoji práci: *„Vždyť oni mají své práce dost. A taky fyzioterapeut je na to přece jen školený.“*

#### ***Podkategorie 4: Zhodnocení přístupu sester***

V této podkategorii respondenti hodnotili, jak se k nim sestra jako k pacientům chová. Všichni respondenti (R1-R5) hodnotili přístup sester velice pozitivně. Pozitivní chování a jednání sester zmiňovali téměř vždy, když měli hodnotit ošetrovatelskou péči. R1-R5 nejčastěji zmiňovali ochotu sester, že jsou milé, hodné a příjemné. R3 uvedl, že sestry přistupují k respondentovi profesionálně: *„Já si myslím, že sestry k nám přistupují velice profesionálně.“* R5 uvedla, že jsou sestry někdy milé až moc: *„Já si myslím, že jsou strašně hodný. Možná někdy až moc milé. Mně třeba vadí, jak používají ty zdrobněliny a to si myslím, že ne každému člověku sedí. To je pořád zádička, ručička a to mě fakt štve.“* Dále uvedla, že péče ze strany personálu je perfektní a vyčerpávající a že personál je velice obětavý.

#### ***Podkategorie 5: Zhodnocení komunikace mezi sestrou a pacientem***

Všichni respondenti R1-R5 hodnotili komunikaci mezi sestrou a pacientem pozitivně. R1 zmínila, že záleží na povaze sestry: *„Ono taky záleží na koho narazíte, někdo si povídat nechce.“* R2 uvedla, že sestry mluví jasně a srozumitelně. R3 uvedl, že komunikace probíhala na úrovni: *„Já si myslím, že komunikace mezi mnou a sestrami byla na úrovni. Vždy mi bylo vše vysvětleno a já jsem s ničím neměl žádný problém.“* R4 uvedla, že se bavili vždy jen o věcech týkajících se zdravotního stavu a že nemá potřebu si povídat: *„Ne, že by jsme si nějak hodně povídali, spíš mluvíme jen o potřebných věcech. Já stejně nemám nějakou potřebu se s nima vybavovat.“* R5 uvedla: *„Myslím, že je dostačující. Sestřičky se opravdu snaží vás vyslyšet. Já před nima opravdu smekám.“*

#### ***Podkategorie 6: Problémové oblasti v poskytované péči z pohledu pacienta***

R1 a R3 neuvedli žádné problémové oblasti a uvedli, že jsou spokojeni. R2 viděl největší problém ve vybavení oddělení. Řekl: *„Podle mě je největší problém vybavení tady.“* R2, R4, R5 se shodli, že nemají soukromí a problém také viděli v hygienické péči. R2 uvedl: *„Není nic příjemného, když vás mejou před ostatníma pacientama.“* R4 uvedla: *„Tak co se týče hygieny, ocenila bych, kdyby nás vzali do sprchy, protože takhle*

*se umýváme jen u umyvadla.*“ R5 řekla: *„Já jsem zvyklá se každý den koupat a tady je mraky lidí a málo personálu, nemají na nás s koupáním čas. Já bych rozhodně ocenila, kdyby nás vykoukali.“* R5 zmínil, že na oddělení je nedostatek personálu: *„Podle mě, by na takovém oddělení mělo být více personálu.“*

#### **Podkategorie 7: Zhodnocení ošetrovatelské péče**

V podkategorii *„Zhodnocení ošetrovatelské péče“* respondenti hodnotili pozitiva a negativa. R1-R5 vyjádřili spokojenost s poskytnutou péčí. Pozitivně hodnotili hlavně přístup personálu. R4 řekla: *„Člověk se musí prostě smířit s nemocí i s pobytem tady a já jsem trpělivá snažím se.“* R5 pozitivně hodnotila informovanost ze strany personálu. R1 neuvedla žádná negativa a dodala: *„Já jsem skromná a nepotřebuju skoro nic moc, co potřebuju to mám, Já jsem spokojená.“* R2 negativně hodnotil teplo na oddělení a vybavení: *„To teplo tady, to je opravdu šílený. Vybavení mi přijde taky hrozný. Na pokoji není žádný místo. Ta manipulace tady se vším je hrozná.“* R3 a R5 se shodli, že na oddělení není klid. R3 dále zmínil: *„Akorát tady nejsou ani hodiny.“* R2, R4 a R5 negativně hodnotili nedostatek soukromí. R4 a R5 negativně hodnotili stravu na oddělení. R5 řekla: *„Taky mi vadí, že je tady bratr, který vás meje, ale už si na to zvykám.“*

#### **Podkategorie 8: Navrhovaná doporučení pro sestry**

V této podkategorii byli respondenti vyzváni k tomu, aby doporučili sestřám něco, co by měly dělat při poskytování ošetrovatelské péče jinak. R1-R5 by sestřám nic nedoporučili a shodovali se v názoru, že sestry svou práci dělají dobře. A neměli žádné výhrady k jejich postupům. R2 řekl: *„Oni jsou odborníci a já jim do toho nemám co křafat. Je jich tady málo a teprve teď mají mojí úctu, když jsem se dostal do role pacienta.“* R3 se zmínil o tom, že mu vadí hluk na oddělení. R4 dodal: *„Do toho já jim nemůžu mluvit. Já myslím, že dělají vše, co je v jejich silách.“* A R5 řekla: *„Já té práci nerozumím a nedokážu si ani představit, co obsahuje, ale myslím, že je toho strašně moc, co všechno dělají. Takže já jako pacient, jim ani nemůžu říkat, co by měly vylepšovat.“*



#### **4.2.2 Kategorie: Problémové oblasti v poskytování ošetrovatelské péče nemocným po cévní mozkové příhodě**

Kategorie „Problémové oblasti ošetrovatelské péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou“ zjišťuje, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče a jaké jsou problémové oblasti při poskytování ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení. Tato kategorie je rozdělena do devíti podkategorií.

##### ***Podkategorie 1: Názory na ošetrovatelskou péči o nemocného po cévní mozkové příhodě***

V této podkategorii sestry zmiňovaly důležitost ošetrovatelské péče z různých důvodů. Podle S1-S4 je důležité předcházet dekubitům. S2 - S4 se shodly na důležitosti rehabilitace o takto nemocné pacienty. Všechny sestry (S1-S5) se shodly na důležitosti náviku sebeobsluhy, aby se nemocný stal co nejméně závislý na péči druhých. S2 dodala: „Myslím, že je důležité, aby se zabránilo imobilizačnímu syndromu.“ S5 řekla: „Nejdůležitější je přístup sestry k pacientovi. Dále je důležitá spolupráce s rodinou a ostatními zdravotnickými pracovníky.“

##### ***Podkategorie 2: Odlišnosti v poskytované ošetrovatelské péči pacientům po CMP***

S1-S4 se shodly, že ošetrovatelská péče o nemocného po cévní mozkové příhodě se příliš neliší od péče poskytované ostatním pacientům na neurologickém oddělení. S1 dodala: „U každého je péče individuální.“ S5 řekla: „Člověk po cévní mozkové příhodě, podle mě, potřebuje větší pozornost a zdravotní péči. Řekla bych, že nadstandardní péči.“ S1, S2, S3 a S5 dodaly, že nemocný po cévní mozkové příhodě potřebuje větší pozornost a častou péči ze strany rehabilitačního pracovníka. S2 a S5 uvedly, že ošetrovatelská péče se odvíjí od toho, jak moc cévní mozková příhoda pacienta postihla, také obě sestry zmínily, jak je důležitá spolupráce s logopedem.

### ***Podkategorie 3: Průběh ošetrovatelské péče o pacienta po cévní mozkové příhodě***

S1 odpověděla: „*Ošetrovatelská péče o nemocného po cévní mozkové příhodě je většinou stejná jako péče o pacienta, který je upoután na lůžko.*“ S2 uvedla, že se jedná o komplexní ošetrovatelskou péči. S1-S4 uvedly, že péče o pacienta po cévní mozkové příhodě zahrnuje hygienu, stravování a dodržování pitného režimu a prevenci dekubitů. S1, S3-S5 uvedly, že ošetrovatelská péče o nemocného po cévní mozkové příhodě se odvíjí od celkového stavu, takto postiženého pacienta. S5 řekla: „*Je jasné, že pacienti, kteří jsou více poznamenaní cévní mozkovou příhodou, budou potřebovat větší ošetrovatelskou péči.*“

### ***Podkategorie 4: Specifika v ošetrovatelské péči o pacienta po cévní mozkové příhodě při stravování***

V této podkategorii byly sestry dotazovány, jak probíhá stravování u nemocných po cévní mozkové příhodě. Sestry se v této kategorii ve většině případů shodovaly a odpovídaly stejně. Všechny sestry (S1-S5) odpověděly, že pacienty, kteří se nenajedí sami, je nutno krmit nebo jim alespoň při stravování dopomoci. Dále se shodly, že pacientům, kteří mají ochabnutý polykací akt se zavádí nasogastrická sonda. S1 řekla: „*Co se týče pitného režimu, ležící pacienti moc pít nechtějí, ale snažíme se jim vnutit co nejvíce.*“ S3 a S4 dodaly, že stravování závisí na tom, jak moc byl pacient cévní mozkovou příhodou postižen.

### ***Podkategorie 5: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta po CMP při vyprazdňování***

V této podkategorii byly sestry dotazovány na to, jak vypadá péče o vyprazdňování nemocných po CMP. Odpovědi sester se v této podkategorii také téměř nelišily. Všechny sestry (S1-S5) odpověděly, že pacienti trpící inkontinencí mají pleny a zavedený permanentní močový katetr. S1 dodala: „*Sledujeme vyprazdňování stolice každý večer při měření teplot. Pacientovi, který nebyl na stolici déle jak tři dny, zavádíme glycerinový čípek.*“ S2 a S3 uvedly, že soběstační pacienti se vyprazdňují na toaletě. S2, S4 dodaly, že pokud jsou pacienti schopni, umožní se jim vyprazdňování na

lůžku. S5 dodala: „*Inkontinentní pacienti mají pleny, které se při každém polohování nemocného mění, pokud jsou znečištěné.*“

#### ***Podkategorie 6: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta po CMP při polohování***

Tato podkategorie byla zaměřena na polohování nemocných po cévní mozkové příhodě. Všechny sestry (S1-S5) odpověděly, že pacienty po cévní mozkové příhodě, kteří jsou nesoběstační, polohují každé dvě hodiny. S4 řekla: „*Polohování provádíme každé dvě hodiny a podle potřeby.*“ S1 -S5 viděly oblast polohování, jako velice důležitou součást ošetrovatelské péče o nemocného po cévní mozkové příhodě z důvodu předcházení dekubitům. S5 řekla: „*Polohujeme každé dvě hodiny, aby se předešlo dekubitům, které negativně ovlivňují zotavování nemocného.*“

#### ***Podkategorie 7: Spolupráce pacientů a rodiny se sestrami***

S1-S2 a S4-S5 se shodly, že spolupráce s pacientem je závislá na jeho celkovém zdravotním stavu. S3 uvedla, že pacienti po CMP ve většině případů nejsou schopni jakékoliv spolupráce. Řekla: „*Pacienti po cévní mozkové příhodě většinou nejsou schopni jakékoliv spolupráce a proto potřebují naši péči a náš dohled.*“ S1 a S5 zmínily, že jsou i pacienti, kteří spolupracovat nechtějí. S1, S4 a S5 viděly spolupráci s pacientem, jako důležitou součást při poskytování ošetrovatelské péče. Spolupráci s rodinou sestry komentovaly různě. S1 a S5 uvedly, že záleží na typu rodiny, a podle toho se odvíjí spolupráce. S2-S4 uvedly, že rodina ve většině případů spolupracuje dobře.

#### ***Podkategorie 8: Přístup sester k pacientům po CMP***

Sestry přístup k pacientovi hodnotily vždy pozitivně. Nejčastěji zmiňovaly vlídnost, vstřícnost, ochotu, empatii a profesionální přístup. S1, S3, S4-S5 volí individuální přístup k pacientovi po cévní mozkové příhodě. S2,S3,S5 zmínily, že nejdůležitější je přistupovat k pacientům po cévní mozkové příhodě s trpělivostí. S4 řekla: „*Pacient musí mít pocit, že na něj máme dostatek času, že nás nijak nezdržuje, když mu nejde něco tak rychle.*“ S5 dodala: „*Sestry se jim snaží věnovat co nejvíce času. Nutné je*

*neustálé opakování, ale také to, aby se tým domluvil, jak ke komu přistupovat a jednat. A takhle zacházet s pacientem každý den.“*

### **Podkategorie 9: Navrhované změny v ošetrovatelské péči o pacienta po CMP**

V této podkategorii S1-S3 a S5 by navrhovaly, aby na neurologickém oddělení bylo více personálu. S3 dodala: „Dále by mohlo být více míst na rehabilitačních odděleních a odděleních následné péče pro pacienty, které postihla cévní mozková příhoda.“ S1 a S4 by ocenily, kdyby nemusely vyplňovat tolik dokumentace a měly tak více času na pacienta.

### **4.3 Skryté pozorování**

Výsledky skrytého pozorování jsou rozděleny do jednotlivých tabulek (viz tabulka 5-10). Tabulky jsou sestaveny tak, aby bylo jasné, jaké oblasti byly předmětem zkoumání. Dále jsou zde znázorněny orientační výsledky tohoto zkoumání. Tyto výsledky jsou vždy podrobně a přesně popsány. Symbol X znamená, že sestry daný výkon provedly a symbol 0 znázorňuje ty výkony, které sestra neprovedla.

**Tabulka 5: Péče o hygienu**

<b>Pozorované výkony</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
<b><u>Péče o hygienu</u></b>					
Provádění hygienické péče dle standardu	X	X	X	X	X
Dodržování zásad péče o dutinu ústní	0	0	X	X	X
Dodržování zásad péče o lůžko	X	X	X	X	X
Dodržování intimity pacienta	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 5 shrnuje údaje o pozorování oblasti zaměřené na hygienickou péči o pacienta. V této oblasti bylo pozorováno, zda sestra prováděla hygienickou péči dle standardu. Tabulka ukazuje, že tento bod splnily všechny pozorované sestry (S1-S5). Dalším bodem je to, zda sestry dodržují zásady při péči o dutinu ústní. Tento bod splnily tři sestry (S3-S5). S1 a S2 tento bod nesplnily, protože péči o dutinu ústní neprovedly vůbec. V bodě dodržování zásad péče o lůžko bylo zjištěno, že všechny pozorované sestry (S1-S5) udržují lůžko suché, čisté a správně upravené, tudíž bod splnily. Posledním bodem v části péče o hygienu bylo dodržování intimity pacienta. Z pozorování vyplynulo, že na intimitu nemocných na neurologickém oddělení není příliš dbáno. Tento bod nesplnila ani jedna z pozorovaných sester (S1-S5).

**Tabulka 6: Péče o výživu**

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
<b><u>Péče o výživu</u></b>					
Dodržování pitného režimu pacienta	0	0	0	0	0
Dodržování zásad při krmení pacienta	0	0	0	0	0
Dodržování zásad při stravování pacienta	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 6 shrnuje údaje o pozorování oblasti péče o výživu. Tato část byla soustředěna zejména na dodržování pitného režimu, dodržování zásad při krmení pacientů a dodržování zásad při stravování pacientů po cévní mozkové příhodě. V této části bylo zjištěno, že o stravování pacientů pečují zejména sanitárky, které zajišťují jak pitný režim, tak krmení pacientů. Z toho důvodu, sestry v této části nebyly pozorovány. V této části bylo však zjištěno, že o pitný režim pacientů je postaráno. Pacienti mají na pokoji vždy konvici s čajem, který je jim pravidelně nabízen. Při krmení bylo zjištěno, že vážně komunikace s nemocným. Ačkoliv by personál měl nosit ochranný oděv, při podávání stravy, na neurologickém oddělení tomu tak není. V části dodržování zásad

při stravování pacienta po cévní mozkové příhodě bylo pozorováno, zda pacient dostává vhodnou, správně upravenou stravu v pravidelných intervalech. V této části nebyl zjištěn žádný problém. Pacienti vždy dostali stravu, dle jejich zdravotního stavu. Pacienti se stravovali 3x denně (snídaně, oběd, večeře). Nemocní s porušeným polykáním měli zajištěnou nasogastrickou sondu.

**Tabulka 7: Péče o vyprazdňování**

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
<b><u>Péče o vyprazdňování</u></b>					
Sestra dodržuje zásady správné péče o PMK	X	X	X	X	X
Sestra provádí pravidelné intervence v péči o vyprazdňování	X	X	X	X	X
Sestra učí pacienta nácviku defekačního reflexu	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 7 shrnuje údaje o pozorování oblasti péče o vyprazdňování, kde bylo pozorováno, zda sestry pečují o permanentní močový katétr. Tuto část splnily všechny sestry (S1-S5). Další částí bylo, zda sestra sleduje pravidelnost vyprazdňování a zda provádí pravidelné intervence v péči o vyprazdňování. V tomto případě tabulka ukazuje, že všechny sestry o vyprazdňování nemocných pečují. Poslední část se zabývala tím, zda sestra učí pacienta nácviku defekačního režimu. Tabulka ukazuje, že ani jedna z pozorovaných sester (S1-S5), pacienta po cévní mozkové příhodě nácviku defekačního reflexu neučí.

**Tabulka 8: Rehabilitace**

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
<b><u>Rehabilitace</u></b>					
Sestra se účastní rehabilitační péče	0	0	0	0	0
Sestra využívá pomůcky ke zlepšení komunikace s nemocným ( kartičky, el. tabulky)	0	0	0	0	0
Sestra umí uspořádat pokoj dle potřeb pacienta s CMP	X	X	X	X	X

Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 8 shrnuje údaje o pozorování v oblasti rehabilitační péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. Zde byly sestry pozorovány, zda se účastní rehabilitační péče. Ani jedna z pozorovaných sester (S1-S5) se rehabilitační péče neúčastnila. Dále bylo pozorováno, zda sestry využívají pomůcky ke zlepšení komunikace, s pacientem po cévní mozkové příhodě, který má postiženou řeč, jako jsou například kartičky nebo elektronické tabulky. Z tabulky plyne, že sestry (S1-S5) tyto pomůcky nevyužívají. Poslední částí v oblasti rehabilitace bylo, zda sestra umí uspořádat pokoj dle potřeb pacienta s cévní mozkovou příhodou. Všechny pozorované sestry (S1-S5) pokoj pacienta po cévní mozkové příhodě uspořádaly podle jeho potřeb, tak aby měl pacient vše na postižené straně.

**Tabulka 9: Polohování nemocného a péče o kůži**

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
<b><u>Polohování nemocného a péče o kůži</u></b>					
Sestra dodržuje zásady péče o kůži nemocného	X	X	0	X	0
Sestra dodržuje zásady správného polohování nemocného	X	X	X	X	X
Sestra využívá polohovacích pomůcek	X	X	X	X	X

Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 9 shrnuje údaje o pozorování v oblasti polohování a péče o kůži. První bod se zabývá tím, zda sestra pečuje o kůži. S1, S2 a S4 o kůži pečovaly a promazávaly jí. S3 a S5 kůži nepromazaly. Další bod byl zaměřen na zásady správného polohování nemocného. Bylo zjištěno, že polohování je prováděno v pravidelných intervalech po 2-3 hodinách a všechny pozorované sestry S1-S5 na tuto oblast dbají. Posledním bodem bylo, zda sestry využívají polohovací pomůcky. Všechny pozorované sestry (S1-S5) tyto pomůcky na neurologickém oddělení používají.

**Tabulka 10: Péče o psychický stav nemocného**

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
Sestra dodržuje zásady správné komunikace s pacientem	X	0	X	X	X
Sestra spolupracuje s rodinou	X	X	X	X	X

Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 10, která je poslední, shrnuje údaje o pozorování v oblasti péče o psychický stav nemocného po cévní mozkové příhodě, kde bylo zjišťováno, zda sestra dodržuje zásady správné komunikace s pacientem po cévní mozkové příhodě. V komunikaci bylo zjišťováno, zda sestra nemocného vyslechne, zda mu poskytne požadované množství informací dle její kompetence a zda s pacientem mluví



srozumitelně. S1, S3, S4 a S5 tyto pozorované činnosti splnily. S2 neměla empatický přístup a na dotazy pacienta neodpověděla adekvátně. Posledním bodem pozorování je spolupráce sestry s rodinou, kde bylo zjištěno, že všechny sestry (S1-S5) s rodinou spolupracují.

## 5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o nemocného po cévní mozkové příhodě. Cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou problémové oblasti ošetrovatelské péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti po cévní mozkové příhodě spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Pro splnění cílů byly položeny dvě výzkumné otázky: 1. Jaké jsou problémové oblasti ošetrovatelské péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou? 2. Jsou pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

První cíl práce a výzkumná otázka se týkají problémových oblastí při poskytování ošetrovatelské péče nemocným po cévní mozkové příhodě. Jak uvádí Kalita (2006) je nutné, aby byly dodržovány všechny principy ošetrovatelské péče a že je činnost o pacienta s CMP velice náročná s velkou psychickou zátěží a že péče o takto nemocné by měla směřovat hlavně k tomu, aby se dosáhlo co největší soběstačnosti a nemocný se mohl vrátit zpět k původnímu životu. Na čemž se shodly i všechny dotazované sestry. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že péče o pacienty po cévní mozkové příhodě se příliš neliší od péče poskytované ležícím pacientům na neurologickém oddělení. Pouze sestra (S5) v rozhovoru uvedla: „*Člověk po cévní mozkové příhodě, podle mě, potřebuje větší pozornost a zdravotní péči. Řekla bych, že nadstandardní péči.*“ Sestry ale často zmiňovaly, že na oddělení je nedostatek ošetrojícího personálu a z toho důvodu nemají čas na to, aby se mohly naplno věnovat pacientovi, který je postižen CMP. Dále byly sestry dotazovány na specifika ošetrovatelské péče o nemocného po cévní mozkové příhodě v oblastech stravování, vyprazdňování a polohování. Jak uvádí Mikšová (2006), výživa má vliv na zdravotní stav člověka a přijímání potravy je podmínkou pro správné fungování organismu a veškerých životních pochodů, proto by měla být kompletní a měla by poskytovat organismu potřebné živiny ve správném vzájemném poměru. Nemocní po cévní mozkové příhodě však nejsou ve většině případů schopni přijímat stravu ať už z důvodu ochabnutého polykacího aktu nebo z důvodu ochrnutí. Dotazované sestry v rozhovorech nejčastěji zmiňovaly, že pacienti opravdu většinou nejsou schopni se po cévní mozkové příhodě najíst sami a z toho důvodu jsou krmeni,

nebo se jim při stravování pomáhá. Pokud to ale jinak nelze, je nemocným v důsledku ochabnutého polykacího aktu zavedena nasogastrická sonda. Z výsledků uvedených v Tabulce 6 vyplynulo, že na neurologickém oddělení se o stravování pacientů stará nižší ošetrovatelský personál. V této oblasti vyvstal jediný problém a to v komunikaci při krmení, kdy „sanitárky“ ve většině případů mlčely. Podle standardu ošetrovatelské péče by sestry měly při krmení nosit ochranný oděv, na neurologickém oddělení však tomu tak není. Pacienti po cévní mozkové příhodě dostávali stravu 3x denně, kdy si mohli snídani rozdělit tak, aby jim zbylo i na svačinu. V praxi jsem se setkala se skutečností, že pacienti o tomto postupu nejsou informováni a stravu si nerozdělují. Dalším bodem byla péče o vyprazdňování. Sestry v rozhovorech byly dotazovány na to, jaká jsou specifika péče o vyprazdňování nemocných po cévní mozkové příhodě. Jak uvádí Feign (2007), u lidí, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, se často objevuje dysfunkce močového měchýře a střev. Na čemž se shodly i všechny dotazované sestry (S1-S5).

Powel (2010) uvádí, že pacient po cévní mozkové příhodě se začíná učit vyprazdňovat na toaletě sám. Ani jedna ze sester se nezmínila, o tom, že by učila pacienta náviku defekačního reflexu, jak lze vyčíst z Tabulky 7. Což je podle mě problém, protože nácvik defekačního reflexu je velice důležitý k tomu, aby se stal takto postižený nemocný opravdu nezávislý na ošetrovatelském personálu a po propuštění do domácího prostředí na pomoci druhých. Dále všechny sestry (S1-S5) v rozhovoru uvedly, že je nemocným často zaváděn permanentní močový katetr, proto jsem pozorovala, zda sestry o zavedený permanentní katetr umí pečovat, zda ho pravidelně vypouští, sledují jeho průchodnost a obsah sáčku. Z Tabulky 7 vyplývá, že všechny pozorované sestry o permanentní močový katetr pečovat umí. Dále z Tabulky 7 vyplynulo, že všechny pozorované sestry (S1-S5) provádí pravidelné intervence v péči o vyprazdňování.

Jak uvádí Mikula (2008), polohování pacienta po cévní mozkové příhodě je velmi důležité, protože pacienti po CMP jsou často postiženi poruchou hybnosti, citlivosti a vnímání těla. S tímto tvrzením se ztotožňuji a myslím, že polohování, je jedna z nejdůležitějších oblastí ošetrovatelské péče a dokonce i všechny dotazované sestry

(S1-S5) viděly oblast polohování také jako důležitou součást ošetrovatelské péče. Dále Mikula (2008) uvádí, že polohování každé 2-3 hodiny přispívá ke snížení vzniku dekubitů. Dotazované sestry se shodly, že pacienty polohují přibližně každé dvě hodiny, což vplynulo i z Tabulky 9, kde je vidět, že všechny pozorované sestry (S1-S5) na tento časový interval opravdu dbají. Feign (2007) uvádí, že pečlivé ošetření kůže je nezbytně nutné k prevenci proleženin. V Tabulce 9 je znázorněno, že sestry (S3 a S5) při polohování nepečovaly o kůži. Z praxe vím, že pokud se o kůži pravidelně nepečuje, zvyšuje se riziko výskytu dekubitů. Pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, mají ve většině případů problém s vnímáním postižené poloviny těla a proto je důležité uspořádání pokoje tak, aby veškeré podněty přicházely z postižené strany těla, jak uvádí Mikula (2008). Z Tabulky 8 vplynulo, že sestry takto pokoj pro pacienta po CMP uspořádat umí. Na neurologickém oddělení se používaly polohovací pomůcky, jako jsou na příklad: antidekubitární matrace, dekuba, klínky, válce, apod. Všech pět pozorovaných sester při polohování tyto polohovací pomůcky používá, což znázorňuje i Tabulka 9.

Hygienická péče o pacienta po cévní mozkové příhodě je dle mého názoru další důležitou součástí ošetrovatelské péče. Proto se další bod výzkumného šetření týkal právě péče o hygienu, kdy byly sestry pozorovány, zda provádí hygienickou péči dle standardu. Z Tabulky 5 vyplývá, že všechny pozorované sestry (S1-S5) podle standardu postupují. Hygienická péče o nemocného po cévní mozkové příhodě probíhala na neurologickém oddělení jedenkrát denně a odvíjela se od celkového zdravotního stavu nemocného a míře soběstačnosti pacienta. Tato péče zahrnovala ranní koupel, česání, a péči o kůži, péči o dutinu ústní. Tabulka 5 ukazuje, že dvě z pozorovaných sester (S1 a S2) tuto péči neprovedly. Co se týče péče o lůžko, Tabulka 5 potvrzuje, že všechny pozorované sestry (S1-S5) udržovaly lůžko suché, čisté a vypnuté. Jak uvádí Vytejková (2011), sestra během hygienické péče musí dbát na intimitu nemocného. Avšak ani jedna z pozorovaných sester (S1-S5) na intimitu nemocného nedbala. Což kladně nehodnotili ani dotazovaní respondenti (R2,R4 a R5). Sestry prováděly hygienu pacientů před zraky ostatních pacientů. Ten samý problém nastal i při vyprazdňování

pacienta na lůžku. Sestry nevyžádaly ostatní pacienty, aby se k pacientovi, který se chystá vyprázdnit, otočili zády.

Kalina (2008) uvádí, že časná rehabilitace je účinné opatření, které zlepšuje výsledný stav pacienta. V rámci výzkumného šetření nás tedy dále zajímalo, jak je to s rehabilitací o nemocné po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení. Z rozhovoru se sestrami vyplynulo, že všechny sestry (S1-S5) si myslí, že je rehabilitační péče o nemocného po cévní mozkové příhodě důležitá. Kalvach (2010) uvádí, že pacient po CMP po stabilizaci stavu je přeložen na rehabilitační oddělení. Jedna ze sester (S3) uvedla, že na těchto pracovištích je nedostatek míst. Podle mého názoru by měla být rehabilitační péče o takto nemocné intenzivní a z praxe vím, že na neurologickém oddělení není tak intenzivní rehabilitační péče, jako je tomu na rehabilitačním oddělení. Z Tabulky 8 vyplynulo, že všechny pozorované sestry (S1-S5) se neúčastnily rehabilitační péče a ani nevyužívaly pomůcky ke zlepšení komunikace. Venglářová (2006) uvádí, že komunikační dovednost by měla být součástí profesionálního vybavení a slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Když ale pacient kvůli svému zdravotnímu stavu nemůže komunikovat a sestra nevyužívá tyto pomůcky, jak může rozvíjet kontakt mezi pacientem?

Pokud se zaměříme na zhodnocení rehabilitační péče z pohledu pacienta po cévní mozkové příhodě, respondenti byli velice spokojeni a rehabilitace, která je jim poskytnuta, jim vyhovuje. Sestry se do rehabilitační péče nezapojují, což potvrzují i odpovědi všech respondentů R1-R5. Ovšem respondenti v tom neshledávají žádný problém. R1 uvedla: „*Když potřebuju, doprovodí mě na záchod, to je taky rehabilitace ne?*“ R3 uvedl: „*Mně stačí cvičit jen s fyzioterapeutem, nepotřebuju ještě otravovat sestřičky, aby se mnou cvičily.*“ R4 uvedla: „*Vždyť je to hlavně na mě ta rehabilitace.*“ A R5 uvedla: „*Vždyť oni mají své práce dost. A taky fyzioterapeut je na to přece jen školený.*“ Podle mě je ale přínosné, aby sestry měly zájem zapojovat se do rehabilitační péče, aby mohly poskytnout informace rodině nebo aby ony samy věděly co je pro pacienta žádoucí a co ne.

Dále nás zajímal přístup sester k pacientovi po cévní mozkové příhodě a péče o psychický stav nemocného. Vymětal (2010) uvádí, že ošetrovatelský tým by měl

přístupovat k nemocnému empaticky a ohleduplně a měl by myslet na sebeúctu a důstojnost nemocného. Z mého pohledu je důležité, aby zdravotnický personál spolupracoval jak s pacientem, tak i s jeho rodinou. Sestry by měly přístupovat ke každému člověku individuálně, tak aby docházelo k uspokojování potřeb pacienta. Sestry (S1-S5) v rozhovoru zmiňovaly, že je důležité být vlídná, vstřícná, ochotná, trpělivá, empatická a přístupovat k takto nemocnému profesionálně a individuálně. S4 řekla: „*Pacient musí mít pocit, že na něj máme dostatek času, že nás nijak nezdržuje, když mu nejde něco tak rychle.*“ S5 uvedla: „*Sestry se jim snaží věnovat co nejvíce času. Nutné je neustálé opakování, ale také to, aby se tým domluvil, jak ke komu přistupovat a jednat. A takhle zacházet s pacientem každý den.*“ Ptáček 2011 ve své knize uvádí, že komunikace s pacientem a jeho příbuznými je nesmírně důležitá a že je nutné informovat je o celkovém stavu nemocného o vývoji onemocnění o výsledcích vyšetření a případně o prognóze. Dotazovaní respondenti (R1-R5), kladně hodnotili dostatečnou informovanost i spolupráci ošetřujícího personálu s rodinou. Respondenti popisovali, že komunikace probíhala na úrovni, že vždy když něco potřebovali vědět, bylo jim vše srozumitelně vysvětleno. R4 uvedla: „*Ne že by jsme si nějak hodně povídali, spíš mluvíme jen o potřebných věcech. Já stejně nemám nějakou potřebu se s nima vybavovat.*“ Tabulka 10, také znázorňuje, že dotazované sestry (S1-S5) spolupracují jak s rodinou, tak s pacienty a ukazuje, že sestry ve většině případů (S1, S3-S5) dodržovaly zásady správné komunikace, i když s pacienty komunikovaly pouze v případě, že po pacientech něco potřebovaly a naopak. Sestry ochotně odpovídaly na veškeré dotazy pacientů i rodiny, vždy jednaly s nemocným i jeho rodinou slušně. Pouze jedna sestra (S2) neodpověděla adekvátně na dotaz pacienta, kdy se ptal, co mu to dává za infuzi a ona mu odpověděla větou: „*To co Vám předešal doktor.*“ Tato reakce podle mého názoru není správná a sestra měla reagovat jinak a měla ho informovat o léku, který nemocný dostává. Dotazovaní respondenti však přístup sester hodnotili velice pozitivně. Pozitivní jednání zmiňovali vždy, když měli hodnotit ošetrovatelskou péči. Z pacientů bylo cítit, že jsou přístupem sester překvapeni. Respondentka R5 uvedla: „*Já si myslím, že jsou strašně hodný. Možná někdy až moc milé. Mně třeba vadí, jak používají ty zdobněliny a to si myslím, že ne každému člověku*

*sedí. To je pořád zádička, ručička a to mě fakt štve.*“ Podle mého názoru, je toto chování opravdu nežádoucí, i když si sestra myslí, že je milá. Sestry by měly přistupovat k nemocným s ohledem na jejich věk.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na spokojenost pacienta po cévní mozkové příhodě s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Je důležité, aby se nemocný cítil dobře po dobu hospitalizace. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči velice pozitivně. Dotazovaní respondenti kladně hodnotili úroveň ošetrovatelské péče. Respondent (R2) řekl: *„Myslím, že prostory tady jsou naprosto nevyhovující.“* A z praxe můžu potvrdit, že na pokojích neurologického oddělení je skutečně málo místa. Respondent (R3) uvedl, že úroveň poskytované péče u nás, je srovnatelná s úrovní poskytované péče v zahraničí. Další bod výzkumného šetření byl zaměřen na problémové oblasti v poskytované ošetrovatelské péči z pohledu pacienta. Práva pacientů ČR (2005) uvádí, že v průběhu jakéhokoliv vyšetření, ošetření či léčby má pacient právo na soukromí a stud. Nedostatek soukromí byl však často zmiňovaný problém. Dále se dva respondenti zmínili o potřebě častější hygieny a to alespoň 2x denně. Když měli respondenti uvádět pozitiva a negativa spojená s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, pacienti zejména hodnotili již zmiňovaný přístup personálu a informovanost. R2 dodal: *„To teplo tady, to je opravdu šílený. Vybavení mi přijde taky hrozný. Na pokoji není žádný místo. Ta manipulace tady se vším je hrozná.“* Respondenti (R3 a R5) negativně hodnotili rušno na oddělení. A respondenti (R2, R4 a R5) se znovu zmínili o nedostatku soukromí. A dva z respondentů (R4 a R5) negativně hodnotili stravu. Respondenti také byli vyzváni, aby navrhli nějaká doporučení, co by se mohlo na oddělení dělat jinak, ale ani jeden z dotazovaných respondentů nenašel nic takového.

## 6 Závěr

V teoretické části této bakalářské práce bylo cílem shrnout problematiku, která se vztahuje k cévní mozkové příhodě. Zabývali jsme se především ošetrovatelskou péčí, která vzhledem k charakteru onemocnění nese řadu specifík. Byly zahrnuty následující oblasti: definice onemocnění, dělení CMP, rizikové faktory, prevence, klinický obraz, diagnostika, léčba, rehabilitace a v neposlední řadě iktová centra

Empirická část bakalářské práce byla zaměřena na zjišťování problémových oblastí ošetrovatelské péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou a dále na hodnocení spokojenosti respondentů s ošetrovatelskou péčí po cévní mozkové příhodě. V rámci této bakalářské práce byly stanoveny dva cíle, pro jejichž splnění byla zvolena metoda kvalitativního šetření. Sběr dat byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru a skrytého pozorování. První cíl byl zaměřen na zjištění problémových oblastí při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné po cévní mozkové příhodě. Druhý cíl byl soustředěn na spokojenost pacientů po cévní mozkové příhodě s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Na základě výsledků výzkumného šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na velice dobrou kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení, i přes to z rozhovorů i pozorování vyplynuly drobné nedostatky. Jedním z nich je nedostatečné respektování soukromí a intimity při poskytování ošetrovatelské péče a vynechávání nácviku defekačního reflexu. Dále bylo z výsledků výzkumného šetření zjištěno, že sestry uvádí jako nejdůležitější oblast v poskytování ošetrovatelské péče rehabilitaci, které se však neúčastnily. Dalším problémem, který sestry zmiňovaly, je nedostatek času k tomu, aby se mohly individuálně věnovat intervencím, které si při plánování ošetrovatelské péče zvolily. Jako velké pozitivum lze uvést velkou spokojenost respondentů s přístupem sester při poskytování ošetrovatelské péče.

Na základě výzkumného šetření byla vytvořena brožura (viz příloha 1), která zahrnuje základní principy péče o pacienty po CMP v různých oblastech hygieny, stravování, vyprazdňování, polohování, dále v oblasti logopedické péče, péče



o psychiku a rehabilitační péče. Tato brožura může sloužit ošetrovatelskému personálu jako jakýsi souhrn zásad poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s výše uvedenou problematikou. Dále může být využita jako učební pomůcka studentům.

## 7 Seznam použité literatury

AMBLER, Zdeněk, 2011. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2627-073.

ANON, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-802-4725-482.

AULICKÝ, P.; MIKULÍK, R, 2009. Obecná terapie akutního mozkového infarktu. *Neurologie pro praxi* 2009, **10**(4), 246-249. ISSN 1213-1814

BAUER, J., 2009. Trombolytická terapie ischemického iktu. *Postgraduální medicína*. Č. 8 ročník 11, s 3-9. ISSN 1212-4184

ČESKÁ REPUBLIKA. 2010. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, **2**(2-10). ISSN 1211-0868

ČEŠKA, Richard, 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3874-230.

DOBIÁŠ, Viliam, 2007. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0632-441.

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

FIKSA, Jan, 2008. *Cévní mozková příhoda: diagnostika a léčba* [online]. [cit. 2014-11-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/> Praha

HALOVÁ, Miroslava, 2007. *Nemocný v domácí péči I: věnováno nemocným odkázaným na pomoc druhých, jejich ošetřovatelům a rodinám : zvláště pak nemocným Parkinsonovou chorobou, lidem po cévní mozkové příhodě a lidem s roztroušenou sklerózou*. Javorník: Miroslava Halová - MAJ.ZJ. ISBN 978-80-239-7316-7.

HERZIG, Roman, et al, 2007. Přínos existence iktové jednotky ke zlepšení diagnostiky u pacientů s cévními mozkovými příhodami. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **70/103**(3), 272-276. ISSN 1210-7859

KALINA, Miroslav, 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-107-9.

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

KALITA, Zbyněk, 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0420-930.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2011. *Logopedie v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-802-4728-353.

MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. 1*. Aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

MIKULA, Jan, MÜLLEROVÁ, Nina, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.

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

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, Sestra (Grada). ISBN 978-802-4738-710.

POWELL, Trevor, 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3676-674.

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK Petr, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4739-762.

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

SEIDL, Zdeněk a OBENBERGER, Jiří, 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.

SPENCE, J. David., 2008. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Překlad Václav Petr. Praha: Triton. ISBN 978-807-3870-584.

STRENKOVÁ, Jana, 2014. *Národní cerebrovaskulární program* [online]. [cit. 2014-11-22]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/>.

ŠEBLOVÁ, J. a kol., 2009. Akutní cévní mozkové příhody jako emergentní stav. *Urgentní medicína*. České Budějovice: Mediprax, **12**(3), 21-26 . ISSN 1212-1924

ŠKOLOUDÍK, David, 2013. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Editor Daniel Šaňák. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-807-3453-602.

TRACHTOVÁ, I, a kol, 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-287-6.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a BAREŠ Martin, 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-807-0135-402.

VENGLÁŘOVÁ Martina a MAHROVÁ Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.

WHO, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti : průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0592-3.

ZACHAROVÁ, Eva, 2010. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra* **20**(7-8), 28-29. ISSN 1210-0404.

## **8 Přílohy**

### **8.1 Seznam příloh**

**Příloha 1:** Informační materiály pro ošetrovatelský personál

**Příloha 2:** Žádost o povolení výzkumu

**Příloha 3:** Návrh rozhovoru s respondenty

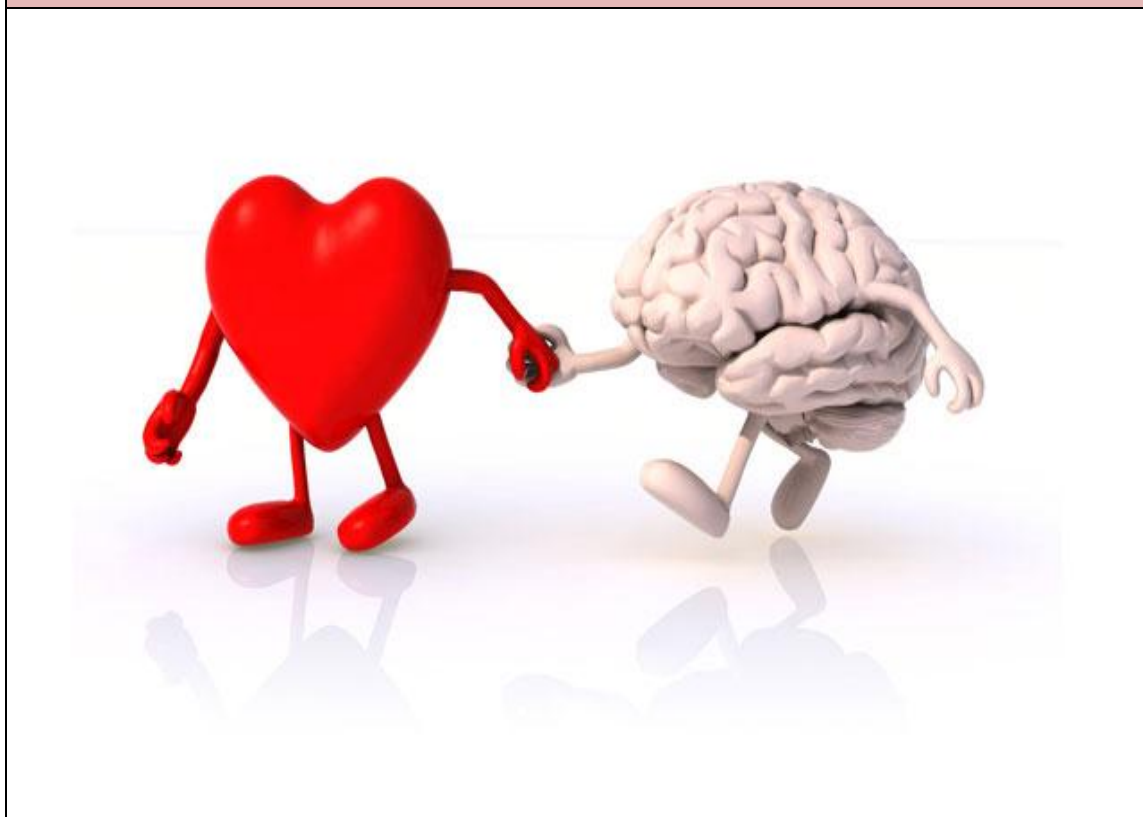
**Příloha 4:** Návrh rozhovoru se sestrami

**Příloha 5:** Pozorovací arch

**Příloha 6:** CD s přepsanými rozhovory

**Příloha 1: Informační materiály pro ošetrovatelský personál**

**Zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi s cévní  
mozkovou příhodou**



## Úvod

Cévní mozková příhoda je akutní ložiskové nebo difuzní poškození funkcí mozku, které vzniká na podkladě cévní etiologie a může trvat více než 24 hodin, nebo vyvolá smrt postiženého (Dobiáš, 2007). Cévní mozková příhoda, je stav, který vyžaduje rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. Řadí se na druhou až třetí příčku nejčastějších příčin úmrtí. Toto onemocnění souvisí s vysokým věkem, čím je starší populace, tím se zvyšuje riziko výskytu tohoto onemocnění. U většiny lidí, které postihla cévní mozková příhoda, zanechává toto onemocnění trvalé následky a také trvalou invaliditu. (Školoudik, 2008).

Cévní mozkové příhody se dělí do dvou skupin, podle způsobu vzniku, na ischemické a hemoragické. Ischemické cévní mozkové příhody vznikají v důsledku uzávěru mozkové tepny, díky kterému dochází k úplnému nebo částečnému přerušení přívodu krve do postižené oblasti mozku. Hemoragické cévní mozkové příhody jsou způsobeny prasknutím mozkové tepny, jejíž příčinou můžou být abnormality nebo cévní malformace. Následkem prasknutí tepny dochází k mozkovému krvácení, které může být subarachnoidální, intracerebrální a intravertikulární (Tyrlíková, Bareš, 2012).

Hlavním projevem cévní mozkové příhody je náhlá slabost, necitlivost a porucha hybnosti horní a dolní končetiny na jedné polovině těla. Pacient může cítit brnění v polovině tváře, neschopnost usmát se nebo zapískat. Dále se mohou vyskytovat problémy s polykáním nebo neschopnost ovládat jednu ruku. Dalším příznakem může být porucha řeči a jejím porozumění, obtíže při vyjadřování. Také se může objevit náhlá porucha zraku, která se nejčastěji projeví pouze na jednom oku. V neposlední řadě cévní mozkovou příhodu doprovází náhlý problém s chůzí, náhlá závrať nebo silná bolest hlavy (Kalita, 2010)

Včasná diagnostika onemocnění je velice důležitá, avšak nesmí prodlužovat dobu pro zahájení léčby. (Kalita, 2006).

Hlavním cílem léčebných postupů je, aby laická veřejnost a zdravotníci byli obeznámeni s příznaky možné cévní mozkové příhody. Důležité je, aby byl postižený co nejrychleji transportován do nemocnice. Léčba závisí na stupni a závažnosti cévní



mozkové příhody. Nejdůležitějším krokem je zabezpečení životně důležitých funkcí a to především funkce srdce a plic. Pokud vznikla na podkladě embolu, léčba spočívá v jeho rozpuštění takzvanou trombolýzou. V případě, že se jedná o hemoragickou CMP, se pacient léčí podáváním antiedematózních léků, nebo odstraněním extravazátu z mozku neurochirurgicky či provedením kraniektomie. (Pfeiffer, 2007).

## Zásady péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

### Péče o hygienu

- Odvíjí se od celkového zdravotního stavu a míře soběstačnosti
- Sestra dbá na intimitu a soukromí nemocného
- Všimá si celkového stavu pacienta, míry soběstačnosti, kožních defektů, schopnosti komunikace a spolupráce nemocného se sestrou
- K hygienické péči patří ranní a večerní umývání, česání, úprava nehtů, mytí vlasů, celková koupel, péče o chrup a péče o čisté ložní prádlo
- Hygienická péče probíhá alespoň 1x denně.

### Péče o výživu

- Závisí na celkovém stavu pacienta
- Pokud pacient není schopen se sám najíst, je nutné mu dopomoci popřípadě ho nakrmit
- Při krmení se sestra chrání ochranným oděvem
- Pokud nemocný není schopen vůbec přijímat stravu ústy, volí se výživa pomocí nazogastrické sondy, nebo perkutánní endoskopická gastrostomie
- Nutriční stav pacienta by měla sledovat dietní sestra
- Pacient má zajištěn dostatečný přísun tekutin
- Pacient by měl být stravován 5x denně a být edukován o možnosti rozdělit si stravu.

### Péče o vyprazdňování

- Pokud pacienta postihne inkontinence zavádí se permanentní močový katetr, o který je nutné pečovat dle standardu
- Pacient se po odstranění permanentního močového návěku defekačního reflexu, kdy ho ošetřovatel doprovází z počátku každé dvě hodiny na toaletu a v noci dvakrát. Později se interval zkracuje, dokud se pacient nenaučí na toaletě vyprazdňovat sám

- Je důležité udržovat pacienta v suchu a čistotě a využívat pomůcky pro inkontinentní pacienty
- Pokud mají nemocní problémy se zácpou, která souvisí s užíváním některých léků, provádí se intervence k předcházení zácpy.

### Polohování pacientů

- Začíná se s ním ihned po přijmutí do nemocnice k hospitalizaci
- Lůžko je dostatečně prostorné, rovné a přiměřeně tvrdé
- Polohy se mění jednou za dvě až tři hodiny, pokud to pacientův stav dovoluje
- Poloha by měla být bezpečná
- Při každé změně polohy si sestra všímá stavu a zbarvení kůže a pečuje o ni
- Pokoj je uspořádán tak, aby co nejvíce podnětů přicházelo z postižené strany
- Okna, televize nebo noční stolek jsou umístěny na straně postižení
- Ošetrovatelský personál přistupuje k pacientovi z postižené strany
- Při polohování je důležité používat polohovací pomůcky.

### Logopedická péče

- Začíná tehdy, pokud to dovoluje stav nemocného
- Důležité je, aby rodinní příslušníci spolupracovali s ošetrovatelským personálem
- Pro zlepšení komunikace se využívají kartičky se souhlasem nebo nesouhlasem, elektronické tabulky nebo alternativní komunikace
- Je důležité, aby sestra byla trpělivá a pokud je třeba pacientovi vše několikrát vysvětlí.

### Péče o psychiku

- Ošetřovatelský tým přistupuje k nemocnému empaticky a ohleduplně
- Sestra dbá na sebeúctu a důstojnost nemocného
- Sestra poskytuje nemocnému emoční podporu
- Sestra komunikuje s pacientem a jeho příbuznými a poskytuje jim informace, které jsou v její kompetenci

### Rehabilitační péče

- Proces rehabilitace začíná okamžitě po prodělání cévní mozkové příhody
- S rehabilitací se pokračuje i po propuštění z nemocnice
- Do rehabilitace se zapojují i sestry a rodina pacienta.

## **Závěr**

V rámci ošetrovatelské péče o pacienta po cévní mozkové příhodě je velice důležité, aby poskytovaná ošetrovatelská péče byla kvalitní. Dobrá ošetrovatelská péče snižuje úmrtnost takto nemocných jedinců až o 30%. Sestra by měla projevit znalosti v této problematice. Pokud jsou znalosti sester nedostačující, mohlo by dojít k neúmyslnému poškození pacienta.

## Příloha 2: Žádost o povolení výzkumu

### ŽÁDOST O PROVEDENÍ ROZHOVORU A POZOROVÁNÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní Mgr. Kyselová,

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o svolení k provedení rozhovorů a pozorování do mé bakalářské práce, která nese název Ošetrovatelská péče o pacienty po cévní mozkové příhodě. Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně – sociální fakulty, obor- Všobecná sestra a jsem ve 3. Ročníku. Rozhovory a pozorování bych chtěla realizovat v nemocnici České Budějovice a. s. na neurologickém oddělení.

#### FORMULÁŘ:

**Jméno a příjmení:** Veronika Balgová

**Název vysoké školy a fakulty:** Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně – sociální fakulta

**Studijní obor:** Všobecná sestra, 3. Ročník

**Název práce:** Ošetrovatelská péče o nemocného po cévní mozkové příhodě

**Metodika:** Výzkum bude proveden kvalitativním šetřením formou skrytého pozorování a polo-strukturovaného rozhovoru, který je sestaven na základě konfrontací s odbornou literaturou. Pro účely výzkumu budou vyhrazeny dva výzkumné vzorky, první vzorek tvoří sestry a druhý pacienti, které postihla cévní mozková příhoda.

**Využití v praxi:** Tato bakalářská práce bude sloužit k sestavení doporučeného postupu ošetrovatelské péče o pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a ke zmapování úrovně soběstačnosti takových klientů.

#### OTÁZKY DO ROZHOVORU:

**Pro sestry:**

1. Informační údaje (Věk, pohlaví, vzdělání, praxe)
2. Proč myslíte, že je ošetrovatelská péče o nemocného po CMP důležitá?
3. Jak se liší péče o nemocného po CMP od péče poskytované ostatním pacientům na vašem odd?
4. Jaké pomůcky nejčastěji používáte při péči o nemocného po CMP a je jich na odd. dostatek?
5. Jak vypadá ošetrovatelská péče o nemocného po CMP?
6. Co je podle Vás nejdůležitější při poskytování oš. Péče?
7. Jak spolupracují pacienti při poskytování ošetrovatelské péče?
8. Jaká je spolupráce rodiny nemocného se zdravotnickým personálem?
9. Jak přistupují sestry k pacientovi po CMP?
10. Je něco, co by jste chtěla zlepšit nebo změnit?

**Otázky pro pacienta:**

1. Informační údaje (Věk, pohlaví, onemocnění)
2. Jak byste zhodnotil přístup sestry při poskytování ošetrovatelské péče o Vás?
3. Jak byste zhodnotila úroveň ošetrovatelské péče?
4. Jak hodnotíte spolupráci sester s rodinou?
5. Jak byste zhodnotil rehabilitační péči v nemocnici?
6. Je něco, s čím jste opravdu nespokojen po dobu hospitalizace?
7. Doporučil byste sestřám něco, co by měly dělat jinak při poskytování ošetrovatelské péče?
8. V jakém časovém intervalu Vás navštěvuje sestra? Chtěl byste, aby chodila častěji, nebo si myslíte, že není třeba tak často?
9. Jsou z vašeho pohledu nějaké problémové oblasti v péči o vás? Jaké?
10. Jak byste zhodnotil komunikaci mezi vámi a sestrami?
11. Jsou sestry zapojovány do rehabilitační péče o Vás?
12. Co byste zhodnotil pozitivně v péči o Vás.







Polohování nemocného a péče o kůži	Sestra									
	č. 1	č. 2	č. 3	č. 4	č. 5	č. 6	č. 7	č. 8	č. 9	č. 10
Pozorovaná činnost										
Sestra dodržuje zásady péče o kůži nemocného										
Sestra dodržuje zásady správného polohování nemocného										
Sestra využívá polohovacích pomůcek										

Pokud sestra činnost provádí, zaškrtni dané políčko X

**Kontaktní údaje:**

Jméno: Veronika Balgová

Bydliště: Horní Pěna 115, 378 31 Horní Pěna

Telefon: 728 826 349

Za odpověď Vám předem děkuji.

11. V. 2015

*SOUHLASA*

*Veronika Balgová*

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice České Budějovice, a.s.

### **Příloha 3: Návrh rozhovoru s respondenty**

#### **Otázky pro respondenty:**

1. Informační údaje (věk, pohlaví, onemocnění)
2. Jak byste zhodnotil přístup sestry při poskytování ošetrovatelské péče o Vás?
3. Jak byste zhodnotil úroveň ošetrovatelské péče?
4. Jak hodnotíte spolupráci sester s rodinou?
5. Jak byste zhodnotil rehabilitační péči v nemocnici?
6. Je něco, s čím jste opravdu nespokojen po dobu hospitalizace?
7. Doporučil byste sestřím něco, co by měly dělat jinak při poskytování ošetrovatelské péče?
8. V jakém časovém intervalu Vás navštěvuje sestra? Chtěl byste, aby chodila častěji, nebo si myslíte, že není třeba tak často?
9. Jsou z vašeho pohledu nějaké problémové oblasti v péči o vás? Jaké?
10. Jsou sestry zapojovány do rehabilitační péče o Vás?
12. Co byste zhodnotil pozitivně v péči o Vás?

#### **Příloha 4: Návrh rozhovorů se sestrami**

##### **Otázky pro sestry:**

1. Informační údaje (věk, pohlaví, vzdělání, praxe)
2. Proč myslíte, že je ošetrovatelská péče o nemocného po CMP důležitá?
3. Jak se liší péče o nemocného po CMP od péče poskytované ostatním pacientům na vašem oddělení?
4. Jaké pomůcky nejčastěji používáte při péči o nemocného po CMP a je jich na oddělení dostatek?
5. Jak vypadá ošetrovatelská péče o nemocného po CMP?
6. Co je podle Vás nejdůležitější při poskytování ošetrovatelské péče?
7. Jak spolupracují pacienti při poskytování ošetrovatelské péče?
8. Jaká je spolupráce rodiny nemocného se zdravotnickým personálem?
9. Jak přistupují sestry k pacientovi po CMP?
10. Je něco, co by jste chtěla zlepšit nebo změnit?

**Příloha 5: Pozorovací arch**

<b>Pozorované výkony</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
<b><u>Péče o hygienu</u></b>					
Provádění hygienické péče dle standardu					
Dodržování zásad péče o dutinu ústní					
Dodržování zásad péče o lůžko					
Dodržování intimity pacienta					

<b>Pozorované výkony</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
<b><u>Péče o výživu</u></b>					
Dodržování pitného režimu pacienta					
Dodržování zásad při krmení pacienta					
Dodržování zásad při stravování pacienta					

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
<b><u>Péče o vyprazdňování</u></b>					
Sestra dodržuje zásady správné péče o PMK					
Sestra provádí pravidelné intervence v péči o vyprazdňování					
Sestra učí pacienta nácviku defekačního reflexu					

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
<b><u>Rehabilitace</u></b>					
Sestra se účastní rehabilitační péče					
Sestra využívá pomůcky ke zlepšení komunikace s nemocným (kartičky, el. tabulky)					
Sestra umí uspořádat pokoj dle potřeb pacienta s CMP					

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
<b><u>Polohování nemocného a péče o kůži</u></b>					
Sestra dodržuje zásady péče o kůži nemocného					
Sestra dodržuje zásady správného polohování nemocného					
Sestra využívá polohovacích pomůcek					

Pozorované výkony	S1	S2	S3	S4	S5
Sestra dodržuje zásady správné komunikace s pacientem					
Sestra spolupracuje s rodinou					