



# Návaznost ošetrovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B5341 – Ošetrovatelství

*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra

*Autor práce:* **Martina Mašková, DiS.**

*Vedoucí práce:* Mgr. Kateřina Mařanová





# Continuity of nursing care for patients after brain stroke

## Bachelor thesis

*Study programme:* B5341 – Nursing

*Study branch:* 5341R009 – General Nurse

*Author:* **Martina Mašková, DiS.**

*Supervisor:* Mgr. Kateřina Mařanová



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Ústav zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Mašková, DiS.**  
Osobní číslo: **Z11000032**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Návaznost ošetřovatelské péče u pacientů po cévní mozkové  
příhodě**  
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

## Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

- 1) Zjistit současný stav návaznosti ošetrovatelské péče orientované na pacienty po cévní mozkové příhodě.
- 2) Zjistit nejčastější obavy pacientů v oblasti sebepéče po cévní mozkové příhodě.
- 3) Zjistit nejčastější obavy pacientů po cévní mozkové příhodě v oblasti vykonávání každodenních činností.
- 4) Zjistit informovanost pacientů po cévní mozkové příhodě o možnostech následné ošetrovatelské péče.
- 5) Vytvoření informačního materiálu pro pacienty po cévní mozkové příhodě o možnostech následné péče.

Teoretická východiska:

Cévní mozková příhoda je rozvíjející postižení určité části mozkové tkáně, vzniklé poruchou jejího prokrvení. Je to stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc a důležitou následnou péči. Následná dlouhodobá rekonvalescence spojená s cévní mozkovou příhodou vyžaduje nejen kvalitní ošetrovatelskou péči při samotné hospitalizaci, ale i její soustavnou kontinuitu od akutního lůžka až po následnou domácí ošetrovatelskou péči. Před propuštěním pacienta do domácí ošetrovatelské péče je tedy zapotřebí dobře informovaný pacient a jeho rodina s cílem, co nejzazšího návratu k běžnému životu, jako před cévní mozkovou příhodou.

Výzkumné předpoklady:

- 1) Jaká je kontinuita ošetrovatelské péče od akutního lůžka až do domácího prostředí u pacientů po cévní mozkové příhodě?
- 2) Která z oblastí sebepéče byla nejčastějším zdrojem obav u pacientů po cévní mozkové příhodě?
- 3) Která z každodenních činností byla nejčastějším zdrojem obav u pacientů po cévní mozkové příhodě?
- 4) Měli pacienti po cévní mozkové příhodě informace o možnostech následné péče již před propuštěním ze zdravotnického zařízení?

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Strukturovaný rozhovor.

Místo a čas realizace výzkumu:

Krajská nemocnice Liberec, a.s. listopad 2014 únor 2015

Vzorek:

50 pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda

## Příloha zadání bakalářské práce

### Seznam odborné literatury:

- 1) AMBLER, Zdeněk. Základy Neurologie. 7. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
- 2) BENDOK, Bernard, NAIDECH, Andrew, WALKER, Matthew, BATTIER, Hunt. Hemorrhagic and Ischemic Stroke. Thieme: Barnes & Noble, 2011. ISBN-13: 9781604062359.
- 3) FEIGIN, Valery. Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
- 4) FULLER, Gersaint. Neurologické vyšetření snadno a rychle. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1914-6.
- 5) HERZIG, Roman. Ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, farmakoterapie, chyby a omyly. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-148-6.
- 6) KALINA, Miroslav a kol. Cévní mozková příhoda v medicínské praxi. Praha: TRITON, 2006. ISBN 978-80-7387-107-9.
- 7) MUMENTHALER, Marco, BASSETTI, Claudio, DAETWYLER, Christof. Neurologická diferenciální diagnostika: překlad 5. přepracovaného a doplněného vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2298-6.8)
- 8) PFEIFFER, Jan. Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
- 9) SEIDL, Z., OBENBERGER, J. Neurologie pro studium i praxi. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.
- 10) SMRČKA, Martin a kol. Poranění mozku. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2001. ISBN 80-7169-820-2.
- 11) SPENCE, David. Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-058-4.
- 12) World Health Organization 1999. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0592-3.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kateřina Mařanová  
Ústav zdravotnických studií

Data zadání bakalářské práce: 30. dubna 2014  
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2015

  
prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs  
rektor



  
Mgr. Marie Holkové  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 31. ledna 2015

Studentka  
**Martina MAŠKOVÁ**  
Z11000032  
Vinařská 859  
463 11 LIBEREC 30

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 28. května 2014  
č.j.: 14/8515/018167-02


**Vyjádření k žádosti o změnu vedoucího bakalářské práce**

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 30. 4. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/018167-01, Vám sděluji, že **souhlasím se změnou vedoucího Vaší bakalářské práce.**

Novým vedoucím se stává Mgr. Kateřina Mařanová. Neprodlené (nejpozději do 10. 6. 2014) ji proto kontaktujte emailem, abyste si dohodly termín konzultace k bakalářské práci.

S pozdravem

  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec 1

**Na vědomí**  
Mgr. Kateřina Mařanová



Studentka  
**Martina MAŠKOVÁ, DiS.**  
Z11000032  
Vinařská 859  
463 11 LIBEREC 30

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

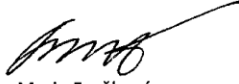
V Liberci dne 13. října 2014  
č.j.: 14/8515/040195-02

**Vyjádření k žádosti o změnu tématu bakalářské práce**

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 7. 10. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/040195-01, Vám sděluji, že **souhlasím** se změnou tématu bakalářské práce „Návaznost ošetrovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě“ pod vedením Mgr. Kateřiny Mařanové.

S pozdravem

  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec I





## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

26.6.2015

Podpis:



## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Mařanové za ochotu, cenné rady a vřelou spolupráci při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Klimošové za odborné rady a konzultace o cévní mozkové příhodě a dalším odborníkům, s kterými jsem hovořila o své práci. V neposlední řadě děkuji mé rodině za trpělivost a podporu při mém studiu.

## **Anotace**

### **Anotace v českém jazyce**

**Jméno a příjmení autora:** Martina Mašková, Dis.

**Instituce:** Technická univerzita Liberec, Ústav zdravotnických studií

**Název práce:** Návaznost ošetrovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě

**Vedoucí práce:** Mgr. Mařanová

**Počet stran:** 88

**Počet příloh:** 9

**Rok obhajoby:** 2015

**Souhrn:** Bakalářská práce se zabývá tématem „Návaznost ošetrovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě“. Práce je rozdělena na dva segmenty. V teoretické části uvádím anatomii centrální nervové soustavy a cévní zásobení mozku, druhy mozkových příhod a s nimi spojené rizikové faktory, klinický obraz, diagnostiku, léčbu, prevenci a v neposlední řadě se zabývám následnou péčí o pacienta po cévní mozkové příhodě. Ve výzkumné části prezentuji výsledky strukturovaného rozhovoru s pacienty po cévní mozkové příhodě. Cílem bylo zjistit návaznost ošetrovatelské péče, obavy pacientů v oblasti sebepéče a vykonávání každodenních činností a také informovanost pacientů po CMP o možnostech následné péče. Součástí práce je vytvoření informačního materiálu pro pacienty po cévní mozkové příhodě o možnostech následné péče.

**Klíčová slova:** cévní mozková příhoda, ošetrovatelská péče, domácí péče, rehabilitace, pacient

## **Annotation in English**

**Name and surname of the author:** Martina Mašková, Dis.

**Institution:** Technical University of Liberec, Institute of Health Studies

**Work title:** Continuity of nursing care for patients after cerebrovascular accident (CVA)

**Supervisor:** Mgr. Mařanová

**Number of pages:** 88

**Number of attachments:** 9

**Year of presentation and defence:** 2015

**Summary:** Bachelor thesis deals with the topic „Continuity of nursing care for patients after cerebrovascular accident“. Work is divided into two segments. In the theoretical part I state the anatomy of the central nervous system and the circle of Willis, the types of stroke and risk factors associated with them, clinical image, diagnosis, treatment, prevention and follow-up care of patients after stroke (CVA). In the research part I present the results of structured conversations with patients after cerebrovascular accident. The objective was to determine the continuity of nursing care and concerns of patients in the area of self-care and daily activities and also awareness of patients after stroke about possibilities of nursing care. Part of the thesis is creation of information material, which deals with the possibilities of nursing care for patients after stroke.

**Keywords:** cerebrovascular accident (stroke), nursing care, home care, rehabilitation, patient

# Obsah

Obsah .....	13
Seznam použitých zkratk .....	15
1 Úvod .....	17
2 Teoretická část.....	18
2.1 Anatomie CNS a cévní zásobení mozku .....	18
2.2 Cévní mozková příhoda .....	19
2.3 Klasifikace cévních mozkových příhod .....	20
2.3.1 Ischemická cévní mozková příhoda.....	20
2.3.2 Hemoragická cévní mozková příhoda .....	20
2.4 Rizikové faktory.....	21
2.5 Klinický obraz.....	22
2.6 Diagnostické postupy .....	24
2.7 Léčba ICMP .....	25
2.8 Komplikace léčby.....	26
2.9 Prevence .....	26
2.9.1 Medikamentózní prevence.....	26
2.9.2 Chirurgická prevence .....	27
2.10 Péče o pacienta s ICMP.....	27
2.10.1 Neodkladná přednemocniční péče .....	27
2.10.2 Nemocniční péče v akutní fázi.....	28
2.10.3 Následná ošetrovatelská péče .....	30
2.10.4 Komplexní léčebná rehabilitace.....	34
2.10.5 Následná péče pro pacienty po ICMP.....	37
2.10.6 Domácí péče .....	38
3 Výzkumná část .....	42

3.1	Cíle výzkumu .....	42
3.2	Výzkumné otázky.....	42
3.3	Výzkumné předpoklady .....	43
3.4	Metodika výzkumu.....	44
3.4.1	Charakteristika respondentů .....	44
3.5	Prezentace výsledků získaných studiem dokumentace .....	46
3.6	Prezentace výsledků strukturovaného rozhovoru.....	49
4	Analýza výzkumných předpokladů a cílů .....	74
5	Diskuze .....	78
6	Návrh doporučení pro praxi.....	83
7	Závěr.....	84
	Seznam bibliografických citací.....	85
	Seznam příloh .....	89

## Seznam použitých zkratek

a kol.	a kolektiv
ACEI	inhibitor angiotensin konvertujícího enzymu
ADL	activities of daily living/běžné denní aktivity člověka
ADP	adenosindifosfát
AG	angiografie
aPTT	activated partial thromboplastin time
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
BMI	Body mass index
CEA	carotická endarterektomie
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CTA	CT angiografie
CTAg	CT arteriografie
DK	dolní končetina
DSA	digitální subtrakční arteriografie
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
GCS	Glasgow coma scale
IAT	intraarteriální trombolýza

ICH	intracerebrální hemoragie/krvácení
ICMP	ischemická cévní mozková příhoda
IM	infarkt myokardu
INR	international ratio
IVT	intravenózní trombolýza
JIP	jednotka intenzivní péče
MR	magnetická rezonance
mRS	modifikovaná Rankinova škála
NGS	nasogastrická sonda
ONP	oddělení následné péče
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
PCT	perfúzní CT
PNS	periferní nervový systém
RTG	rentgen
SAH	subarachnoidální hemoragie/krvácení
TIA	transitorní ischemická ataka
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tPA	rekombinantní tkáňový aktivátor plasminogenu
VAS	vizuální analogová škála bolesti
WHO	World Health Organization/Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba



# 1 Úvod

Akutní cévní mozková příhoda (dále jen CMP) patří k jedné z nejčastějších civilizačních chorob v rozvinutých zemích a patří mezi vedoucí příčiny fyzické invalidity u dospělých nad 65 let. CMP je onemocnění s často závažnými následky a klade mimořádně těžké břemeno na pacienty samotné, jejich rodiny a pečovatele i na celou společnost. CMP zanechávají následky zdravotní, ale i psychické, sociální a v neposlední řadě ekonomické. V České republice úmrtnost na cévní mozkové příhody stále stoupá. Často se setkáváme s postižením u mladých lidí v produktivním věku, kteří se potřebují vrátit do pracovního procesu, starat se o svou rodinu a fungovat ve všech směrech. CMP je proto aktuální téma. Problematika cévních mozkových příhod je stále velmi diskutovaná. Je dokázáno, že včasnost a provázanost diagnostiky, léčby, následné ošetrovatelské a rehabilitační péče má vliv na příznivější průběh onemocnění.

Snižuje se intenzita neurologických deficitů a lidé postižení touto nemocí mají větší šanci na plnohodnotný život.

Účelem bakalářské práce je poskytnout komplexní informace o cévní mozkové příhodě. V teoretické části jsou prezentovány informace o rizikových faktorech, klinickém obrazu, diagnostice, léčbě, prevenci a péči po CMP. Empirická část se zaměřuje na pacienty, hospitalizované v Krajské nemocnici Liberec, a.s., kterým byla diagnostikována CMP. V praktické části je použit kvantitativní výzkum pomocí strukturovaného rozhovoru. V bakalářské práci je také uvedena statistika pacientů s CMP za rok 2013, 2014.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Anatomie CNS a cévní zásobení mozku

Nervový systém se dělí na centrální (dále jen CNS) a periferní (dále jen PNS ). CNS tvoří mozek a mícha. PNS tvoří mozkové a míšní nervy. Základní morfologická a funkční jednotka nervové tkáně se nazývá neuron, který se skládá z těla a výběžků. Tělo buňky obsahuje buněčné jádro. Výběžky neboli dendrity, kterých je v nervové buňce několik, přijímají podněty a vedou vzruchy do těla buňky. Neurit neboli axon, je také výběžek nervové buňky, je pouze jeden a vede vzruch z buňky do další struktury, která je potom ovlivňována (svalové vlákno, aj.). Hlavní funkcí neuronu je axonální transport. Hlavní části CNS jsou medulla spinalis, truncus encephali, mesencephalon, cerebellum, medulla oblongata, hlavové nervy, diencephalon, telencephalon, meninges (Čihák, 2004).

Mozek i mícha potřebují neustálou dodávku kyslíku společně s oxidem uhličitým, vodou a některými látkami jako je glukosa, aminokyseliny apod. Hlavním zdrojem tepenného zásobení mozku jsou mozkové tepny **a. vertebralis** a **a. carotis interna** (Seidl, Obenberger, 2004).

**A. vertebralis** vychází z části oblouku **a. subclavia**, poté prochází mezi m. longus colli a m. scalenus ant. směrem k foramen transversarium C6 až C1, odkud pokračuje pod spodinu lební. Po prostupu přes membranu atlantooccipitalis post do subarachnoidálního prostoru pokračuje přes foramen magnum do dutiny lební a při spodním kraji mostu vzniká spojením levé a pravé tepny a. basilaris (Elišková, 2009).

Z tepny **a. basilaris** odstupují aa. pontis, jež zásobují Varolův most, a. labyrinthi, která se podílí na výživě vnitřního ucha a a. cerebelli inferior anterior s a. cerebelli superior, které zásobují příslušné části mozečku. A. cerebri posterior větvení zakončuje a vydává při cestě řadu menších tepen, zásobující thalamus, hypothalamus, mezencephalon a capsula interna (Elišková, 2009; Čihák, 2004).

**A. carotis interna** odstupuje z a. carotis communis, začíná vřetenovitým rozšířením, nazývaným sinus caroticus. Odtud se vydává do lebky do sulcus caroticus, prostupuje

přes sinus cavernosus a v průběhu této cesty vydává několik větví, ke kterým patří a. ophthalmica a tepny, které zásobují mozek (Elišková, 2009).

**A. cerebri anterior** pravé i levé strany jsou spojeny pomocí ramus communicans ant. Vstupují mezi n. opticus a spodinu mozkovou, kde se kladou do fissura longitudinalis cerebri. Ještě předtím vznikají aa. centrales anteriores, které se starají o zásobování thalamu a hypothalamu. Druhou větví je a. communicans anterior, jež probíhá pod rostrum corporis callosi, po horní ploše corpus callosum až k sulcus parietooccipitalis a zásobuje část frontálního a temenního laloku (Čihák, 2004; Elišková, 2009).

**A. cerebri media** putuje laterálně mezi frontálním a temporálním lalokem ve fissura cerebri lateralis. Na své cestě kříží substantia perforata ant., ke kterým poté vedou aa. centrales anteriores, zásobující přední plochu thalamu, capsula interna a bazálních ganglií. Tyto větve jsou nejčastějším zdrojem krvácení do mozkových hemisfér. Konečné větvení se stará o zásobu kyslíku a živin pro kůru insuly a přilehlou část čelního, temenního a spánkového laloku (Elišková, 2009; Čihák, 2004).

**A. choroidea anterior** se připojuje k tractus opticus a společně s posteriorní větví zásobuje plexus choroideus, který produkuje mozkomíšní mok v mozkových komorách (Čihák, 2004; Ambler, 2011).

## 2.2 Cévní mozková příhoda

*„Světová zdravotnická organizace definuje cévní mozkovou příhodu jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení“ (Herzig, 2008, str. 10).*

CMP je na celém světě jednou z nejčastějších příčin morbidity, mortality, ale také dlouhodobé invalidity. CMP představují významný sociální i ekonomický problém. Náhlá mozková příhoda má mnoho tváří. Může se projevit a odeznít náhle, již po několika minutách. A to buď bez následků, nebo jen s malými následky. Může ale i způsobovat postižení omezující po mnoho měsíců, i roků, může zanechat postižení vyžadující léčebnou péči a konečně může být i smrtelná. CMP se dále označuje jako mozkový iktus, mozková mrtvice, mozkový infarkt či mozková příhoda. K poškození mozkové tkáně dochází z důvodu omezení, či úplného přerušování přítoku krve nebo následkem tepenného krvácení do mozku. Dojde k náhlému selhání funkcí určité části mozku, které se nedostává dostatek živin a kyslíku (Kalita, 2006; Herzig, 2008).

## 2.3 Klasifikace cévních mozkových příhod

### 2.3.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemické cévní mozkové příhody (dále jen ICMP) jsou častějším typem iktů, představují 80-85% ze všech akutních cévních mozkových příhod. ICMP vzniká bloádou krevní sraženinou, zúžením přívodné mozkové tepny nebo tepen, emboly uvolněnými ze srdce či z extrakraniální tepny. Lidé, starší 65 let, mohou mít bloádu nebo zúžení tepny způsobené aterosklerózou. Ateroskleróza je příčinou ischemického iktu

až u 2/3 pacientů s CMP. Podle časového průběhu se ICMP dělí na tranzitorní ischemickou poruchu (TIA), progredující, vyvíjející příhodu a dokončenou ischemickou příhodu. TIA je přechodná ischemická příhoda, kdy dochází k cerebrální dysfunkci cévní etiologie trvající několik sekund, minut až hodin, kompletně odeznívající nejpozději

do 24 hodin. U vyvíjejícího iktu dochází k subakutnímu narůstání poruchy funkce bez stabilizace v posledních 24 hodinách. Dokončený iktus je chronickým stavem bez vývoje v posledních 24 hodinách (Feigin, 2007; Kalita, 2006; Herzig, 2008).

### 2.3.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Akutní hemoragické CMP zastupují 10 – 15% ze všech akutních iktů. Jsou spojeny s vyšší úmrtností a morbiditou. Příčinou krvácení z tepny uvnitř lebky je obvykle prasknutí tepenné výdutě, aneuryzmatu, nebo antikoagulační terapií nebo určitými onemocněními, která způsobují ztenčení, ztvrdnutí a lomivost stěny tepen, jako je hypertenze a amyloidové poškození cév. Většinou se jedná o rupturu jedné tepny. Tento proces vzniká jednorázově nebo přetrvává hodiny až dny. Příznaky hemoragické CMP jsou závislé na velikosti a lokalizaci ruptury. Vznik hemoragické cévní mozkové příhody může vzniknout kdekoli v oblasti mozku. Jsou místa, kde krvácení vzniká nejčastěji

a to krvácení do bazálních ganglií, do vnitřního pouzdra, thalamu, do některého z mozkových laloků, do mozkového kmene a mozečku. Hemoragické CMP se dělí na intracerebrální hemoragie (ICH) a subarachnoidální hemoragie (SAH). **Intracerebrální hemoragie** je příčinou ruptury cévní stěny mozkové tepny s provalením krve do mozkové tkáně. Je častější než subarachnoidální krvácení. Nejvíce

příhod vznikají při činnosti, malé procento při spánku. Prvotním příznakem hemoragické CMP je silná bolest hlavy, zvracení, hypertenze, postupný rozvoj neurologického deficitu (Feigin, 2007; Kalita, 2006; Kalina, 2008).

## 2.4 Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou buď ovlivnitelné či neovlivnitelné. Ovlivnitelné rizikové faktory mohou být regulovány nebo i zcela eliminovány, a to léčebnými prostředky či změnou životního stylu. Neovlivnitelné rizikové faktory jsou věk, pohlaví, dědičné dispozice a rasový původ. Faktory se vzájemně ovlivňují (Feigin, 2007).

**Ovlivnitelné rizikové faktory** jsou *hypertenze*, kdy je krevní tlak 140/90 mmHg a více, který zvyšuje významně riziko vzniku CMP. Správná léčba je nejvýznamnější a nejúčinnější primární prevencí. Příznivých hodnot krevního tlaku docílíme úpravou životního stylu či pomocí farmakologických přípravků. *Onemocnění srdce* je významným ovlivnitelným rizikovým faktorem, kdy nejčastější je výskyt síňové fibrilace, dále onemocnění chlopní, hypertrofie levé síně, otevřené foramen ovale, aneurysma síňového septa, ischemická choroba srdeční a infarkt myokardu. V léčbě a prevenci iktu se proto doporučuje podávat orální antikoagulantia, protideštičkové léky a hypolipidemika. *Diabetes mellitus* je hlavním rizikovým faktorem všech kardiovaskulárních onemocnění. Chronická hyperglykemie způsobuje dysfunkci endotelu a hladkého svalstva cév a dochází k poruchám funkce destiček a koagulace. Nekompensovaná chronická hyperglykemie je přímo úměrná riziku vzniku iktu. Důležitá je kontrola kompenzace diabetu. *Transitorní ischemická ataka (TIA)* je závažným rizikovým faktorem, je předzvěstí nebo projevem ICMP. *Kouření* až zdvojnásobuje riziko vzniku CMP. Je nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik subarachnoidálního krvácení. Škodlivé je i pasivní kouření. Další negativní účinek kouření je zvýšení krevního tlaku, zvýšení krevní srážlivosti a podpora agregace trombocytů. Doporučuje se přestat kouřit u všech současných kuřáků a pokud možno se pohybovat v prostředí, kde se nekouří. *Alkohol* je rizikový faktor, který také zvyšuje riziko vzniku CMP, kdy se uvádí užívání 60g/den alkoholu a více. Nadměrné užívání alkoholu podporuje hypertenzi, poruchy srdečního rytmu, snižují mozkovou perfúzi a průtok krve mozkem. Doporučuje se konzumovat alkohol maximálně 2 drinky/den u mužů 1 drink/den u žen. *Životní styl* může zvýšit riziko vzniku iktu. Riziková je fyzická nečinnost, obezita, nevhodné stravování a stres. Doporučuje se pravidelné

středně intenzivní cvičení trávající 30 minut a déle 3x až 4x v týdnu. Obezita je definována jako nadváha, kdy Body mass index (BMI) převyšil hodnotu 25. Rizikovější je typ obezity centrální, neboli abdominální, doporučuje se tedy redukce hmotnosti. Nevhodná dieta znamená například vysoký příjem soli. Snížení spotřeby soli průkazně snižuje zvýšený krevní tlak a úmrtnost na iktus. Doporučuje se konzumovat ovoce a zeleninu 5x denně. Emoční reakce, osobní problémy, pracovní stres vedou k extrémní sympatické aktivaci. To se projeví zvýšením krevního tlaku či tepové frekvence. *Hypercholesterolemie* je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů předčasné manifestace aterosklerózy. Léčba hypercholesterolemie snižuje riziko CMP. *Abúzus návykových látek* je velký sociální problém. Nejvýznamnější droga, spojovaná s iktem, je kokain, dále i heroin, amfetamin, LSD, marihuana a halucinogeny (Spence, 2008; Kalvach, 2010).

**Neovlivitelné rizikové faktory** jsou *věk, pohlaví*, kdy je u mužů ve středním a časném starším věku incidence iktů vyšší než u žen, po osmdesátém roce života se incidence iktů vyrovnává u obou pohlaví. U hemoragické CMP postihuje SAH více mužů v mladším věku (kolem 40 let), než ženy. Ve vyšším věku (nad 50 let) je častější výskyt u žen. *Genetická zátěž* je dalším neovlivitelným rizikovým faktorem, kdy se podílí na vzniku iktu jak genetické faktory vrozené, tak i získané v průběhu života výchovou a životním stylem. Rozdíly v *rase* byly nejvíce studovány v USA, kdy se zjistilo, že častěji je postižena iktem a hemoragií černošská populace z chudých čtvrtí, než bílá populace (Kalvach, 2010).

## 2.5 Klinický obraz

CMP se projevuje náhlými neurologickými příznaky. Klinický obraz je variabilní, záleží na lokalizaci poškození. Nejčastější příznaky ICMP, s kterými se setkáváme, jsou částečná porucha hybnosti končetin, úplná porucha hybnosti končetin, typický nález je zhoršení nebo úplná ztráta hybnosti na jedné polovině těla, porucha čítí, porucha řeči, neschopnost číst, neschopnost psát, neschopnost počítat, poruchy zraku, poruchy mikce, poruchy polykání, poruchy chování (neklid, zmatenost, apatie), porucha paměti, poruchy vědomí (somnia, sopor, koma), opomíjení místa či jedné části těla, neglect syndrom (Lacman a kol., 2011; Herzig, 2008).

### Typické příznaky u ICMP dle postižené tepny

Uzávěr jedné větve *arteria cerebri anterior* se u lidí projevuje kontralaterálně zhoršenou hybností těla s převahou na dolní končetině. Oboustranné postižení arterie se projevuje zhoršenou pohyblivostí obou dolních končetin, horní končetiny jsou poškozeny minimálně. Postižení levé větve se projevuje poruchami chování (apatie, abulie) nebo ztrátou zábran, motorickou afázií (namáhavě tvořená řeč) a ideomotorickou apraxií (pacient si naplánuje akci, ale neprovede správně). Postižení vpravo se projevuje motorickým nebo prostorovým neglect syndromem a poruchami chování (Mádlová, 2013; Kantůrková, 2014; Kalita, 2006).

Náhlý uzávěr *arteria carotis interna* končí převážně smrtí, přeživší jsou postiženi těžkou invaliditou. Pokud je uzávěr pozvolný, může být i bez příznaků. Pokud jsou přítomny příznaky, jsou zde kontralaterální poruchy hybnosti a čítí. Když je postižena dominantní hemisféra, je přítomna porucha řeči. Při poruše nedominantní hemisféry je přítomna dezorientace v prostoru, apraxie a neglect syndrom (Kantůrková, 2014; Kalita, 2006).

*Arteria ophthalmica*, která je první větví arteria carotis interna, zásobuje sítnici. Uzávěru této tepny většinou předchází její embolizace, která vede k přechodné ztrátě zraku. *Arteria cerebri media*, která je hlavní větví arteria carotis interna, zásobuje parietální a temporální lalok a část frontálního laloku. Prochází zde motorická a senzitivní dráha. Záleží zde na rozsahu postižení tepny. Je zde minimální možnost kolaterálního oběhu. Příznaky postižení jsou zhoršená pohyblivost nebo úplná ztráta hybnosti na jedné polovině těla, centrální postižení lícního nervu, hemisenzitivní defekty, poruchy zorného pole a pohledové obrny ke druhé straně. Léze v oblasti dominance vede k poruchám řeči, léze na druhé straně vede k poruchám prostorového vnímání. Oči a hlava jsou stočeny ke straně léze (Mádlová, 2013; Kantůrková, 2014; Kalita, 2006).

Důsledkem uzávěru *arteria cerebri posterior* je kontralaterální výpadek zorného pole, snížení či ztráta citlivosti, snížená hybnost končetin na jedné polovině těla. U postižení dominantní hemisféry je přítomna ztráta či porucha řeči, neschopnost čtení, psaní a počítání (Kantůrková, 2014).

Ischemické změny *arteria basilaris* jsou velmi často spíše přechodné, které se projevují závratěmi a poruchami rovnováhy. Vzácně může dojít k uzávěru tepny, kdy dochází ke spastické úplné ztrátě hybnosti všech končetin. Je zde postiženo mnoho nervů, což vede k poruchám polykání a výslovnosti. Dalším příznakem může být obrna měkkého patra, škytavka, porucha citlivosti na algický či termický podnět v oblasti obličeje, poruchy oko-hybné inervace. Může následovat porucha vědomí až smrt (Kalita, 2010; Kantůrková, 2014).

**Typické příznaky u hemoragické CMP** jsou bolest hlavy, orbitální bolest, bolest šíje, nauzea, zvracení a křeče. Alterace vědomí je projevem rychlého stoupaní nitrolebního tlaku. U SAH se může dále vyskytovat subfebrilie až febrilie, hypertenze a hemoragie ve sklivci (Kalita, 2006; Seidl, Obenberger, 2004).

## 2.6 Diagnostické postupy

U akutní ICMP je doporučený urgentní příjem. Důležité je správné odebrání anamnézy, a to osobní, alergologické a farmakologické. Další je důležité fyzikální a neurologické vyšetření, musíme monitorovat vitální funkce. Nejdůležitější pro stanovení diagnózy je počítačová tomografie mozku (CT), což je základní rentgenová diagnostická metoda, která rozlišuje ICMP od hemoragické CMP. Pacient by měl být lačný. Může se také použít perfúzní CT (PCT), což je CT vyšetření s použitím kontrastní látky, které charakterizuje stav mozkové perfúze. Dále se používá CT angiografie (CTA), invazivní zobrazovací metoda, kdy u této vyšetřovací metody dochází k zobrazení uzávěru tepny. Příprava sestry spočívá v zajištění pacienta, monitorace pacienta, zajištění dvou žilních vstupů, eventuálně dle lékaře zavedení permanentního močového katétru, oholení třísel, eventuálně podání Actilyse. Sestra iktové jednotky předá pacienta sestře ARO (anesteziologickoresuscitační oddělení). Anesteziolog převezme pacienta od neurologa. Většinou se nabodne stehenní tepna v třísele, do které se vstříkne kontrastní látka jehlou nebo cévkou (Kalita, 2006).

Po vyšetření je důležitý klid pacienta na lůžku, sledování pacienta a zatížení místa vpichu sáčkem s pískem asi na 6 hodin pro zamezení krvácení. Nasazení ortézy, která zabrání skrčení dolní končetiny asi na 12 hodin. Magnetická rezonance (MR) je vysoce senzitivní, uplatňuje se v diagnostice CMP mnohem méně než CT z důvodu horší dostupnosti, delší doby vyšetření a nutnosti bezproblémové spolupráce pacienta. MR



nezatěžuje pacienta zářením a nemůže být prováděna u nemocných s kardiostimulátory a s kovovými implantáty. Důležité je biochemické laboratorní vyšetření (Na, K, Cl, jaterní enzymy, glykemie, urea, kreatinin, osmolalita, CRP (C-reaktivní protein), hematologické vyšetření aPTT (activated partial thromboplastin time), INR (international ratio), krevní obraz, astrup. Dále se provádí další klinická vyšetření, jako je elektrokardiografie (EKG), elektroencefalografie (EEG), RTG srdce, plic. Ke stanovení neurologického deficitu se používá škála NIHSS (viz příloha 1), která umožňuje stanovit závažnost neurologického deficitu a tím pomáhá zvolit správný terapeutický postup u pacienta (Kalita, 2006).

U hemoragické CMP je hlavní diagnostickou metodou CT, nebo MR. Při podezření na SAH a negativním snímku CT se provádí lumbální punkce. K zjištění zdroje krvácení se provádí mozková CT arteriografie (CTAg) a digitální subtrakční arteriografie (DSA) (Kalita, 2006; Seidl, Obenberger, 2004).

## 2.7 Léčba ICMP

Jediná účinná kauzální léčba je pokus o rekanalizaci. Nejčastěji se využívá **Intravenózní trombolýza (IVT)**. V České republice se používá od roku 2003. Je použit rekombinantní tkáňový aktivátor plasminogenu (tPA), který je podán intravenózně v dávce 0,9 mg/kg a to do maximální dávky 90 mg, 10% bolusově, zbytek do 60 minut. Je doporučeno podat intravenózní trombolýzu co nejrychleji, do 4,5 hodiny od začátku symptomů.

Pacient

by měl mít krevní tlak pod 185/110 mmHg. Žádoucí hodnota glykemie je od 2,7 do 22,2 mol/l. INR hodnota je zapotřebí pod 1,7. Účinnost je prokázána dle studií NINDS, SITS-MOST. **Intraarteriální trombolýza (IAT)** je indikována u léčby uzávěru arterií. V České republice je k IVT a k IAT používána Actilyse (fibrin selektivní humánní protein). V současnosti je považována za velmi účinnou léčbu **kombinovaná trombolýza**. U této léčby je podání trombololytika spojeno s angiografickým vyšetřením, kde je lokální endovaskulární intervencí mechanická embolektomie. Po výkonu sestry z AG volají sestry z iktové jednotky. Provádí se kontrolní CT a kontroluje se místo vpichu v tříse, možné krvácení a pulzace. **Mechanická rekanalizace** se používá u pacientů, kde je kontraindikována IVT nebo

u pacientů, u kterých IVT nebyla úspěšná. Provádí se mechanické rozrušení trombu. Trombus je z tepny odstraněn speciálním instrumentáři, nazývaným Merci Retrieval, jehož účinnost byla sledována studií MERCI. Může se použít **angioplastika se zavedením stentu**. Úspěšné je použití stentu Solitare (Lacman a kol., 2011).

Po TIA, při negativním CTA, po terapeutickém okně je indikací konzervativní léčba, antiagregace v akutním stadiu ICMP. Podává se pacientovi Kardegic intravenózně.

## 2.8 Komplikace léčby

Nejzávažnější komplikace léčby je krvácení. Další komplikací může být intenzivní podráždění, poškození cévní stěny s rozvojem vazospasmů, trombóza u mechanických metod. V současné době diagnostické a léčebné postupy významně zlepšily prognózu pacientů. Problémem je, že málo pacientů má přístup k této léčbě nebo už je nedostatek času k zahájení léčby. K těmto komplikacím přispívá špatná informovanost nemocných a jejich okolí a problémy v organizaci (Lacman a kol., 2011).

## 2.9 Prevence

Cílem **primární prevence** je zamezit vzniku CMP. Tohoto cíle můžeme dosáhnout ovlivňováním známých rizikových faktorů. Cílem **sekundární prevence** je zamezit opětovnému vzniku CMP.

### 2.9.1 Medikamentózní prevence

#### Léky působící na krevní destičky

Nejčastěji je používána Acetylsalicylová kyselina (Aspirin, Anopyrin), lék s protideštičkovým působením, který je standardem sekundární léčby. Užívá se u infarktu myokardu v primární prevenci a jako prevence recidivy u ICMP/TIA. Clopidogrel (Plavix) je bezpečnější a účinnější varianta než Ticlopidin. Může být i lékem první volby v sekundární prevenci u ICMP, IM. Ticlopidinhydrochlorid (Ticlopidin) inhibuje adenosindifosfát (ADP), který je nutný k aktivaci a agregaci krevních destiček. Indobufen je inhibitor agregace destiček. Zabraňuje aktivaci destiček

a předchází tvorbě trombů. Užívá se v sekundární prevenci u TIA a u nefatálních CMP (Kalita, 2006).

### **Antikoagulancia**

Nejvíce užívaným antikoagulanciem je Warfarin, často je indikován nízkomolekulární heparin (Clexane) a Heparin. Modernější perorální antikoagulancium je Pradaxa, Xarelto. Antikoagulační léčba je v sekundární prevenci účinnější než protidestičková léčba,

ale s větším rizikem krvácení. Podání antikoagulancia se řídí podle hodnot INR. (Kalita, 2006).

### **Antihypertenziva**

Arteriální hypertenze je nejvýznamnějším rizikovým faktorem ischemického i hemoragického iktu. Antihypertenzivní léčba je základem v sekundární prevenci. Vráblík řekl, že „*Ve všech klinických studiích s antihypertenzivy bylo snížení krevního tlaku spojeno s poklesem výskytu i mortality na CMP.*“ K dosažení optimálního krevního tlaku je většinou zapotřebí kombinace antihypertenziv. Přestože léčba arteriální hypertenze přispívá ke snížení rizika iktu, musí být součástí komplexní péče, která směřuje k ovlivnění všech přítomných rizik. Základní skupiny antihypertenziv jsou ACEI (inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu),  $\beta$ -blokátory, Diuretika, Blokátory kalciových kanálů (Vráblík, 2010, str. 281).

#### **2.9.2 Chirurgická prevence**

Chirurgické výkony na tepnách – Karotická endarterektomie (CEA) či zavedení stentu do zúženého průsvitu tepny.

## **2.10 Péče o pacienta s ICMP**

### **2.10.1 Neodkladná přednemocniční péče**

Je-li podezření na akutní CMP, měla by se urgentně zavolat rychlá zdravotnická záchranná služba. Neodkladná přednemocniční péče je zahájena voláním na linku 155. Začíná činnost operačního střediska záchranné služby a činnost posádky záchranné služby. Nejdříve je kontaktováno operační středisko zdravotnické záchranné služby

(ZZS). Operátor vyhodnotí tísňové volání a zjistí od volajícího adresu postiženého, jméno, věk a příznaky postižení. Pro volajícího je to stresová situace a zkušený operátor musí pokládat otázky, aby zjistil potřebné informace. Podle získaných informací stanoví operátor pravděpodobnou diagnózu a rozhodne, jakou posádku vyšle do výjezdu. Pokud je postižený v bezvědomí, trpí poruchami dýchání s nově vzniklou jednostrannou slabostí, ochrnutím, má pokles ústního koutku a má poruchu řeči, operátor vyšle posádku rychlé lékařské pomoci (lékař, sestra specialista či zdravotnický záchranář, řidič záchranář) nebo rendez vous (lékař, zdravotnický záchranář). Pacientovi s recidivou CMP, který je při vědomí a nemá potíže s dýcháním, je poslána rychlá zdravotnická pomoc - sestra specialista nebo zdravotnický záchranář, řidič záchranář (Kantůrková, 2014).

Při příjezdu ZZS k pacientovi je důležité zjistit příznaky a čas jejich vzniku, nejlépe od svědka. Dále se zjišťuje osobní anamnéza, farmakologická anamnéza a alergie u pacienta. Je důležité zaznamenat kontakt svědka příhody, kontakt na rodinu a zjistit jméno na obvodního lékaře postiženého, který může poskytnout další informace o pacientovi. Posádka ZZS provádí vyšetření a zajištění vitálních funkcí (krevní tlak, puls, frekvence dýchání, tělesná teplota, saturace kyslíkem, glykémie). Posádka provede fyzikální vyšetření, vyloučí poranění hlavy a krku, provede neurologické vyšetření, posoudí stav vědomí, vyšetří oči, řeč, pohyblivost a citlivost končetin. Posádka zajistí periferní žilní katétr, nejlépe kanylu č. 18, která je žádoucí CT pracovištěm, z důvodu možné diagnostiky pomocí kontrastní látky. Dále posádka zajistí infuzní terapii krystaloidním roztokem (fyziologický roztok 1/1), je-li potřeba, zajistí dýchací cesty intubací s umělou plicní ventilací, eliminuje riziko zvracení a monitoruje neustále fyziologické funkce (Kantůrková, 2014; Dobiáš, 2012).

### **2.10.2 Nemocniční péče v akutní fázi**

Každý pacient, i s mírnými příznaky, se počítá jako kriticky nemocný. Pacienti s podezřením na akutní CMP by měli být přivezeni do nemocnice, kde je součástí iktová jednotka nebo iktový tým. Posádka ZZS kontaktuje přes operační středisko lékaře iktové jednotky. Záchranář předá lékaři iktové jednotky důležité informace o pacientovi, jeho identifikační údaje, aktuální stav pacienta, od kdy tento stav trvá, údaje osobní a farmakologické anamnézy, výsledek neurologického vyšetření a hodnoty fyziologických funkcí. Pokud pacient má hypertenzi, lékař iktové jednotky udává

způsob její korekce po telefonu. Podle informací od záchranáře lékař poté rozhodne, kam pacienta posádka doveze - ARO, Iktové centrum, CT pracoviště (Kantůrková, 2014)

Anesteziologickoresuscitační oddělení (ARO) poskytuje anesteziologickou a resuscitační péči nemocným s náhlým selháním jedné či více vitálních funkcí (vědomí, dýchání, oběh). Iktová centra poskytují pacientovi základní stupeň intenzivní péče, zajišťují diagnostickou a akutní péči, včetně intravenózní trombolýzy. Pokud pacient není umístěn na oddělení ARO, sloužící lékař iktové jednotky informuje sloužící všeobecné sestry o brzkém akutním příjmu. Všeobecné sestry se mohou připravit a očekávat příjezd pacienta a tím přispívají k rychlé efektivní léčbě pacienta (Dobiáš, 2012; Kantůrková, 2014).

Po příjezdu pacienta všeobecná sestra ihned posoudí vitální funkce pacienta. Všeobecná sestra sleduje, zda má pacient volné, čisté dýchací cesty, změří krevní tlak, puls, dechovou frekvenci, saturaci kyslíkem. Je-li potřeba, dá se pacientovi kyslík maskou. Při akutní respirační insuficienci lékař s pomocí všeobecné sestry zajistí dýchací cesty intubací s ventilací. Sestra zajistí dva žilní vstupy a infuzní terapii. Dle lékaře se zavede pacientovi permanentní močový katétr. Provede se odběr krevních vzorků na krevní obraz s diferenciálem, biochemické hodnoty, testy jaterních a renálních funkcí, testy krevní srážlivosti. Natočí se 12 - ti svodové EKG (Dobiáš, 2012).

Pacient by měl co nejdříve podstoupit zobrazovací vyšetření, a to CT, aby se stanovila diagnostika onemocnění a provedla se odpovídající léčba. Neurolog ve spolupráci s radiologem se rozhodne, jak bude léčit pacienta. Terapie v akutním stadiu se odvíjí od typu CMP, jeho lokalizace, rozsahu léze, příčiny a doby, kdy je zahájena léčba nemocného. Pokud lékař chce podat pacientovi intravenózní trombolýzu, hodnota krevního tlaku musí být pod 180/110 mmHg. Krevní tlak vyšší je kontraindikací pro provedení fibrinolytické terapie. Při potřebě snižování krevního tlaku všeobecná sestra ředí antihypertenziva a aplikuje intravenózně kontinuálně pomocí injekčního dávkovače do žádoucí hodnoty krevního tlaku dle ordinace lékaře. Aktuální krevní tlak všeobecná sestra neustále hlásí lékaři, který podle výsledků koagulace a krevního tlaku zahájí léčbu trombolýzou (Ambler, 2011).

Pacienta vezme dle lékaře na angiografii i s probíhající trombolýzou. Někdy ZZS pacienta vezou rovnou na CT vyšetření a následně na AG, kam se dostaví iktový tým.

Všeobecné sestry z iktové jednotky vezmou pohotovostní tašku (Rescue Bag) s potřebným materiálem, léky a ortézu, která se přikládá po Angiografii na DK. V léčbě iktu hraje roli čas. Důležitá je souhra sester a lékařů, kdy je snaha o co nejrychlejší zahájení léčby. Po výkonu následuje kontrolní CT. Pacient schopen spontánní ventilace je odvezen na iktovou jednotku. Pacient s endotracheální intubací je odvezen na oddělení ARO nebo na Neurochirurgii JIP, kde pokračuje ventilování pacienta. Dále se často provádí neurologické vyšetření k posouzení vývoje dysfunkce. Sleduje se, jestli se nezhoršují motorické funkce a vědomí. Vyhodnocení vědomí se provádí dle škály, která se nazývá Glasgow Coma Scale (příloha č. 2). Všeobecná sestra se ptá pacienta na jednoduché otázky, aby stanovila, jak je pacient schopen odpovídat. Dále by sestra měla zjistit informace od pacienta, nebo vyslechnout nějakého svědka. Sestra vyplní ošetřovatelskou anamnézu. Je také zapotřebí vyplnění informovaného souhlasu s hospitalizací. Pokud je pacient při plném vědomí a orientován, odpovídá na otázky všeobecné sestry a podepíše se na informovaný souhlas. Když má pacient postiženou HK, kterou se podepisuje, je vyplněn informovaný souhlas se svědkem. Pacient, který není schopen odpovídat na otázky sestry z důvodu bezvědomí nebo zhoršeného vědomí, je hlášen na soud do 24h od hospitalizace (Ambler, 2011).

Po všech akutních vyšetřeních a léčbě všeobecná sestra sleduje a zaznamenává fyziologické funkce, stav vědomí, hybnost, podává léky dle ordinace lékaře, zaznamenává bilanci tekutin, polohuje a všímá si změn či zhoršení stavu, které neprodleně hlásí lékaři, provádí odběry biologického materiálu a stará se celkově o biopsychosociální potřeby pacienta. Pro pacienta je důležitý brzký kontakt s rodinou. Sestra vyslechne pacienta a obstará kontakt na rodinu. Pro pacienta je hospitalizace stresová událost a sestra se snaží strach, úzkost eliminovat. Důležité je, aby pacient neměl bolesti. Sestra se často ptá pacienta, zda nemá bolesti. K hodnocení bolesti se používá škála, která se nazývá VAS (příloha č. 3) (Kalita, 2006).

### **2.10.3 Následná ošetřovatelská péče**

Po akutní fázi na iktové jednotce pokračuje péče o pacienta na neurologickém oddělení, rehabilitačním oddělení nebo na oddělení následné péče (ONP).

Po akutní péči je neméně důležitá následná ošetřovatelská a rehabilitační péče. Neurolog úzce spolupracuje s lékaři dalších odborností a to s kardiologem,

rehabilitačním pracovníkem, fyzioterapeutem, logopedem. Asi třetina pacientů se z iktu plně zotaví. Většina pacientů ale potřebuje důležitou komplexní péči, která zahrnuje sekundární prevenci, léčbu psychických, motorických a kognitivních následků CMP (Kalita, 2006; Feigin, 2007).

### **Potřeba výživy u pacienta po CMP z pohledu ošetrovatelské péče**

Vyvážená strava, která obsahuje dostatečné množství živin, minerálních látek, stopových prvků je jednou ze základních podmínek existence lidského organismu. U nemocného člověka toto tvrzení platí dvojnásobně (Zatloukalová, 2011).

Pacienti po CMP jsou často ohroženi malnutricí a poruchou hydratace. Je to důsledkem odpovědi organismu na stres, kdy dochází k zvýšené energetické spotřebě, katabolismu proteinů a tím k hyperglykemii. Pacient s malnutricí je vystaven špatnému hojení ran, je ohrožen infekcí a dochází k snadnějšímu vzniku proleženin. Cílem zdravotnického týmu je optimální výživa a hydratace pacienta. Někdy to je nelehký úkol, z důvodu špatného stavu pacienta a nemožnosti polykání (dysfagie). K posouzení stavu polykání se používá screening dysfagie. Na iktové jednotce a standardním oddělení se používá screeningové vyšetření schopnosti polykání GUSS (příloha č. 4). Léčbu dysfagie provádí logoped, který dochází za pacientem. Logopedická terapie je indikována ošetřujícím lékařem pacienta. Logoped provádí bazální stimulaci, která pomáhá stimulovat polykání u pacienta. Logoped spolupracuje se sestrami a rodinou pacienta, k dosažení komplexní péče u pacienta (Kalita, 2006; Kapounová, 2007).

Poruchy polykání u nemocných s CMP představují závažný problém. Pro zachování přirozené funkce střeva je dobré co nejrychleji podávat výživu enterálně. Všeobecná sestra nejdříve zkouší u pacienta podávat tekutiny po lžičkách, eventuálně zahuštěné tekutiny. Pokud pacient polyká alespoň tekutou stravu, můžeme poskytnout tekuté přípravky obsahující extra živiny (sipping). U pacientů, kteří jsou v bezvědomí či mají úplnou poruchu polykání, se podává umělá enterální výživa. K tomu, aby se mohla podávat enterální výživa, je zapotřebí zavést pacientovi nasogastrickou sondu (NGS),

což je výživová sonda, dlouhá více než 100 cm, z nezávadného měkčeného materiálu (silikon, polyuretan), která se zavádí nosním průchodem, přes nosohltan a jícen do žaludku. Slouží ke krátkodobému, maximálně 6 týdnů trvajícím podávání umělé výživy. Dle ordinace lékaře sestry podávají různý typ výživy, kontrolují místo zavedení a reziduum ze sondy. Vše zapisují do dokumentace. Úkolem všeobecné sestry je hygienická péče, kontrola správného zavedení sondy, aplikace výživy. Enterální výživa se aplikuje buď kontinuálně či bolusově pomocí enterální pumpy. Před každým podáním výživy sestra musí zkontrolovat reziduum v žaludku. Pacient by měl být při podávání výživy v polosedě. U pacienta také sledujeme odchod plynů a střevní peristaltiku (Kapounová, 2007; Zatloukalová, 2011).

Pokud u pacienta hrozí dlouhodobé podávání enterální výživy, zavádí se perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) nebo jejunostomie (PEJ). PEG je metoda umožňující enterální výživu nemocným, a to dostatečně silnou sondou vedoucí přímo přes kůži a břišní stěnu do žaludku. PEG má řadu výhod pro pacienta, jako rehabilitace řeči, nevede k neklidu nemocných, lépe se ošetřuje, může být zavedena měsíce až roky. Do PEJ je nutné podávat průmyslově vyráběnou sterilní stravu a přistupovat asepticky. Je zde nutné kontinuální podávání výživy kapénkovou infuzí (Kapounová, 2007; Zatloukalová, 2011).

### **Hygienická péče**

Hygienická péče je důležitou součástí ošetrovatelské péče, která pomáhá v prevenci vzniku infekce a dekubitů. Hygienická péče se provádí minimálně jednou denně a dále dle potřeby. Dle soběstačnosti pacienta přizpůsobujeme postup. Soběstačnost pacienta se posuzuje dle Barthelova testu všedních činností (ADL), (příloha č. 5). Zvláštní péči věnujeme genitáliím, okolí kolem vstupu permanentního močového katétru, okolí konečníku. Obzvláště důležitá je hygiena dutiny ústní. Provádíme ji minimálně dvakrát denně. U pacientů v bezvědomí či s minimální soběstačností vytíráme dutinu ústní štětičkami Pagavit, nebo namočenými štětičkami ve Stopanginu či glycerinovými tyčinkami (Trachtová a kol., 2013).

### **Polohování**



Pro všechny pacienty, kteří nejsou schopni samostatného pohybu nebo mají poruchy citlivosti či hybnosti, je správné a pravidelné polohování jednou z prvních terapeutických kroků. Správné polohování těla pacienta je velmi důležité. Především u pacientů v akutní fázi CMP se předchází proleženinám, muskulárně skeletálním deformitám, problémům s krevním a lymfatickým oběhem. Polohování také pomáhá podporovat rozpoznání a uvědomění postižené strany (World Health Organization, 2004; Lippertová-Grünerová, 2005).

Polohování pacienta by se mělo provádět v pravidelných intervalech. Dle Světové zdravotnické organizace by se měla poloha pacienta po CMP v akutním stadiu měnit každých 40 minut. To není většinou možné. Všeobecné sestry se snaží polohovat pacienta každé 2 hodiny. Lippertová-Grünerová řekla, že „*Ani nejmodernější antidekubitní matrace nezabrání rozvoji dekubitů, pokud se pacient dobře nepolohuje v pravidelných intervalech*“. Polohování není jen záležitost fyzioterapeutů, ale veškerý personál se musí podílet na správném polohování pacienta. Správné polohování má zásadní vliv na pozdější funkční restituci pacienta. Špatné polohování pacienta vede ke svalovým kontrakturám, ztuhlosti, omezenému rozsahu pohybu. Tyto následky zhoršují invaliditu pacienta s CMP. Je důležitý individuální přístup a přihlídnutí k aktuálnímu stavu pacienta (Kolář, 2009; Lippertová-Grünerová, 2005, str. 80).

### **Základní druhy polohování**

K polohování se používají běžné a speciálně zhotovené polohovací polštáře.

*Poloha na zádech (v supinaci)* se používá často. Tato poloha by se měla používat co nejméně, z důvodu vzniku dekubitů a posílení spasticity. Pod ramena je umístěn polštář, loket a zápěstí jsou narovnaná. Dlaň ruky směřuje dolů, prsty jsou natažené. Ruku je možné také umístit pod hlavu pacienta. Pod koleno a chodidlo vkládáme malý měkký polštář. Zvláštní péči věnujeme rameni, aby se neotočilo směrem dovnitř. Vždy záleží na individuálním postižení pacienta (World Health Organization, 2004; Mádlová, 2013).

*Poloha na boku na nepostižené straně* by se měla využívat kdykoli, je-li to možné. Tato poloha pomáhá zabránit dekubitům a usnadňuje dýchání na postižené straně hrudníku. Postižená ruka je natažená vpřed na polštáři. Postižená dolní končetina je ohnutá

na polštáři. Hlava je podepřena a v rovné linii s trupem (World Health Organization, 2004; Mádlová 2013).

*Poloha na boku na postižené straně* představuje riziko vzniku syndromu „bolestivého ramene“. Důvod tohoto syndromu je přetočení pacienta na postižené rameno. Rameno by mělo být taženo u této polohy vpřed, paže je otočena směrem ven. Loket je napnutý nebo může být ohnutý, kdy ruka je vsunuta pod polštář. Dlaň leží nejvýše. Postižená noha v kyčelním kloubu je natažena, v koleni mírně pokrčena (World Health Organization, 2004; Mádlová, 2013).

*Poloha na břiše (v pronaci)* se v akutní fázi používá minimálně. Starší lidé a lidé se srdečními problémy mají problém v této poloze vytrvat. Tato poloha snižuje tlak na kost křížovou a hrudník. V této poloze je hlava položena k nepostižené straně. Postižená ruka je natažena a zdvižena nahoru vpřed. Nepostižená ruka je ohnuta. Postižená noha je natažená, hleň je položena na polštáři (World Health Organization, 2004; Mádlová, 2013).

Dle stavu pacienta a po akutní péči se dále využívá poloha vsedě na lůžku, posazování s nohama spuštěnými z lůžka, posazování z lůžka na židli, chůze (World Health Organization, 2004).

#### **2.10.4 Komplexní léčebná rehabilitace**

Rehabilitace zahrnuje všechny prostředky, které se snaží zmírnit znevýhodňující a omezující stav pacienta, umožňuje handicapovým osobám a zdravotně postiženým co nejrychlejší resocializaci. Léčebná rehabilitace tvoří několik složek, mezi ně patří léčebná, sociální, pracovní a pedagogická rehabilitace. Jednotlivé oblasti se vzájemně prolínají. Vždy musí jít o kombinované využití prostředků v závislosti na potřebách pacienta a jeho individualitě, na kterém se podílí rehabilitační tým. Do rehabilitačního týmu patří lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, klinický psycholog, sociální pracovník a protetik. Prvními kroky rehabilitace je správné polohování. Brzy by se mělo provádět i pasivní cvičení, což je cvičení bez aktivního zapojení pacienta. Pohyb provádí zdravotnický pracovník nebo přístroj. Cílem je udržení kloubní pohyblivosti a uvolňování spasticity. Po stabilizaci stavu pacienta začínáme mobilizací, nácvikem volní aktivity a dalšími fyzioterapeutickými postupy. (Bar, Chmelová, 2011; Kavková, 2014).

Moderní metoda **Kinestetické mobilizace** je pohybový a komunikační koncept, který podporuje fyziologický pohyb, mobilizuje klouby a svaly pacienta. Je to model práce s klientem, kde se uplatňuje kreativita ošetřujícího personálu. Kinestetika pomáhá ošetřujícímu personálu při ošetřování klientů vykonávat pohyb společně s ním co nejmenší silou. S pacientem se tak manipuluje šetrně. V praxi tento koncept chrání ošetřující personál před přetížením, které se projevuje bolestmi zad (Mißbach, 2008).

## **Fyzioterapeutické metody**

### ***Metoda manželů Bobathových***

Tato metoda je pojmenována podle neurologa Karla a jeho ženy fyzioterapeutky Berty Bobathových. Ve 40. letech 20. století manželé Bobathovi vyvinuli koncept pro diagnostiku a léčbu poruch senzomotorických funkcí. Nejdříve se zaměřovali na léčbu novorozenců a dětí, později svůj koncept rozšířili o terapii dospělých s hemiparézou. Berta Bobathová o konceptu řekla:

*„Jedná se o zcela nový způsob myšlení, pozorování a interpretací toho, co pacient dělá a tomu přizpůsobení našich léčebných postupů – vidět a cítit, co je pro pacienty nezbytné a co mohou dokázat. Neučíme pacienta pohybům, umožníme mu, aby je mohl sám provést“ (Raine a kol., 2009, str. 25).*

Cílem této metody je inhibice spasticity, zlepšení vnímání polohy a pohybu pacienta (Bar, Chmelová, 2011).

Po smrti autorů má tato terapie řadu pokračovatelů. Teoretický rámec konceptu se změnil v přelomu 20. a 21. století v souvislosti s novými poznatky v neurovědě. Na základě individuálního vyšetření pacienta je vytvořen individuální terapeutický plán. Terapeutické techniky jsou facilitační, inhibiční, stimulační. Specifické techniky jsou aplikovány fyzioterapeutem, ergoterapeutem i logopedem. Základem metody je omezení patologických reflexů a abnormálního svalového tonu. Hlavním cílem terapie je, aby paretická strana byla zásobena a drážděna impulsy. Pacient se naučí zařadit do pohybu i paretickou stranu. Je zde kladen důraz na týmovou práci, na motivaci pacienta a na edukaci rodiny (Bar, Chmelová, 2011).

### ***Proprioceptivní neuromuskulární facilitace (periferní nervosvalová facilitace, PNF)***

Autoři této metody jsou Knottová, Vossová a Kabat. Základem této metody je usnadnění pohybu pomocí signalizace z vlastního těla, ze svalových, kloubních a kožních receptorů. PNF využívá aktivní spolupráci pacienta, proto se využívá v akutní fázi minimálně. Hlavním cílem PNF je zlepšení síly a vytrvalosti paretických skupin svalstva. V praxi nabádá terapeut pacienta k pohybu, vede typ pohybu a vede pohyb k definovanému konečnému bodu. Během celého pohybu terapeut klade neustálý odpor proti směru pohybu (Bar, Chmelová 2011; Lippertová-Grünerová, 2005).

### ***Logopedie***

Logopedie je speciální pedagogický obor, který se zabývá lidskou řečí, poruchami řeči, diagnostikou a terapií poruch. U CMP je často vyskytující se příznak porucha řeči. Může se jednat o afázii či dysartrii. Afázie je porucha tvorby řeči nebo neporozumění řeči. Dysartrie znamená poruchu artikulace. Porucha řeči velmi omezuje pacienta v pracovním i sociálním životě. V nemocnici dochází za těmito pacienty logoped, který začíná s terapií co nejdříve. Po propuštění z nemocnice mohou pacienti docházet za logopedem ambulantně. Hlavním cílem je snaha zařadit afatika co nejdříve do společnosti a učinit ho soběstačným (Kolář, 2009; Kalita, 2006; Kavková, 2014; Juříková, 2013).

### ***Ergoterapie***

Ergoterapie je léčebná metoda, která se využívá pro obnovení soběstačnosti, dovednosti a schopností. Jedná se o jakoukoliv činnost, která má potřebnou léčebnou hodnotu. Využívá specifické metody, techniky a postupy s podporou pacienta. Pomocí smysluplného zaměstnávání se snaží zachovat a využít schopnosti postiženého, které jsou důležité pro zvládnutí běžných denních činností. Cílem ergoterapie je duševní pohoda pacienta, zlepšení schopností pro zvládání denních běžných a pracovních činností. U pacientů s ICMP se ergoterapeut zaměřuje na nácvik ADL, kognitivních a sensorických funkcí a na nácvik jemné a hrubé motoriky (Kavková, 2014; Bar, Chmelová, 2011).

### **2.10.5 Následná péče pro pacienty po ICMP**

Péče o pacienta po ICMP je velmi individuální. Z iktové jednotky je pacient po stabilizaci stavu přeložen na neurologické standardní oddělení, kde pokračuje s rehabilitací a ošetrovatelskou péčí. Na neurologickém oddělení je pacient hospitalizován asi 10 dní. Z oddělení neurologie se pacient, který je schopen spolupráce a kde je viditelná potřeba neustálé rehabilitace, překládá na oddělení rehabilitace. Pokud se nelepší zdravotní stav pacienta natolik, aby mohl být propuštěn do domácího léčení, a není schopen spolupráce při rehabilitačních metodách, je nutná další nemocniční péče a pacient je přeložen dle rozhodnutí lékaře na oddělení ONP k dalšímu doléčení. Na ONP dochází fyzioterapeut, který je nepostradatelným článkem mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. Fyzioterapeut je ten, kdo pacienta dobře zná, protože se zapojil do rehabilitace s pacientem již na akutním lůžku v počátku hospitalizace. Fyzioterapeut informuje personál na ONP o tom, které činnosti pacient zvládá a které mu dělají potíže. Ošetrovatelský personál se snaží aktivizovat pacienta. Především se zaměří na běžné denní úkony. Pokud pacient nezvládá něco sám, snaží se ošetrovatelský personál pomoci. Během dne jsou pacientovi nabízeny časopisy, knížky, noviny a sledování televize. Důležitá je častá komunikace s pacientem a jeho rodinou (Jansová, 2009).

### **Komunikace s pacientem po CMP**

Komunikace s pacientem po cévní mozkové příhodě může být velmi obtížná. Odvíjí se od toho, jaká je příčina poruchy komunikace mezi nemocným a jeho blízkým a ošetrojícím personálem. Příčiny, proč se nemůžeme s člověkem po CMP domluvit, jsou, že pacient rozumí sdělení, ale nedokáže se vyjádřit (porucha artikulace), nebo pacient má schopnost komunikace zachovanou, ale nerozumí sdělení a nehovoří k tomu, na co se ho ptáme. Další příčinou je, že člověk není schopen adekvátně hovořit a ani nerozumí obsahu rozhovoru (World Health Organization, 2004; Občanské sdružení klub afázie, 2008).

### **Obecné zásady rozhovoru s pacientem po CMP**

Zásad správné komunikace s pacientem po CMP je několik. Pokud je to možné, je dobré spolupracovat s logopedem. Pro dobrou komunikaci je dobré umět naslouchat, projevit značnou dávkou trpělivosti, empatie, chovat se přirozeně, omezit vnější rušivé

vlivy (hluk, více lidí v místnosti), jednat s respektem, nedávat najevo únavu, netrpělivost, hovořit krátce a používat konkrétní pojmy. Neslibovat, co nemůžeme splnit, nezahlcovat pacienta velkým množstvím informací. Mluvit pomalu a stručně. Přistupovat k nemocnému z postižené strany a dohodnout se na způsobu užívání gest pro ano, ne. Pro komunikaci se může použít i psaná řeč (tužka, papír). Je dobré nebát se říct: „*Promiň, nevím, co jsi mi chtěl říct, zkus to ještě jednou nebo mi to řekni jinak*“ (Občanské sdružení klub afázie, 2008).

### **2.10.6 Domácí péče**

V průběhu hospitalizace je přizván sociální pracovník, který provede sociální šetření. Zjistí od pacienta, od rodiny i od ošetřovatelského týmu pacienta informace, jak pacient fungoval před příhodou, jaký má hendikep momentálně a jaké má doma podmínky pro následnou domácí péči. Sociální pracovník mluví společně s rodinou, pacientem o možnostech následné péče. Každý pacient i rodina je individuální. Sociální pracovník se schází s pacientem a jeho rodinou velmi často, dokud nevyberou nejlepší možnost následné domácí péče. (Kahoun, 2009)

### **Sociální služby**

Sociální služby zahrnují poradenství, sociální péči a služby sociální prevence. Formy poskytování sociálních služeb jsou pobytové, ambulantní nebo terénní. Pro poskytování sociálních služeb se zřizují zařízení: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče. Základními činnostmi pro poskytování sociálních služeb jsou: pomoc v běžných denních úkonech, pomoc v oblasti sebepéče, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, pomoc při uplatňování práv, sociálně terapeutické činnosti (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006).

### **Následná péče**

*Terénní ošetrovatelská péče* (Home care) je pomoc zdravotní. Všeobecná sestra provádí odborné výkony u pacienta v domácím prostředí (odběr biologického materiálu, aplikace injekcí, převazy končetin). Léčbu hradí pojišťovna, kde je pacient zaregistrován. *Terénní sociální péče* – pečovatelská služba, osobní asistence. Pečovatelská služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního onemocnění. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů, pomoc při hygieně, pomoc při stravování, pomoc v zajištění domácnosti. Osobní asistence je terénní služba pro osoby, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje navíc výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv. Pokud se pacient nemůže vrátit do domácí péče z různých důvodů, může se pacient umístit do *Domova pro seniory* a to od 65 let věku. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných denních činností, pomoc při hygieně, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, umožnění kontaktu se společenským prostředím. Další možnost péče je *Dům s pečovatelskou službou (DPS)*, který má bezbariérový přístup a neustále přítomnou pečovatelku. *Denní stacionáře* poskytují ambulantní služby. *Týdenní stacionáře* poskytují navíc ubytování. *Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby osobám, o které je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem služby je umožnit odpočinek pečující fyzické osobě. *Chráněné bydlení* je pobytová služba, která má formu skupinového nebo individuálního bydlení (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006; Pešlová, 2013).

Sociální služby se poskytují bez úhrady nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Podmínkou registrace pro poskytování sociálních služeb je podání písemné žádosti, odborná způsobilost všech pečujících osob, bezúhonnost, zajištění hygienických podmínek, právo k objektu nebo prostorám, zajištění materiálních a technických podmínek. Žádost o registraci obsahuje číslo platebního účtu, datum a místo narození, místo poskytování sociálních služeb, druh poskytovaných sociálních služeb, osoba, pro které je sociální služba určena, časový rozsah a kapacita poskytovaných služeb, finanční zajištění, způsob zajištění zdravotní péče, doklady (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006).

### **Příspěvek na péči**

Příspěvek na péči je sociální dávka určena osobě na zajištění péče, protože již nezvládá všechny životní potřeby, čímž se stává závislou na pomoci jiné fyzické osoby. Na Úřad práce České republiky se doloží tiskopisy, a to žádost o příspěvek na péči, oznámení o poskytovateli pomoci. Současně je dobré podat žádost o Příspěvek na mobilitu a Průkazku výhod. Lékařská posudková služba rozhoduje dle lékařského nálezu a sociálního šetření o stupni příspěvku na péči. Hodnotí se deset základních životních potřeb, pohyblivost, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o své zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Pečovat může rodina, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb (Pešlová, 2013)

Před odchodem z nemocnice také sociální pracovník vybírá s pacientem a jeho rodinou pomůcky, které bude potřebovat v následné péči. Při výběru zdravotních pomůcek lékař napíše žádanku.

### **Příspěvek na pomůcky**

Z Úřadu práce jsou poskytnuty příspěvky na stavební práce spojené s přizpůsobením koupelny a WC, speciální komponenty osobního počítače, nájezdové ližiny, přenosná rampa, stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě, motorové vozidlo a úprava motorového vozidla. Pomůcky nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, ani částečně od 1. 1. 2014. Musí být dostatečná zdravotní indikace. Pomůcky od zdravotní pojišťovny, které lze získat na lékařský předpis jsou obvazový materiál, pomůcky pro inkontinentní, ortopedicko-protetické pomůcky, kompresní punčochy, invalidní vozíky, kompenzační pomůcky pro tělesně postižené. Pojišťovna hradí zdravotnickou pomůcku v základním provedení. Pokud si pojištěnec sám vyžádá u lékaře zdravotnickou pomůcku, která není indikována zdravotní potřebou pacienta, předepisuje lékař s vyznačením „hradí nemocný“. Pro pomoc ve financování nebo v zapůjčení pomůcek mohou pomoci nadace či firmy. Velké množství pomůcek, kde si je mohou pacienti vybrat, slouží veletrhy a výstavy. Při návratu postiženého z nemocnice do doby pořízení pomůcky lze využít půjčovny (Pešlová, 2013).

### **Rekondiční pobyty**



Rekondiční pobyty aktivizují postižené po CMP. Pacienti se snaží naučit jak zlepšit fyzickou a psychickou kondici a jak na sobě cílevědomě pracovat. Pacienti se schází s jinými postiženými pacienty, a tím si předávají vlastní zkušenosti, informace. Zdravotní tým se skládá z lékaře, psychologa, ergoterapeutů, logopedů a fyzioterapeutů. Seznam nabídky rekondičních pobytů lze hledat na internetové adrese: [www.sdruzenicmp.cz](http://www.sdruzenicmp.cz) (Sdružení CMP, 2014).

## **3 Výzkumná část**

### **3.1 Cíle výzkumu**

- 1) Zjistit současný stav návaznosti ošetrovatelské péče orientované na pacienty po cévní mozkové příhodě.
- 2) Zjistit nejčastější obavy pacientů v oblasti sebeděče po cévní mozkové příhodě.
- 3) Zjistit nejčastější obavy pacientů po cévní mozkové příhodě v oblasti vykonávání každodenních činností.
- 4) Zjistit informovanost pacientů po cévní mozkové příhodě o možnostech následné ošetrovatelské péče.
- 5) Vytvoření informačního materiálu pro pacienty po cévní mozkové příhodě o možnostech následné péče

### **3.2 Výzkumné otázky**

- 1) Jaká je kontinuita ošetrovatelské péče od akutního lůžka až do domácího prostředí u pacientů po cévní mozkové příhodě?
- 2) Která z oblastí sebeděče byla nejčastějším zdrojem obav u pacientů po cévní mozkové příhodě?
- 3) Která z každodenních činností byla nejčastějším zdrojem obav u pacientů po cévní mozkové příhodě?
- 4) Měli pacienti po cévní mozkové příhodě informace o možnostech následné péče již před propuštěním ze zdravotnického zařízení?

### **3.3 Výzkumné předpoklady**

- 1) Předpokládám, že u více jak 70 % dotazovaných nebyla narušena kontinuita ošetrovatelské péče od akutní péče do domácího prostředí.
- 2) Předpokládám, že u více jak 20 % dotazovaných bude nejčastějším zdrojem obav po CMP v oblasti sebeděče schopnost udržovat tělesnou hygienu.
- 3) Předpokládám, že u více jak 20 % dotazovaných bude nejčastějším zdrojem obav po CMP v oblasti každodenních činností neschopnost vykonávat své zaměstnání.
- 4) Předpokládám, že u více jak 50 % respondentů bude nedostatečná informovanost o možnostech následné ošetrovatelské péče.

Výzkumné předpoklady jsem si stanovila na základě pilotního výzkumu a odborné literatury.

## 3.4 Metodika výzkumu

### Použití výzkumné metody

Data byla získána výzkumnou metodou – strukturovaným rozhovorem a studiem dokumentace. **Strukturovaný rozhovor** je jedna z technik sběru dat ve výzkumu. Tazatel postupuje otázku podle dotazníku a respondent odpovídá. Následně tazatel zaznamenává odpovědi do záznamového archu.

Data byla získávána telefonickým rozhovorem. Na začátku každého telefonického rozhovoru jsem se představila a seznámila respondenty s tématem bakalářské práce a účelem rozhovoru. V případě souhlasu jsme pokračovali ve vyplňování dotazníku, který obsahoval 25 otázek. Z toho bylo 15 otázek uzavřených a 10 otázek polootevřených, které umožňují respondentovi uvést odpověď dle vlastního uvážení. Žádný z oslovených respondentů rozhovor neodmítl. S ohledem na využití strukturovaného rozhovoru bylo nutné ověření srozumitelnosti otázek a jejich případná oprava. Bylo osloveno 5 respondentů různého pohlaví, věku po prodělané CMP a byli požádáni o zodpovězení otázek. Nikdo z oslovených respondentů neměl výhrady ke srozumitelnosti položených otázek. Otázky v rozhovoru nebyly dále upravovány. Výzkumné předpoklady byly stanoveny na základě provedení vlastního předvýzkumu.

### Studium dokumentace

Pro získání dat za účelem zjištění počtu přijatých pacientů s CMP za rok 2013 a 2014, jsem oslovila vedoucího lékaře iktové jednotky, který mi poskytl dokumentaci pacientů, ze které jsem následně vytvořila souhrnné tabulky, ve kterých je uveden počet přijatých pacientů s CMP, jejich pohlaví, průměrný věk, průměrná délka hospitalizace a případně úmrtí. Na základě souhlasu pacienta a souhlasu vedoucího lékaře iktové jednotky jsem z dokumentace zjistila telefonní čísla pacientů a uskutečnila s těmito pacienty strukturovaný rozhovor.

#### 3.4.1 Charakteristika respondentů

Do základního souboru výzkumu bakalářské práce byli vybráni pacienti různého věku a pohlaví po prodělané cévní mozkové příhodě a to s minimální dobou 3 měsíců od propuštění do domácího prostředí. Výzkum probíhal od 1. 3. – 30. 4. 2015 a v tomto období bylo uskutečněno 50 telefonických rozhovorů s respondenty.

## **Zpracování dat**

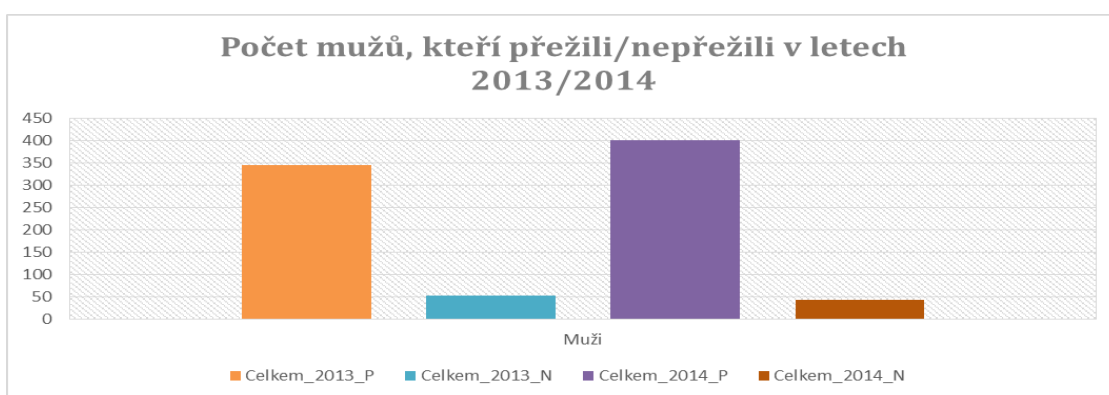
Získané údaje z dotazníků byly zpracovány do tabulek a grafů pomocí programů Microsoft Word a Microsoft Excel. Klíčové otázky vztahující se k cílům byly zhodnoceny pomocí popisné statistiky. Pro usnadnění zpracování odpovědí získaných ze strukturovaného rozhovoru, vztahujících se k jednotlivým výzkumným předpokladům popisnou statistikou, bylo nutné některé otázky kódovat následujícím způsobem, viz příloha č. 6.

### 3.5 Prezentace výsledků získaných studiem dokumentace

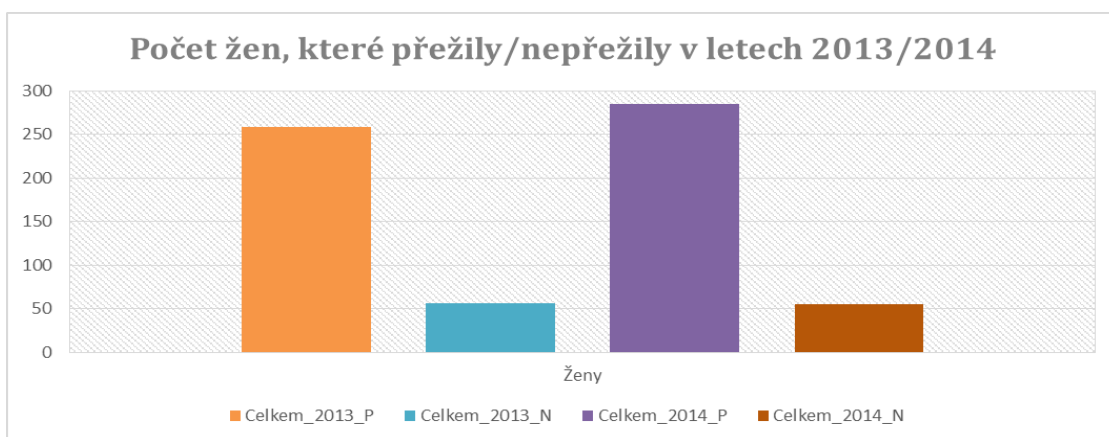
Období od 1. 1. 2013 – 31. 12. 2014

Tabulka 1 - Přehled mužů a žen, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014

	Absolutní četnosti 2013 P	Relativní četnosti v % 2013 P	Absolutní četnosti 2013 N	Relativní četnosti v % 2013 N	Absolutní četnosti 2014 P	Relativní četnosti v % 2014 P	Absolutní četnosti 2014 N	Relativní četnosti v % 2014 N
Muži	344	57%	53	48%	401	58%	44	44%
Ženy	259	43%	57	52%	285	42%	55	56%
<b>Celkem</b>	<b>603</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>686</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>



Graf 1 - Počet mužů, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014

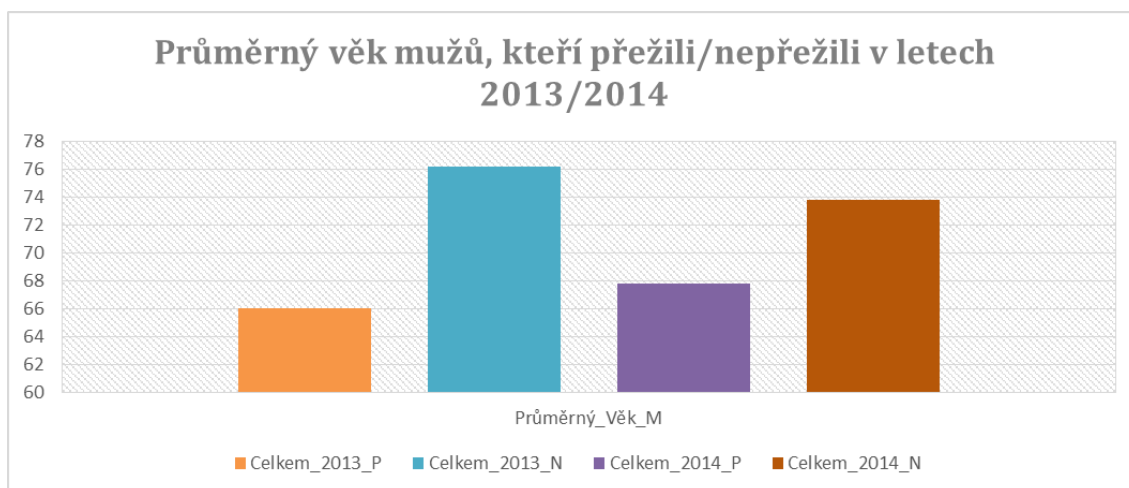


Graf 2 - Počet žen, které přežily/nepřežily CMP v letech 2013 a 2014

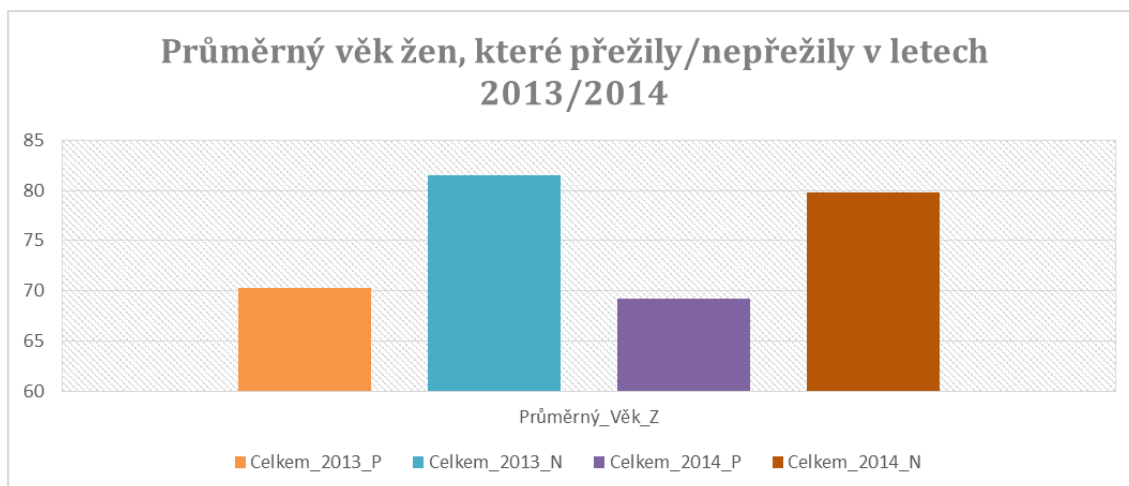
Tabulka a grafy představují počet celkově přijatých mužů a žen s CMP, kteří přežili či nepřežili v roce 2013 a 2014. Za rok 2013 bylo přijato 344 mužů a 259 žen s CMP. Za rok 2014 bylo přijato 401 mužů a 285 žen s CMP.

Tabulka 2 - Průměrný věk mužů a žen, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014

	2013 P ve dnech	2013 N ve dnech	2014 P ve dnech	2014 N ve dnech
Průměrný věk M	66	76	68	74
Průměrný věk Z	70	82	69	80



Graf 3 - Průměrný věk mužů, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014

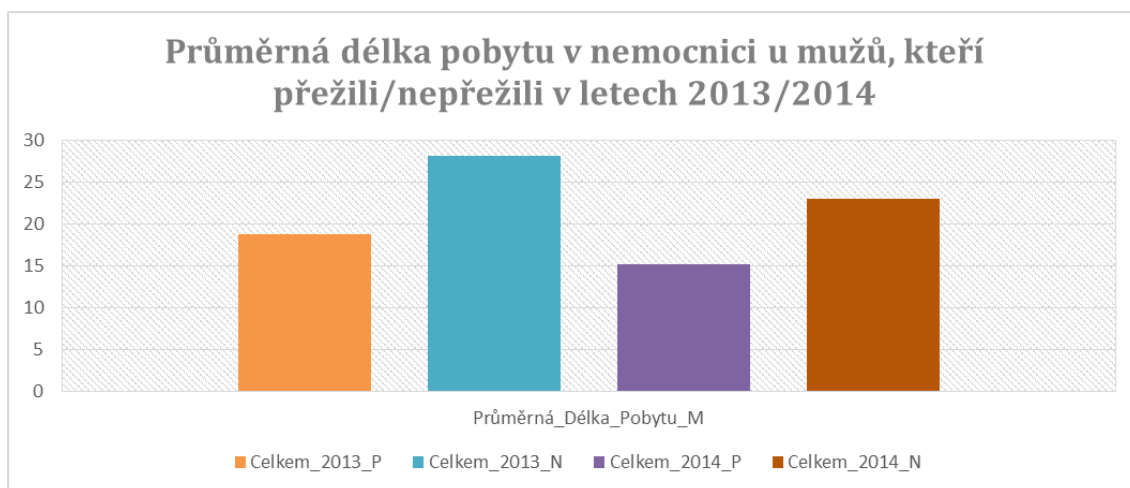


Graf 4 - Průměrný věk žen, které přežily/nepřežily CMP v letech 2013 a 2014

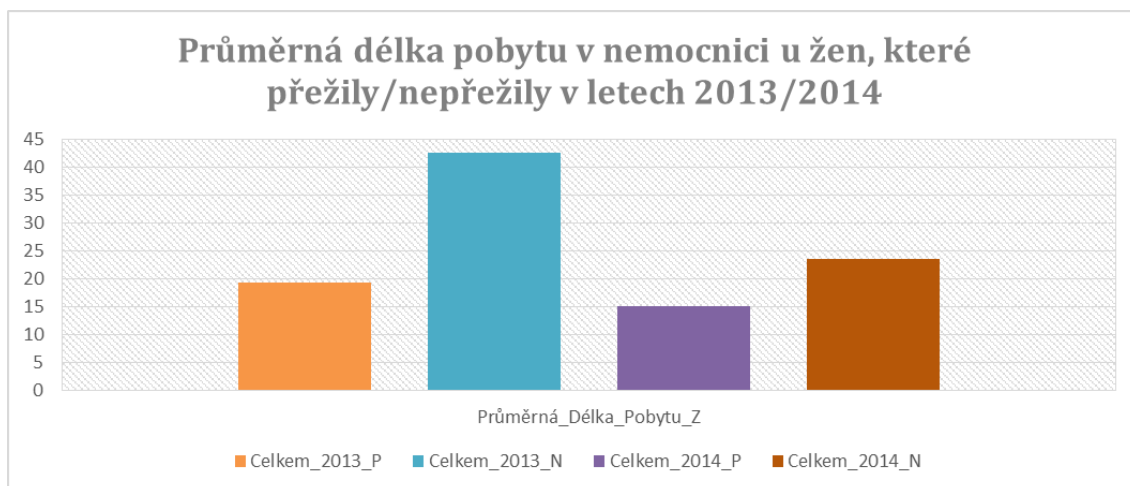
Tabulka a grafy zobrazují průměrný věk mužů a žen po CMP, kteří přežili či nepřežili v roce 2013 a 2014. Průměrný věk mužů, kteří přežili, byl 66 let a průměrný věk žen, které přežily, byl 70 let v roce 2013. V roce 2014 byl průměrný věk mužů 68 let, kteří přežili a u žen 69 let, které přežily.

Tabulka 3 - Průměrná délka pobytu v nemocnici u mužů a žen, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014

	2013 P ve dnech	2013 N ve dnech	2014 P ve dnech	2014 N ve dnech
Průměrná délka pobytu M	19	28	15	23
Průměrná délka pobytu Z	19	43	15	24



Graf 5 - Průměrná délka pobytu v nemocnici u mužů, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014



Graf 6 - Průměrná délka pobytu v nemocnici u žen, které přežily/nepřežily CMP v letech 2013 a 2014

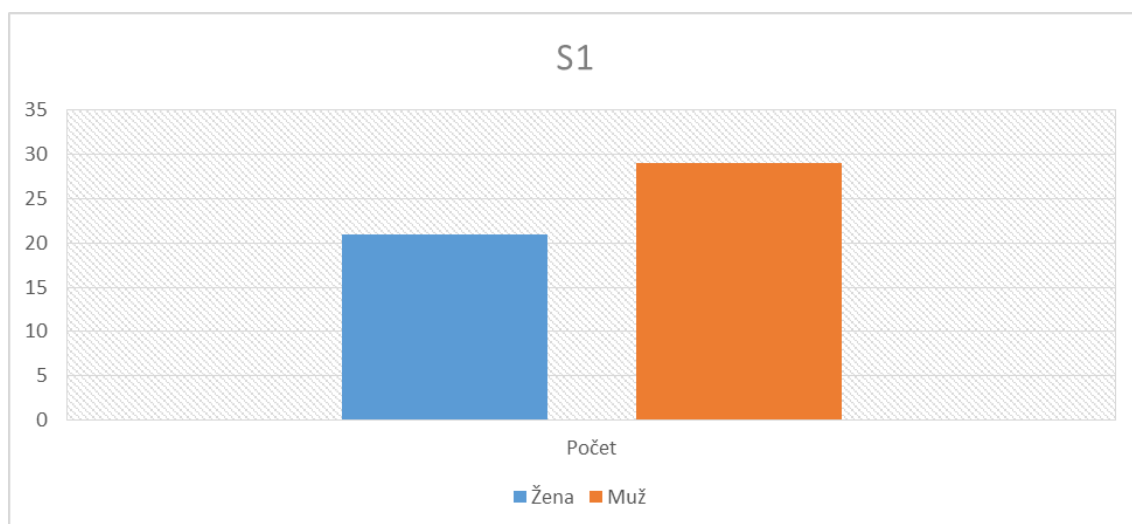
Tabulka a grafy představují průměrnou délku pobytu v Krajské nemocnici Liberec a.s., která byla v roce 2013 u obou pohlaví 19 dní, kteří přežili, a v roce 2014 byla průměrná délka pobytu 15 dní u obou pohlaví, kteří přežili.



### 3.6 Prezentace výsledků strukturovaného rozhovoru

Tabulka 4 - Pohlaví respondentů

S.1	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Žena	21	42%
Muž	29	58%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

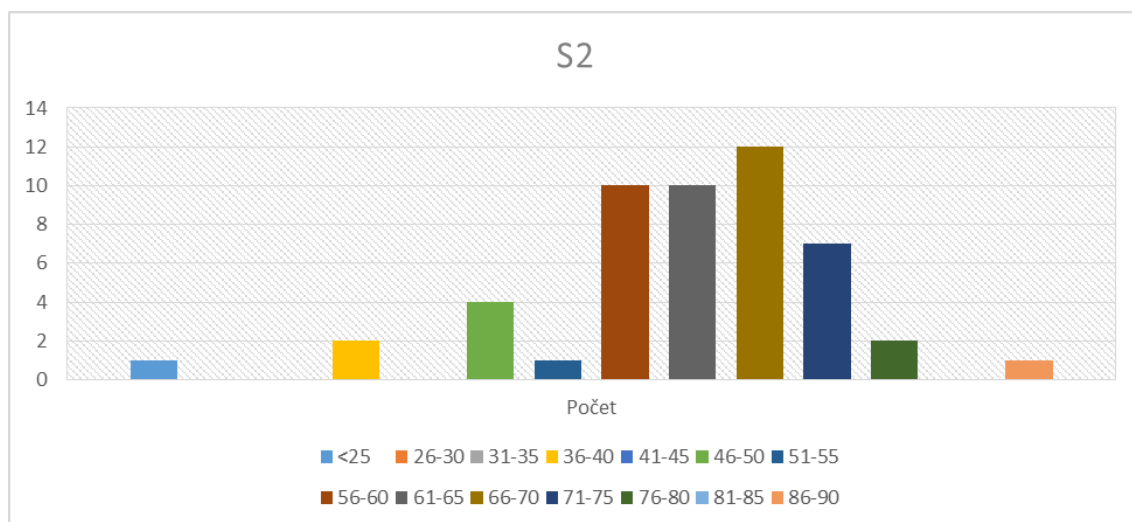


Graf 7 - Pohlaví respondentů

Výzkum byl proveden s 50 respondenty. Z toho bylo 21 žen (42 %) a 29 (58 %) mužů.

Tabulka 5 - Věk respondentů

S.2	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
<25	1	2%
26-30	0	0%
31-35	0	0%
36-40	2	4%
41-45	0	0%
46-50	4	8%
51-55	1	2%
56-60	10	20%
61-65	10	20%
66-70	12	24%
71-75	7	14%
76-80	2	4%
81-85	0	0%
86-90	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



Graf 8 - Věk respondentů

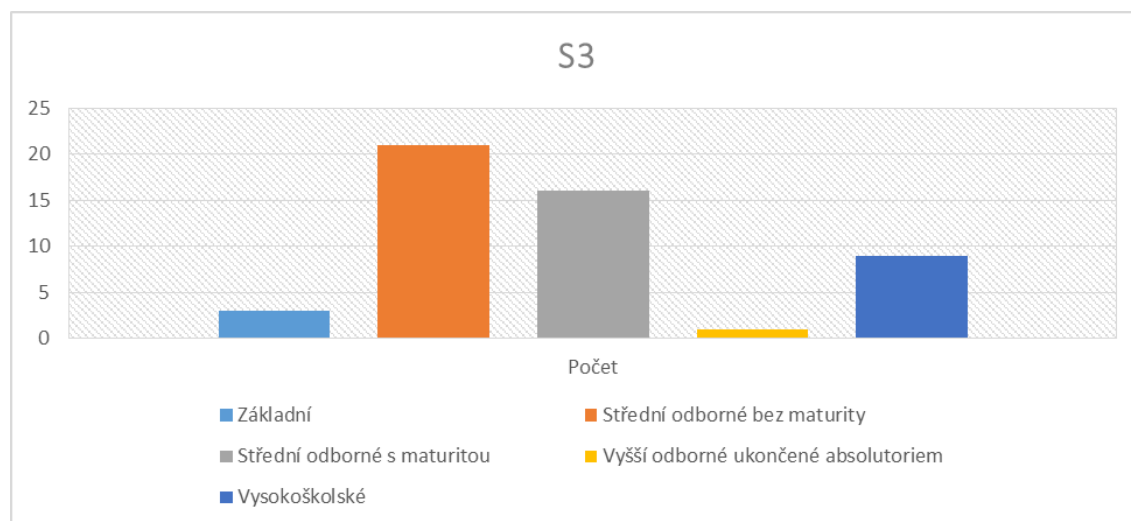
Na otázku „kolik je Vám let“ odpověděli všichni dotazovaní a byla tedy zaznamenána 100% odpověď. Z celkového počtu bylo 12 respondentů (24 %) u nichž bylo věkové rozmezí 66-70 let. Druhé nejčastější rozmezí věku dotazovaných bylo 56-60 a to odpovědělo 10 respondentů (20 %) a rozmezí 61-65, u kterého také

odpovědělo 10 (20%) respondentů. Dalších 7 (14 %) respondentů bylo ve věkovém rozmezí 71-75 let. Ve věkovém rozmezí 46-50 byly 4 (8 %) dotazovaní. Věkové rozmezí 36-40 let obsahovalo 2 respondenty (4 %), stejně tak i věkové rozmezí 76-80 let mělo 2 (4 %) respondenty. Věk pod 25 let měl 1 dotazovaný (2 %). Věk 51-55 měl také pouze 1 (2 %) respondent a také i ve věkovém rozmezí 86-90 byl pouze 1 (2 %) dotazovaný.

Ve věkovém rozmezí 26-30, 31-35, 41-45 a 81-85 nebyl žádný dotazovaný.

Tabulka 6 - Vzdělání respondentů

S.3	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Základní	3	6%
Střední odborné bez maturity	21	42%
Střední odborné s maturitou	16	32%
Vyšší odborné ukončené absolutoriem	1	2%
Vysokoškolské	9	18%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



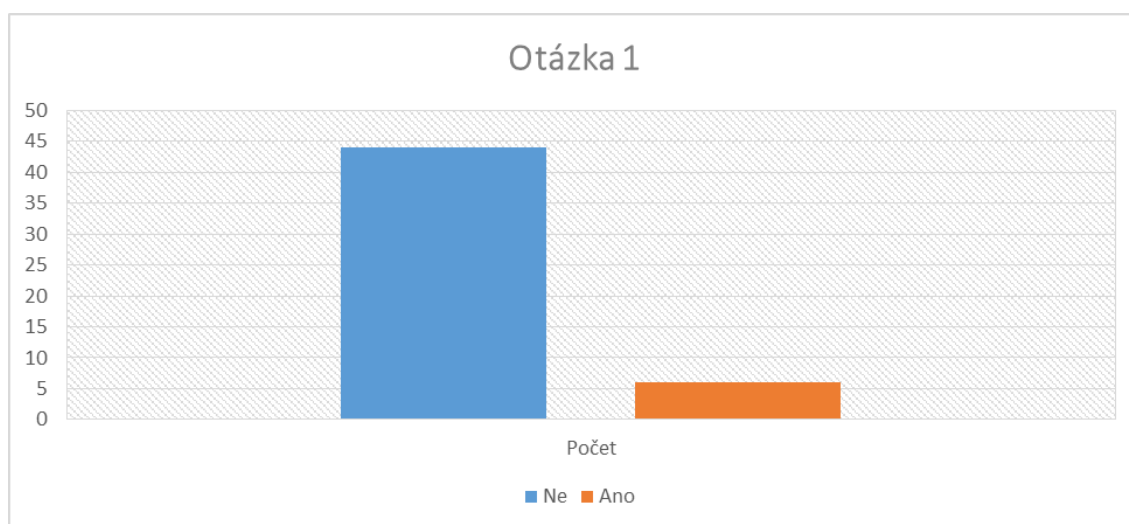
Graf 9 - Vzdělání respondentů

Na otázku: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání. Bylo celkem zaznamenáno 50 odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo Střední odborné bez maturity

a to u 21 respondentů (42 %), 16 (32 %) dotazovaných odpovědělo Střední odborné s maturitou, 9 (18 %) dotázaných odpovědělo Vysokoškolské vzdělání. Základní vzdělání měli 3 (6 %) respondenti a pouze 1 (2 %) dotazovaný měl Vyšší odborné vzdělání ukončené absolutoriem.

Tabulka 7 - Obtíže respondentů před CMP

Otázka 1	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ne	44	88%
Ano	6	12%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

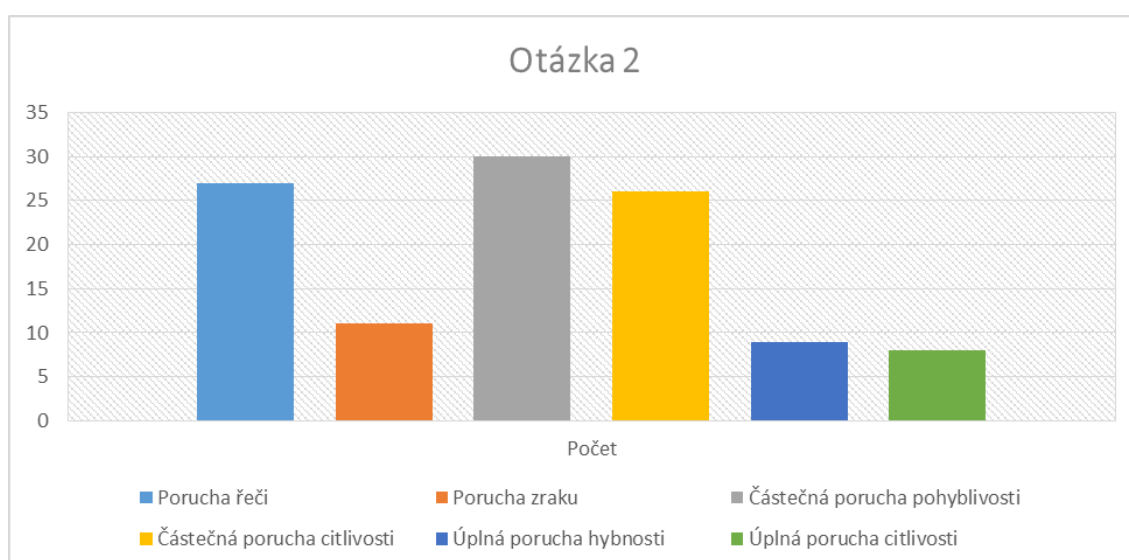


Graf 10 - Obtíže respondentů před CMP

Na otázku: Měl/a jste obtíže s rovnováhou, pohyblivostí, citlivostí před cévní mozkovou příhodou. Z celkového počtu odpovědělo Ne 44 (88 %) respondentů. Ano odpovědělo 6 (12 %) respondentů. Doplňující odpovědi k otázce byli: točení hlavy, pád na hlavu, předchozí CMP, stav po amputaci LDK, brnění rukou, necitlivost rukou.

Tabulka 8 - Projevy CMP u respondentů

Otázka 2	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Porucha řeči	27	24%
Porucha zraku	11	10%
Částečná porucha pohyblivosti	30	27%
Částečná porucha citlivosti	26	23%
Úplná porucha hybnosti	9	8%
Úplná porucha citlivosti	8	7%
<b>Celkem</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

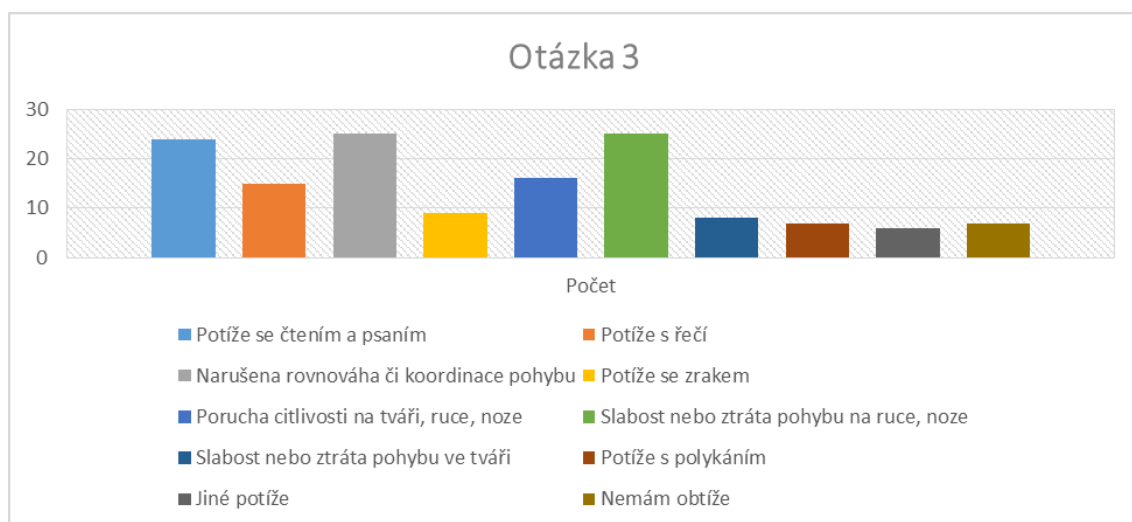


Graf 11 - Projevy CMP u respondentů

Na otázku: Jaké jste měl/a projevy bezprostředně po náhlé cévní mozkové příhodě, možnost více odpovědí. Nejčastější odpověď byla Částečná porucha pohyblivosti, která byla zodpovězena u 30 dotázaných (27 %), druhá nejčastější odpověď byla Porucha řeči, která byla zodpovězena v 27 případech (24 %), další častá odpověď byla Částečná porucha citlivosti u 26 respondentů (23 %). Porucha zraku byla zodpovězena v 11 (10 %) případech. Úplná porucha hybnosti byla zodpovězena u 9 (8 %) respondentů. Nejméně častá odpověď byla Úplná porucha citlivosti u 8 (7 %) dotázaných.

Tabulka 9 - Přetrvávající projevy u respondentů

Otázka 3	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Potíže se čtením a psaním	24	17%
Potíže s řečí	15	11%
Narušena rovnováha či koordinace pohybu	25	18%
Potíže se zrakem	9	6%
Porucha citlivosti na tváři, ruce, noze	16	11%
Slabost nebo ztráta pohybu na ruce, noze	25	18%
Slabost nebo ztráta pohybu ve tváři	8	6%
Potíže s polykáním	7	5%
Jiné potíže	6	4%
Nemám obtíže	7	5%
<b>Celkem</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>



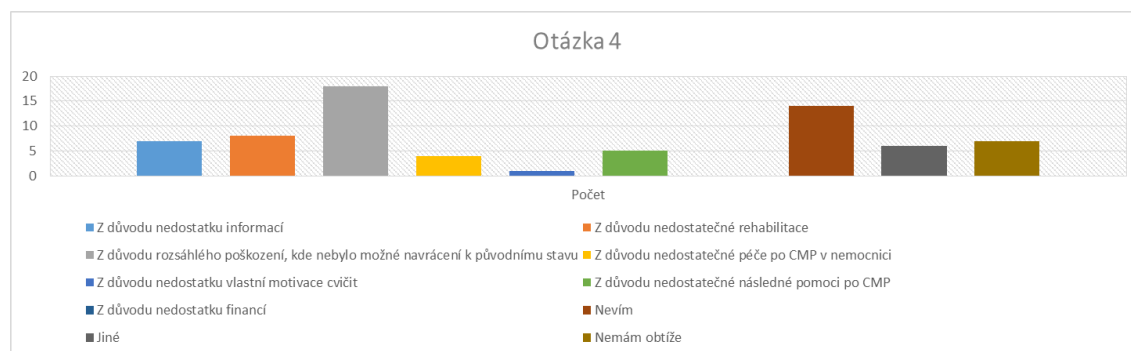
Graf 12 - Přetrvávající projevy u respondentů

Na otázku: Máte nějaké přetrvávající projevy po proběhlé cévní mozkové příhodě, možnost více odpovědí. Nejčastější odpověď byla Narušená rovnováha či koordinace pohybu u 25 (18 %) respondentů a Slabost nebo ztráta pohybu na ruce, noze také u 25 (18 %) respondentů. Další častá odpověď byla Potíže se čtením a psaním, která byla zaznamenána ve 24 (17 %) případech. Porucha citlivosti na tváři, ruce, noze bylo odpovědí v 16 (11 %) případech. Potíže s řečí bylo zodpovězeno u 15 (11 %) dotázaných. Potíže se zrakem bylo odpovědí u 9 (6 %) dotázaných. Slabost nebo

ztráta pohybu ve tváři bylo zodpovězeno v 8 (6 %) případech. 7 (5 %) respondentů mělo Potíže s polykáním. U 7 (5 %) respondentů zazněla odpověď Nemám obtíže. Nejméně častou odpovědí bylo Jiné obtíže a to v 6 (4 %) případech.

Tabulka 10 - Příčina přetrvávajících projevů

Otázka 4	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Z důvodu nedostatku informací	7	10%
Z důvodu nedostatečné rehabilitace	8	11%
Z důvodu rozsáhlého poškození, kde nebylo možné navrácení k původnímu stavu	18	26%
Z důvodu nedostatečné péče po CMP v nemocnici	4	6%
Z důvodu nedostatku vlastní motivace cvičit	1	1%
Z důvodu nedostatečné následné pomoci po CMP	5	7%
Z důvodu nedostatku financí	0	0%
Nevím	14	20%
Jiné	6	9%
Nemám obtíže	7	10%
<b>Celkem</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>



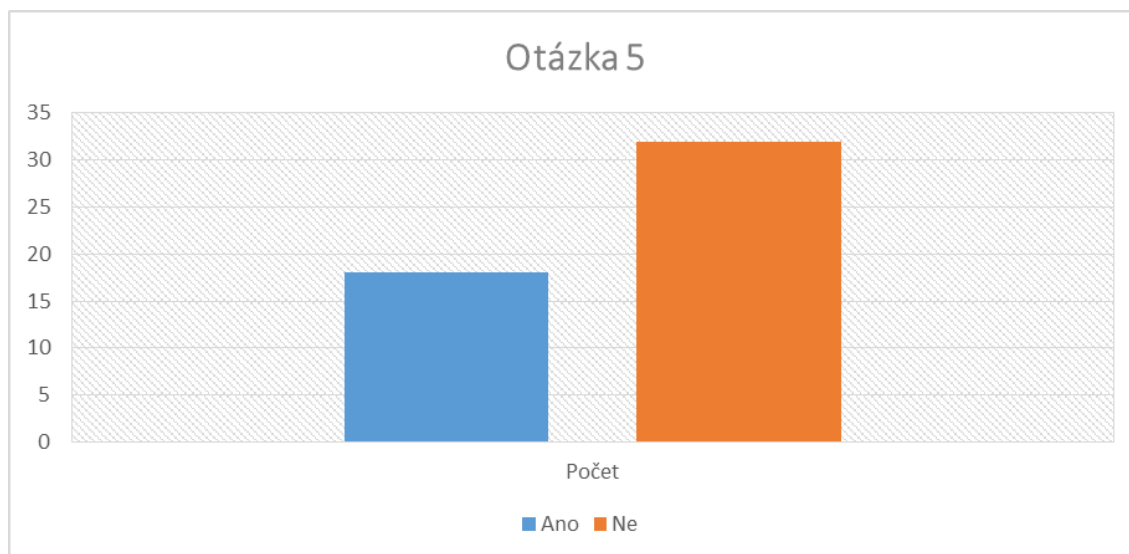
Graf 13 - Příčina přetrvávajících projevů

Na otázku: Proč si myslíte, že máte přetrvávající projevy po proběhlé cévní mozkové příhodě. Někteří dotazovaní zodpověděli více variant. Nejčastější odpověď byla z Důvodu rozsáhlého poškození, kde nebylo možné navrácení k původnímu stavu a to u 18 (26 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla Nevím, která byla zodpovězena u 14 (20 %) dotazovaných. 8 (11 %) dotazovaných odpovědělo Z důvodu

nedostatečné rehabilitace. Z důvodu nedostatku informací odpovědělo 7 (10 %) dotázaných a stejně tak 7 (10 %) dotázaných odpovědělo, že nemají obtíže. Odpověď Jiné bylo v 6 (9 %) případech. Z důvodu nedostatečné následné pomoci po CMP bylo odpovědí u 5 (7 %) dotázaných. 4 (6 %) respondenti odpověděli Z důvodu nedostatečné péče po CMP v nemocnici. Pouze 1 (1 %) dotazovaný odpověděl Z důvodu nedostatku vlastní motivace cvičit. Z důvodu nedostatku financí nebyla zaznamenána žádná odpověď.

Tabulka 11 - Obtíže

Otázka 5	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano	18	36%
Ne	32	64%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



Graf 14 – Obtíže

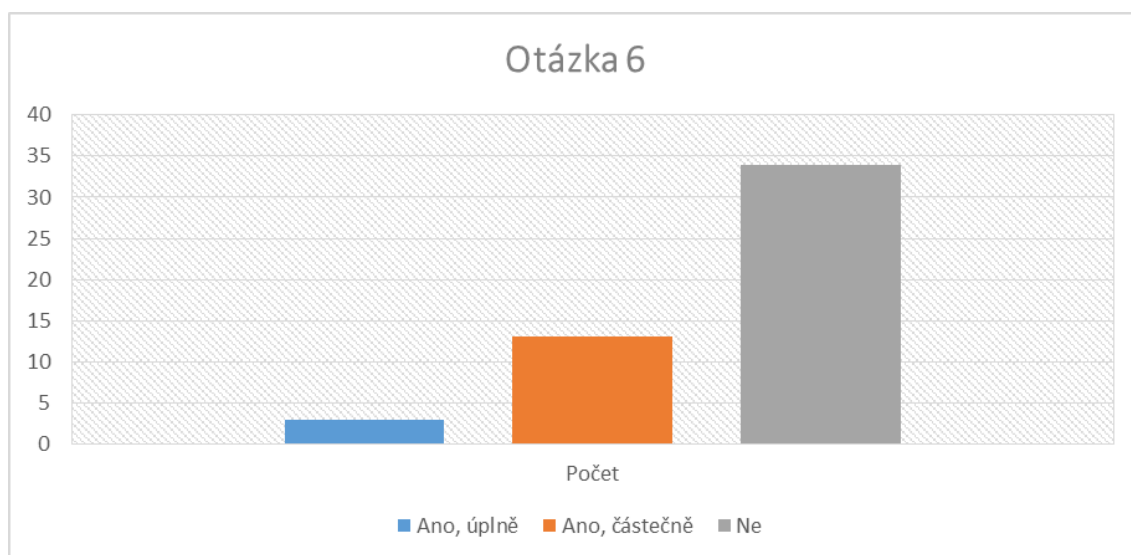
Na otázku: Po proběhlé cévní mozkové příhodě Vám nezůstaly žádné obtíže a v zásadě jste se vrátil/a k normálnímu stavu. Ano odpovědělo 18 (36 %) respondentů. Ne odpovědělo 32 (64 %) respondentů. U odpovědi ne byli respondenti dotázáni proč, se nevrátili k normálnímu stavu a nejčastěji bylo řečeno, že mají špatnou pohyblivost.



Další častou odpovědí bylo potíže se čtením, psáním, porucha soustředěnosti. Únava byla také častou odpovědí. Dále zazněly odpovědi: bolest, ochrnutí končetin, zhoršení zraku, nesnášenlivost hluku, slabost končetin, ztráta čichu, nehybnost, nutnost rehabilitace, obavy, invalidní důchod, nejistota, brnění končetin, necitlivost.

Tabulka 12 - Pohyblivost v lůžku

Otázka 6	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano, úplně	3	6%
Ano, částečně	13	26%
Ne	34	68%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

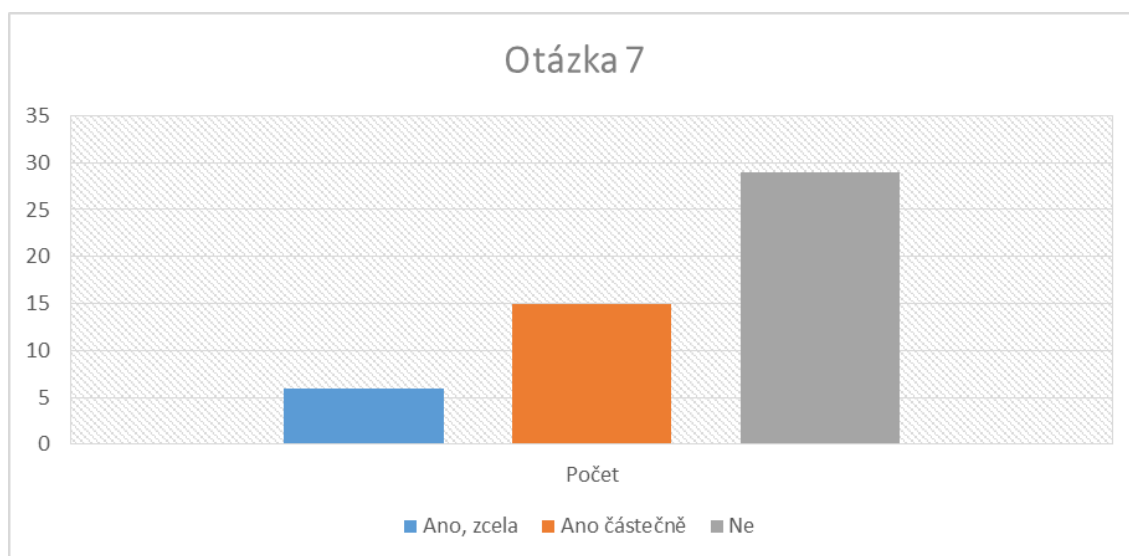


Graf 15 - Pohyblivost v lůžku

Na otázku: Máte nyní zhoršenou pohyblivost v lůžku. Ano, úplně odpověděli 3 (6 %) respondenti. Ano, částečně odpovědělo 13 (26 %) dotazovaných. Ne odpovědělo 34 (68 %) dotázaných.

Tabulka 13 - Dopomoc při chůzi

Otázka 7	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano, zcela	6	12%
Ano částečně	15	30%
Ne	29	58%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

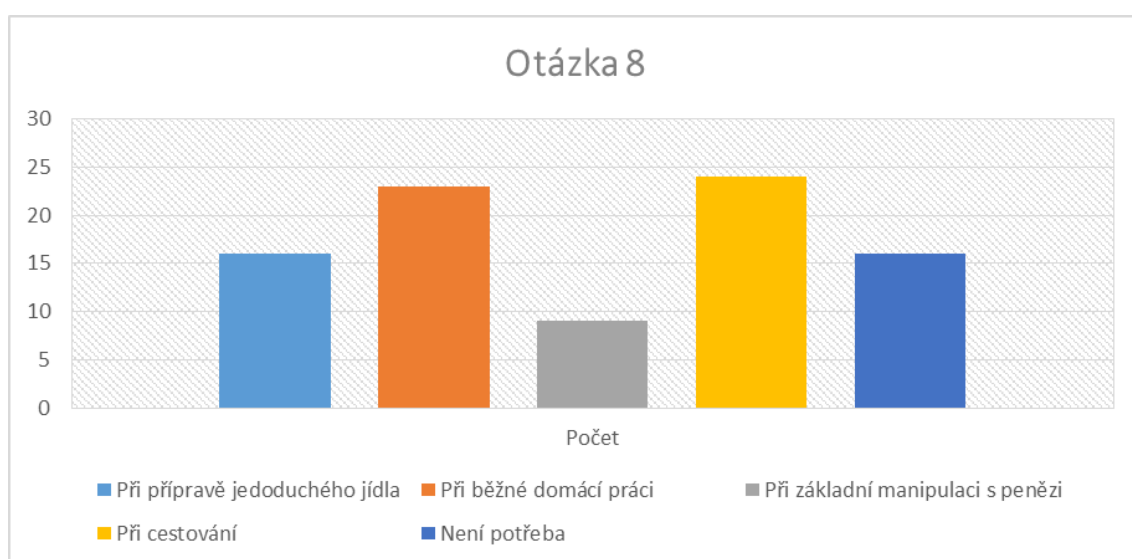


Graf 16 - Dopomoc při chůzi

Na otázku: Potřebujete nyní dopomoc druhé osoby při chůzi. Odpovědělo ne 29 (58 %) respondentů. Ano, zcela odpovědělo 6 (12 %) respondentů. Ano, částečně odpovědělo 15 (30 %) respondentů. U odpovědi ano, částečně, byla doplňující otázka, kdy nejčastěji. Častá odpověď byla delší vzdálenost, schody, nerovný terén, kopec, přechod pro chodce.

Tabulka 14 - Činnosti s dopomocí

Otázka 8	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Při přípravě jednoduchého jídla	16	18%
Při běžné domácí práci	23	26%
Při základní manipulaci s penězi	9	10%
Při cestování	24	27%
Není potřeba	16	18%
<b>Celkem</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>

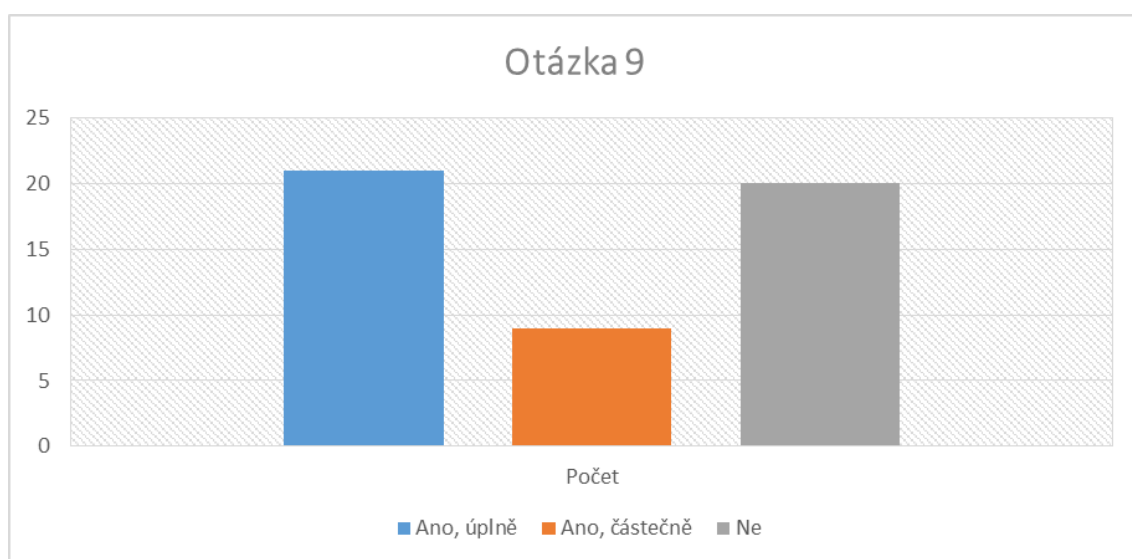


Graf 17 - Činnosti s dopomocí

Na otázku: Při kterých činnostech je dopomoc absolutně nezbytná, byla nejčastější odpověď Při cestování, kterou odpovědělo 24 (27 %) dotázaných. 23 (26 %) respondentů odpovědělo Při běžné domácí práci. 16 (18 %) dotázaných odpovědělo Při přípravě jednoduchého jídla. 16 (18 %) respondentů odpovědělo, že Není potřeba. Nejméně častou odpovědí je Při základní manipulaci s penězi a to u 9 (10 %) respondentů.

Tabulka 15 - Pracovní schopnost

Otázka 9	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano, úplně	21	42%
Ano, částečně	9	18%
Ne	20	40%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

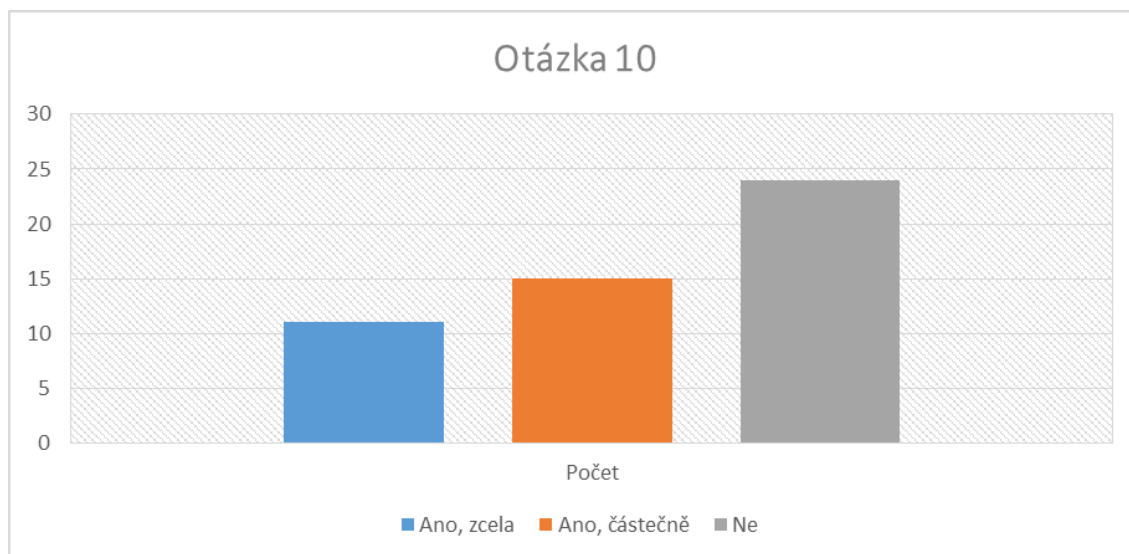


Graf 18 - Pracovní schopnost

Na otázku: Snížila proběhlá cévní mozková příhoda Vaši pracovní schopnost pro výkon povolání. Nejčastější odpověď byla Ano, úplně u 21 (42 %) dotázaných. Druhá nejčastější odpověď byla Ne, kterou odpovědělo 20 (40 %) respondentů. Ano, částečně odpovědělo 9 (18 %) respondentů, kde byla doplňující otázka jakým způsobem. Nejčastěji zaznělo: nemohu řídit, špatná pohyblivost HK, snížená citlivost v rukou, nelze dělat manuální práci, snížená fyzická zdatnost. Méně často se uvádělo ochrnutí končetin, špatné vidění a zákaz zdvihání břemena nad 5 kg.

Tabulka 16 - Schopnost pečovat o rodinu

Otázka 10	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano, zcela	11	22%
Ano, částečně	15	30%
Ne	24	48%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

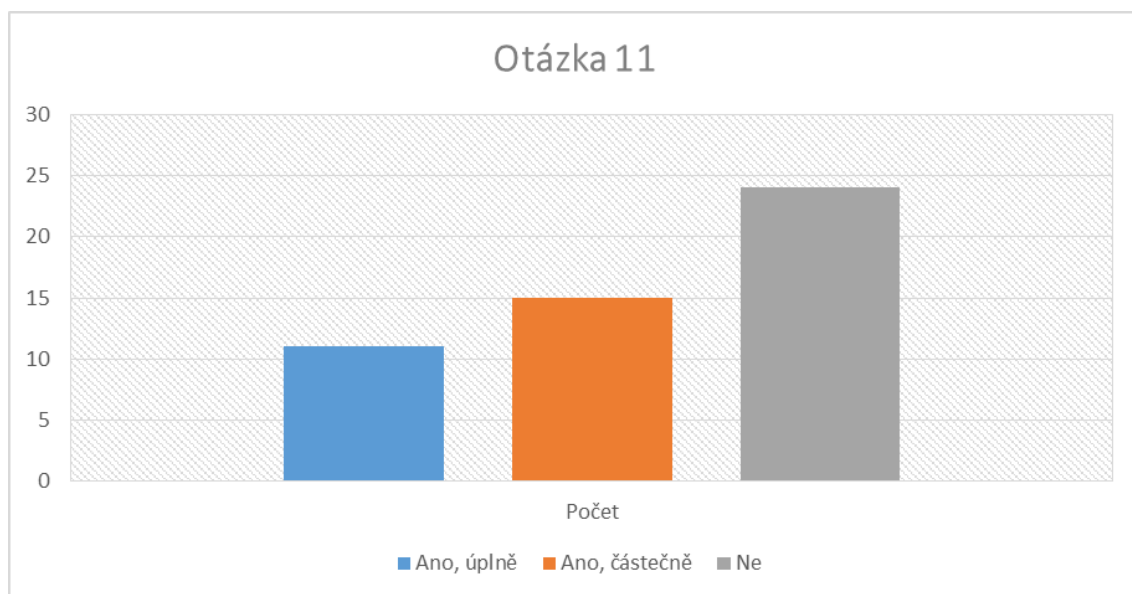


Graf 19 - Schopnost pečovat o rodinu

Na otázku: Snížila proběhlá cévní mozková příhoda Vaši schopnost pečovat o rodinu. Nejčastější odpověď Ne odpovědělo 24 (48 %) dotazovaných. Ano, částečně odpovědělo 15 (30 %) respondentů. Ano, zcela odpovědělo 11 (22 %) dotazovaných.

Tabulka 17 - Možnost věnovat se koníčkům a zálibám

Otázka 11	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano, úplně	11	22%
Ano, částečně	15	30%
Ne	24	48%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

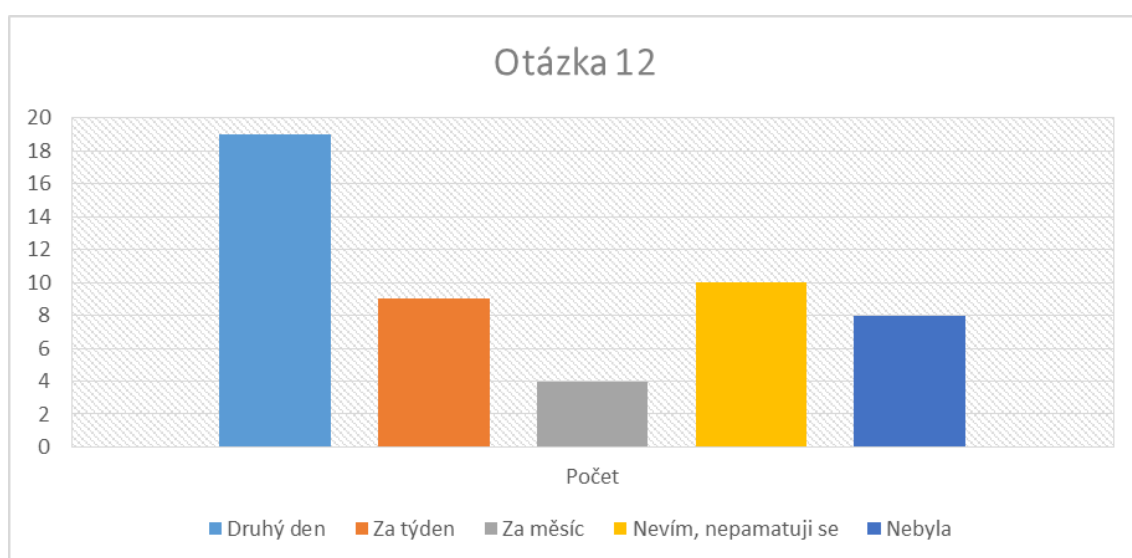


Graf 20 - Možnost věnovat se koníčkům a zálibám

Na otázku: Zapříčinila proběhlá cévní mozková příhoda snížení možnosti věnovat se koníčkům a zálibám. Nejčastější odpovědí bylo Ne a to u 24 (48 %) respondentů. Ano, částečně odpovědělo 15 (30 %) dotazovaných, kde doplňující otázkou, byli nejčastější odpovědi: turistika, čtení, jízda na koni, sport, luštění křížovek. Odpověď Ano, úplně byla u 11 (22 %) respondentů a doplňující odpovědi byli sport, zahrádkářství, čtení, zaměstnání, společenské akce, turistika.

Tabulka 18 - Rehabilitace

Otázka 12	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Druhý den	19	38%
Za týden	9	18%
Za měsíc	4	8%
Nevím, nepamatuji se	10	20%
Nebyla	8	16%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

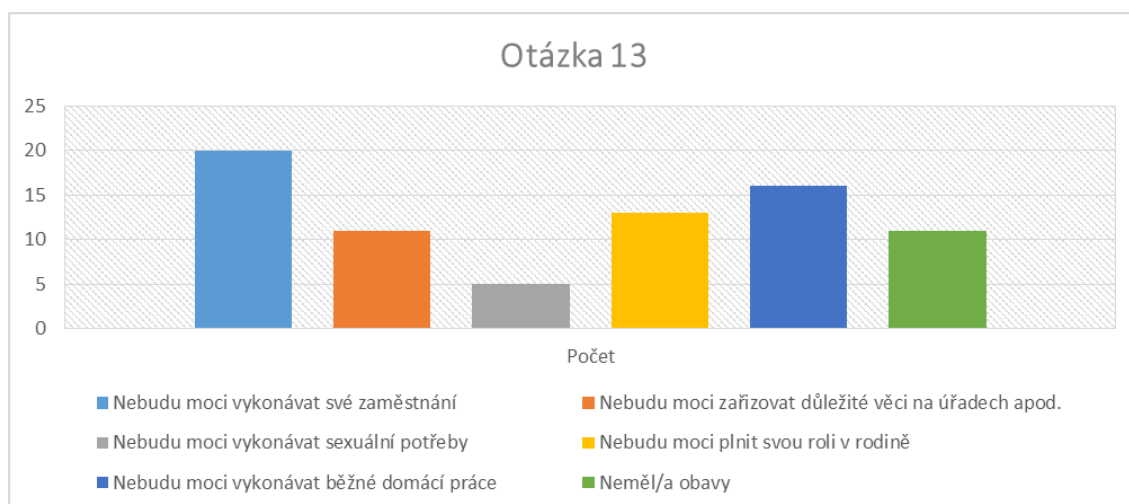


Graf 21 - Rehabilitace

Na otázku: Vzpomenete si, kolikátý den hospitalizace po proběhlé cévní mozkové příhodě jste začal/a rehabilitovat. Nejčastější odpověď byla Druhý den u 19 (38 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla Nevím, nepamatuji se u 10 (20 %) dotázaných. 9 (18 %) respondentů odpovědělo Za týden. U 8 (16 %) dotázaných byla odpověď Nebyla. Nejméně zazněla odpověď Za měsíc a to u 4 (8 %) respondentů.

Tabulka 19 - Obavy z každodenních činností

Otázka 13	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Nebudu moci vykonávat své zaměstnání	20	26%
Nebudu moci zařizovat důležité věci na úřadech apod.	11	14%
Nebudu moci vykonávat sexuální potřeby	5	7%
Nebudu moci plnit svou roli v rodině	13	17%
Nebudu moci vykonávat běžné domácí práce	16	21%
Neměl/a obavy	11	14%
<b>Celkem</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>



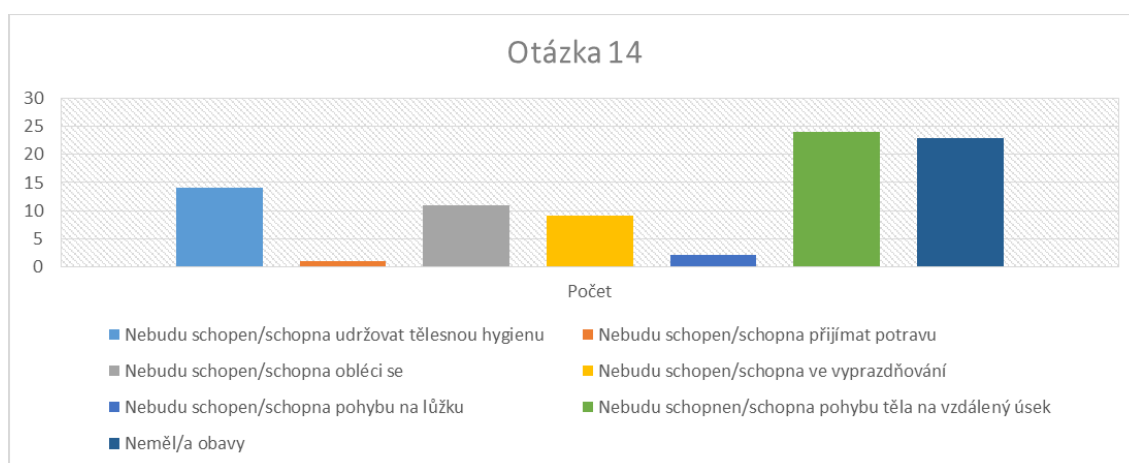
Graf 22 - Obavy z každodenních činností

Na otázku: Která oblast z každodenních činností pro Vás byla největší obavou před návratem domů ze zdravotnického zařízení. Někteří respondenti odpověděli více variant. Nejčastější odpověď byla Nebudu moci vykonávat své zaměstnání, kterou odpovědělo 20 (26 %) respondentů. Další nejčastější odpověď byla Nebudu moci vykonávat běžné domácí práce v 16 (21 %) případech. 13 (17 %) respondentů mělo obavy, že Nebude moci plnit svou roli v rodině. 11 (14 %) respondentů mělo obavy, že Nebudou moci zařizovat důležité věci na úřadech. 11 (14 %) dotazovaných nemělo obavy. Nejméně zazněla odpověď Nebudu moci vykonávat sexuální potřeby a to u 5 (7 %) respondentů.



Tabulka 20 - Obavy v oblasti sebepěče

Otázka 14	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Nebudu schopen/schopna udržovat tělesnou hygienu	14	17%
Nebudu schopen/schopna přijímat potravu	1	1%
Nebudu schopen/schopna obléci se	11	13%
Nebudu schopen/schopna ve vyprazdňování	9	11%
Nebudu schopen/schopna pohybu na lůžku	2	2%
Nebudu schopnen/schopna pohybu těla na vzdálený úsek	24	29%
Neměl/a obavy	23	27%
<b>Celkem</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

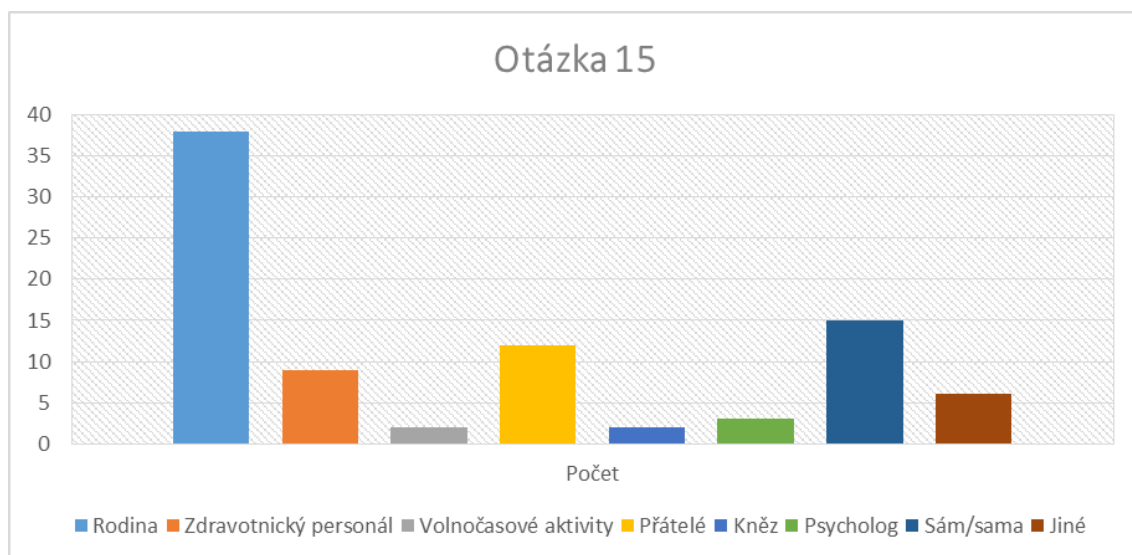


Graf 23 - Obavy v oblasti sebepěče

Na otázku: Vzpomenete si, co pro Vás bylo největší obavou v oblasti sebepěče, před návratem domů ze zdravotnického zařízení. Nejčastější odpověď byla že, Nebudu schopen/schopna pohybu těla na vzdálený úsek a to odpovědělo 24 (29 %) respondentů. 23 (27 %) dotazovaných odpovědělo že Neměl/a obavy. 14 (17 %) respondentů odpovědělo že, Nebudu schopen/schopna udržovat tělesnou hygienu. 11 (13 %) respondentů odpovědělo, že Nebudu schopen/schopna obléci se. 9 (11 %) respondentů odpovědělo, že Nebudu schopen/schopna ve vyprazdňování.

Tabulka 21 - Pomoc v překonávání obav

Otázka 15	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Rodina	38	44%
Zdravotnický personál	9	10%
Volnočasové aktivity	2	2%
Přátelé	12	14%
Kněz	2	2%
Psycholog	3	3%
Sám/sama	15	17%
Jiné	6	7%
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

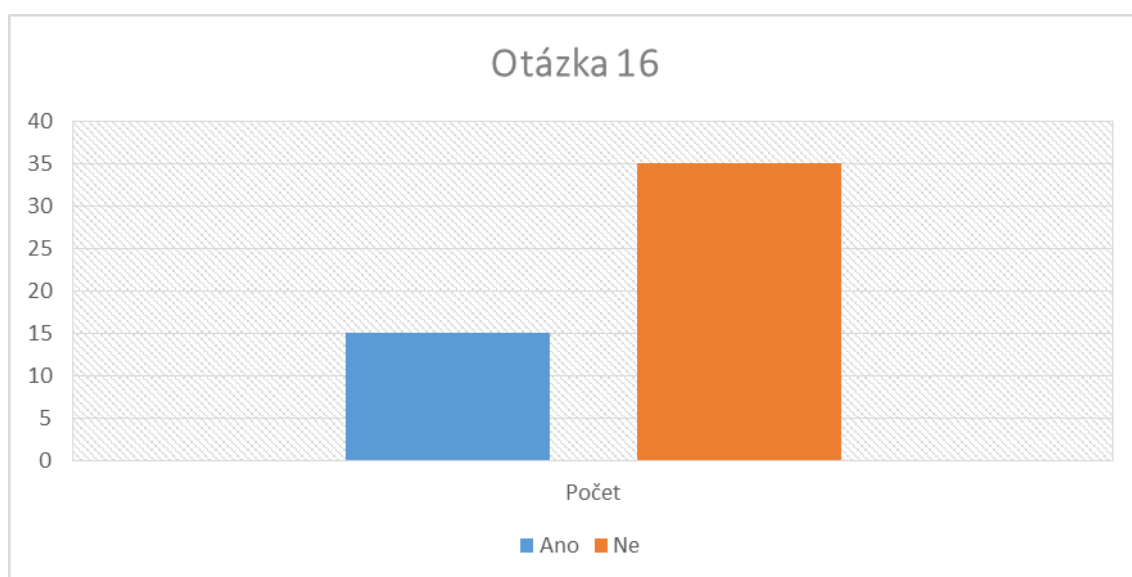


Graf 24 - Pomoc v překonávání obav

Na otázku: Kdo nebo co Vám pomáhalo překonat tyto obavy, možnost výběru více odpovědí. Rodina byla nejčastější odpověď a to u 38 (44 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla Sám/sama a to u 15 (17 %) dotazovaných. 12 (14 %) respondentů odpovědělo Přátelé. 9 (10 %) dotazovaných odpovědělo Zdravotnický personál. 6 (7 %) respondentů odpovědělo Jiné, z toho 5 respondentů nemělo obavy.

Tabulka 22 - Doporučení

Otázka 16	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano	15	30%
Ne	35	70%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

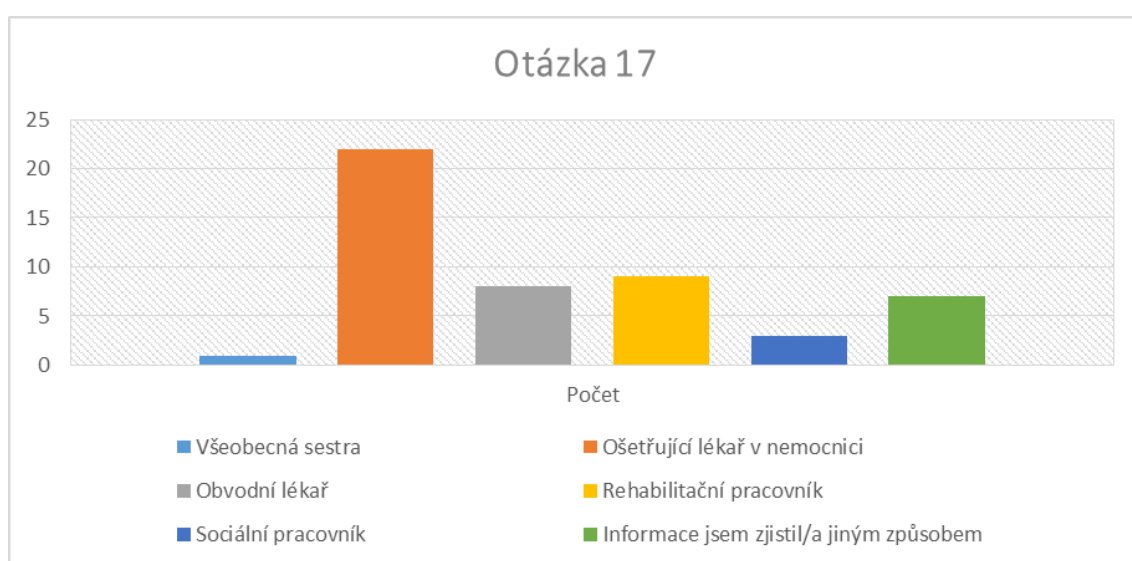


Graf 25 – Doporučení

Na otázku: Bylo Vám něco doporučeno před odchodem do domácí péče. Ne, odpovědělo 35 (70 %) respondentů. Ano, odpovědělo 15 (30 %) respondentů, kde doplňující otázka byla: Co bylo doporučeno. Nejčastější odpověď byla Rehabilitace, Logopedie, Správná životospráva. Méně častá odpověď byla Dietní opatření, Užívání léků, Kontakt na sociální pracovníci.

Tabulka 23 - Informace o následné péči

Otázka 17	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Všeobecná sestra	1	2%
Ošetřující lékař v nemocnici	22	44%
Obvodní lékař	8	16%
Rehabilitační pracovník	9	18%
Sociální pracovník	3	6%
Informace jsem zjistil/a jiným způsobem	7	14%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

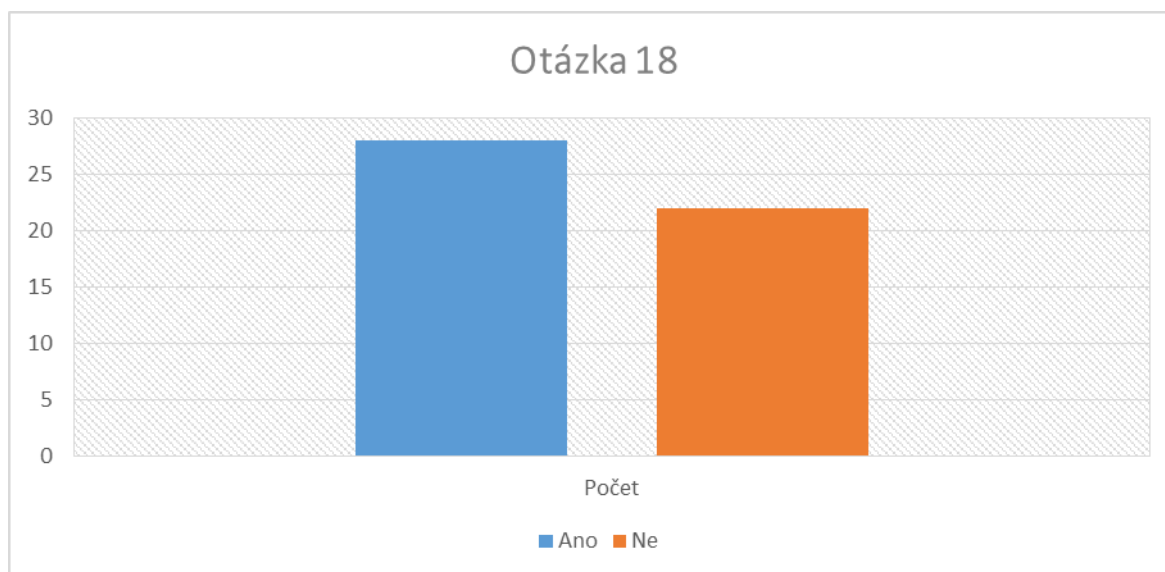


Graf 26 - Informace o následné péči

Na otázku: Kdo Vám poskytl nejvíce informací o následné domácí péči. Nejčastější odpověď byla Ošetřující lékař v nemocnici, kterou odpovědělo 22 (44 %) respondentů. 9 (18 %) dotazovaných odpovědělo Rehabilitační pracovník. Obvodní lékař odpovědělo 8 (16 %) dotazovaných. Informace jsem zjistil/a jiným způsobem bylo odpovědí u 7 (14 %) respondentů, nejčastější doplňující odpověď byla: internet, od rodiny, zkušenosti z předchozí CMP.

Tabulka 24 - Podmínky pro návrat do domácího prostředí

Otázka 18	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano	28	56%
Ne	22	44%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



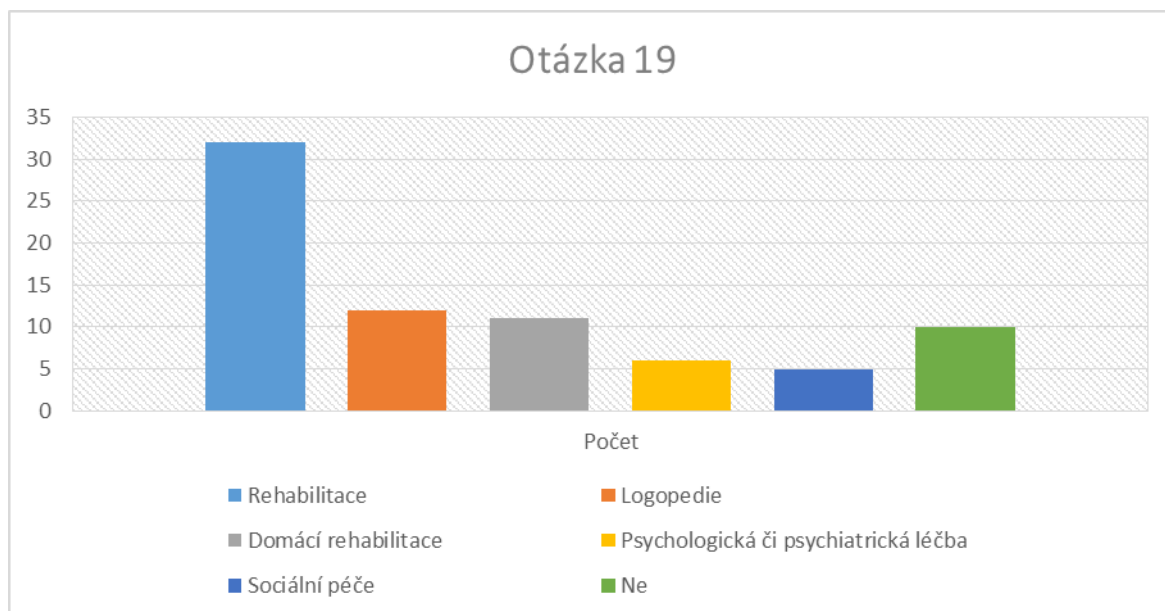
Graf 27 - Podmínky pro návrat do domácího prostředí

Na otázku: Měl/a jste před návratem domů vytvořeny podmínky pro návrat do domácího prostředí a pro následnou péči. Ano, odpovědělo 28 (56 %) respondentů, kde byla doplňující otázka Jakým způsobem, na kterou byla nejčastější odpověď Neustálá přítomnost rodinného příslušníka, a mimo jiné bylo zmíněno: Úprava bytu, Bezbariérový přístup, Nový pokoj a lůžko. Ne odpovědělo 22 (44 %) respondentů, kde byla doplňující otázka Proč, na kterou bylo častou odpovědí: Nebylo potřeba a mimo jiné bylo zmíněno chráněné bydlení, nedostatek informací, nedostatek financí.

Tabulka 25 - Doporučená následná péče

Otázka 19	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Rehabilitace	32	42%
Logopedie	12	16%
Domácí rehabilitace	11	14%
Psychologická či psychiatrická léčba	6	8%
Sociální péče	5	7%
Ne	10	13%
<b>Celkem</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Tabulka 26 - Doporučená následná péče

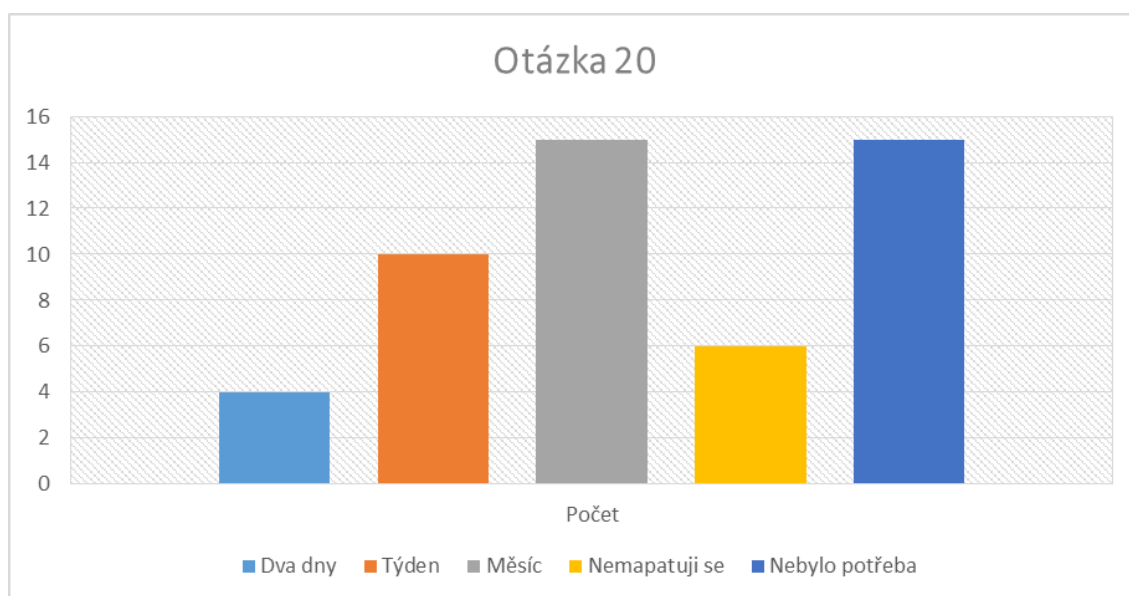


Graf 28 - Doporučená následná péče

Na otázku: Využil/a jste některý z typů doporučené následné péče, možnost výběru více odpovědí. Nejčastější odpověď byla Rehabilitace, kterou odpovědělo 32 (42 %) respondentů. 12 (16 %) dotázaných odpovědělo Logopedie. 11 (14 %) respondentů odpovědělo Domácí rehabilitace. Ne, odpovědělo 10 (13 %) dotazovaných, kde doplňující otázkou bylo: Proč. Respondenti odpověděli nejčastěji Nebylo potřeba, mimo jiné bylo zmíněno Nebylo doporučeno, Zajišťuje rodina.

Tabulka 27 - Časový interval rehabilitace

Otázka 20	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Dva dny	4	8%
Týden	10	20%
Měsíc	15	30%
Nemapatuji se	6	12%
Nebylo potřeba	15	30%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

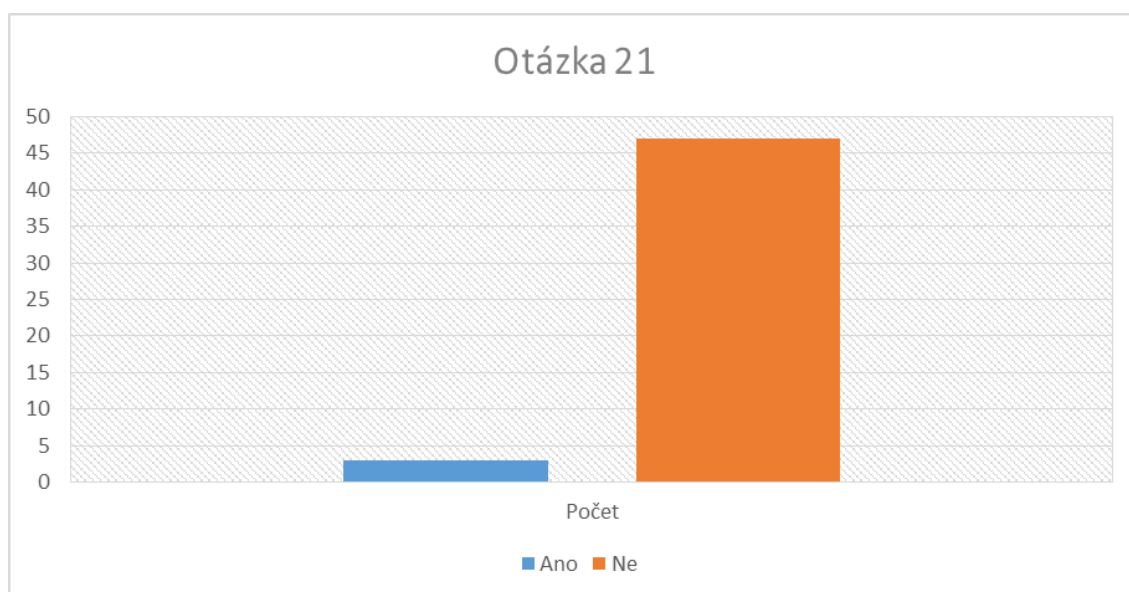


Graf 29 - Časový interval rehabilitace

Na otázku: Vzpomenete si, jak dlouhý byl časový interval od poslední rehabilitace v nemocnici po první rehabilitaci doma. 15 (30 %) respondentů odpovědělo že, Nebylo potřeba. 15 (30 %) dotázaných odpovědělo Měsíc. 10 (20 %) respondentů odpovědělo Týden. 6 (12 %) dotázaných odpovědělo: Nepamatuji si. Nejméně častá odpověď byla Dva dny, kterou odpověděli 4 (8 %) respondenti.

Tabulka 28 - Informovanost o následné péči

Otázka 21	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano	3	6%
Ne	47	94%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



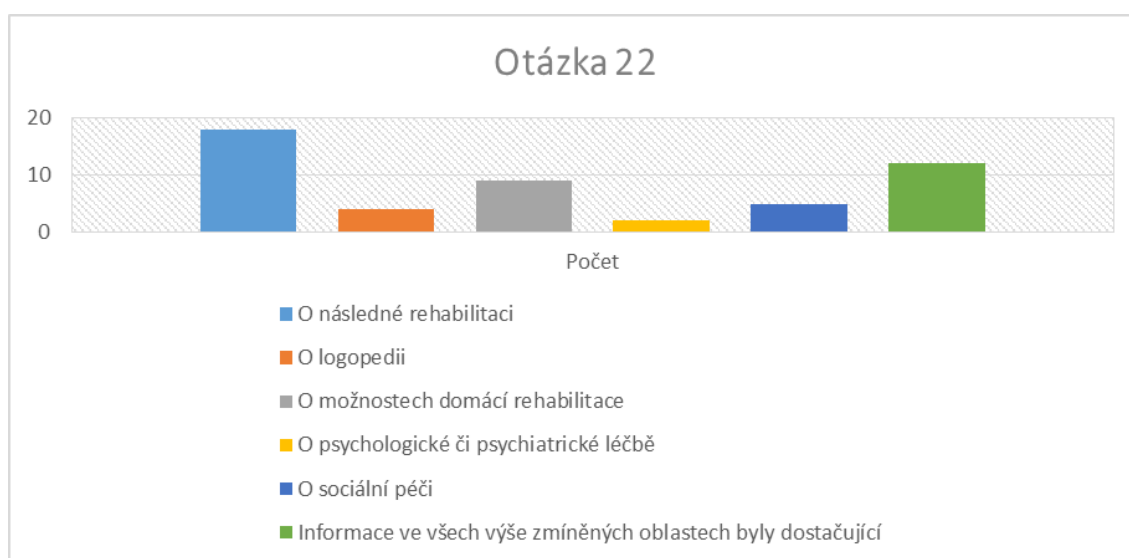
Graf 30 - Informovanost o následné péči

Na otázku: Byl/a jste informován/a, že existuje společnost, organizace, zabývající se cévní mozkovou příhodou, která Vám může pomoci se snadnějším návratem do života. Ne, odpovědělo 47 (94 %) respondentů. Ano, odpovědělo 3 (6 %) respondenti.



Tabulka 29 - Nedostatek informací

Otázka 22	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
O následné rehabilitaci	18	36%
O logopedii	4	8%
O možnostech domácí rehabilitace	9	18%
O psychologické či psychiatrické léčbě	2	4%
O sociální péči	5	10%
Informace ve všech výše zmíněných oblastech byly dostačující	12	24%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



Graf 31 - Nedostatek informací

Na otázku: V kterých oblastech informací o následné péči po cévní mozkové příhodě jste shledal/a nejvíce nedostatků ze strany ošetřujícího personálu s ohledem na Vaše tehdejší potřeby. Nejčastější odpověď byla O následné rehabilitaci, kterou vybralo 18 (36 %) respondentů. 12 (24 %) dotazovaných uvedlo, že informace byly dostačující. 9 (18 %) uvedlo O možnostech domácí rehabilitace, 5 (10 %) zvolilo O sociální péči, 4 (8 %) odpovědělo O logopedii, 2 (4 %) O Psychologické či psychiatrické léčbě.

## 4 Analýza výzkumných předpokladů a cílů

Tato kapitola obsahuje analýzu a prezentaci dat získaných pomocí strukturovaného rozhovoru. Důraz je kladen na položky, související ke stanoveným výzkumným otázkám a výzkumným předpokladům. Všechny výzkumné předpoklady byly stanoveny na základě pilotního výzkumu a odborné literatury.

**Cíl č. 1 zjistit současný stav návaznosti ošetrovatelské péče orientované na pacienty po cévní mozkové příhodě jsem blíže specifikovala formulací výzkumného předpokladu č. 1.**

*Předpokládám, že u více jak 70 % dotazovaných nebyla narušena kontinuita ošetrovatelské péče od akutní péče do domácího prostředí.*

*K jeho analýze byly využity položky strukturovaného rozhovoru č. 12, 18, 19 a 20.*

Tabulka 30 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1

Předpoklad č. 1	Položky strukturovaného rozhovoru				Průměr
	č. 12	č. 18	č. 19	č. 20	
Správná návaznost ošetrovatelské péče	72%	56%	87%	58%	68%
Špatná návaznost ošetrovatelské péče	28%	44%	13%	42%	32%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Výzkumem jsem zjistila současný stav návaznosti ošetrovatelské péče a následné péče orientované na pacienty po cévní mozkové příhodě.

**Výzkumný předpoklad č. 1 tedy není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

**Cíl č. 2 zjistit nejčastější obavy pacientů v oblasti sebeděže po cévní mozkové příhodě jsem blíže specifikovala formulací výzkumného předpokladu č. 2.**

*Předpokládám, že u více jak 20 % dotazovaných bude nejčastějším zdrojem obav po CMP v oblasti sebeděže schopnost udržovat tělesnou hygienu.*

*K jeho analýze byla využita položka strukturovaného rozhovoru č. 14.*

Tabulka 31 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2

Předpoklad č. 2	Položky strukturovaného rozhovoru
	<b>č. 14</b>
nebudu schopen/schopna udržovat tělesnou hygienu	17%
nebudu schopen/schopna přijímat potravu	1%
nebudu schopen/schopna obléci se	13%
nebudu schopen/schopna ve vyprazdňování	11%
nebudu schopen/schopna pohybu na lůžku	2%
nebudu schopen/schopna pohybu těla na vzdálený úsek	29%
neměl/a obavy	27%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>

Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastější obavou pacientů v oblasti sebeděže není schopnost udržovat tělesnou hygienu, ale ztráta schopnosti pohybu těla na vzdálený úsek.

**Výzkumný předpoklad č. 2 tedy není v souladu s výsledky výzkumu.**

**Cíl č. 3 zjistit nejčastější obavy pacientů po CMP v oblasti vykonávání každodenních činností jsem blíže specifikovala formulací výzkumného předpokladu č. 3.**

*Předpokládám, že u více jak 20 % dotazovaných bude nejčastějším zdrojem obav po CMP v oblasti každodenních činností neschopnost vykonávat své zaměstnání.*

*K jeho analýze byla použita položka strukturovaného rozhovoru č. 13.*

Tabulka 32 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3

<b>Předpoklad č. 3</b>	<b>Položky strukturovaného rozhovoru</b>
	<b>č. 13</b>
Nebudu moci vykonávat své zaměstnání	26%
Nebudu moci zařizovat důležité věci na úřadech	14%
Nebudu moci vykonávat sexuální potřeby	7%
Nebudu moci plnit svou roli v rodině	17%
Nebudu moci vykonávat běžné domácí práce	22%
Neměl/a obavy	14%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>

Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastější obavou pacientů po CMP v oblasti vykonávání každodenních činností je, že nebudou moci vykonávat své zaměstnání.

**Výzkumný předpoklad č. 3 tedy je v souladu s výsledky výzkumu.**

**Cíl č. 4 zjistit informovanost pacientů po CMP o možnostech následné ošetrovatelské péče jsem blíže specifikovala formulací výzkumného předpokladu č. 4.**

*Předpokládám, že u více jak 50 % respondentů bude nedostatečná informovanost o možnostech následné ošetrovatelské péče.*

*K jeho analýze byly použity položky strukturovaného rozhovoru č. 16, 17, 21 a 22.*

Tabulka 33 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 4

Předpoklad č. 4	Položky strukturovaného rozhovoru				Průměr
	č. 16	č. 17	č. 21	č. 22	
Dostatečná informovanost	30%	60%	6%	24%	30%
Nedostatečná informovanost	70%	40%	94%	76%	70%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Z výzkumu vyplívá, že dotazovaní jsou nedostatečně informováni o možnostech následné ošetrovatelské péče.

**Výzkumný předpoklad č. 4 je tedy v souladu s výsledky výzkumu.**

## 5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala tématem návazností ošetrovatelské péče u pacientů po CMP. Stanoveny byly 4 výzkumné otázky a k nim byly vymezeny 4 výzkumné předpoklady na základě pilotního výzkumu a informací z odborné literatury. Pozornost byla zaměřena zejména na informovanost a obavy pacientů v následné péči po CMP. Na závěr byl vypracován informační materiál pro pacienty po CMP, který obsahuje rady, důležité kontakty a odkazy, které mohou pacientům či jejich rodinám pomoci v následné péči a životě po CMP. Důvod, vedoucí ke zpracování tohoto tématu, je dvouletá praxe na JIP Neurochirurgie v Krajské nemocnici Liberec a.s., kde je součástí iktová jednotka. Toto téma bylo zajímavé i proto, že se v rodině vyskytla CMP, která zanechala trvalé následky.

Výzkum byl realizován s pacienty, kteří byli hospitalizováni v Krajské nemocnici Liberec, a.s. pro iktus pomocí strukturovaného rozhovoru. Celkem bylo osloveno 50 respondentů. Rozhovor byl realizován u pacientů, kteří byli propuštěni z nemocnice a byli minimálně 3 měsíce v domácím prostředí.

Strukturovaný rozhovor byl rozdělen na dvě části, a to na sociodemografické údaje a následnou péči po CMP.

Z celkového počtu 50 respondentů bylo osloveno 29 mužů a 21 žen. Feigin uvádí, že větší riziko výskytu CMP je spíše u mužů než u žen. Což se potvrdilo i v průběžné statistice vedené oddělením a uvedené v tabulkách a grafech na straně 32 bakalářské práce. Nejčastěji uváděný věk dotazovaných byl v rozmezí 66 – 70 let (24%), dále 56 – 60 let (20%), 61 – 65 let (20%). Feigin uvádí, že riziko vzniku iktu narůstá od 45. roku věku a nejvyšší riziko výskytu iktu je u lidí nad 65 let. Nejčastěji uváděné vzdělání respondentů bylo střední odborné bez maturity (42%), dále střední odborné s maturitou (32%). 18% respondentů mělo vzdělání vysokoškolské, 6 % základní a 2 % vyšší odborné ukončené absolutoriem (Feigin, 2007).

První výzkumná otázka se zajímala, jaká je kontinuita ošetrovatelské péče od akutního lůžka až do domácího prostředí u pacientů po cévní mozkové příhodě. Na základě této otázky byl formulován výzkumný předpoklad.

**Předpokládám, že u více jak 70 % dotazovaných nebyla narušena kontinuita ošetrovatelské péče od akutní péče do domácího prostředí.** Této problematice byla věnována pozornost v otázkách číslo 12, 18, 19 a 20 strukturovaného rozhovoru.

Na otázku, kolikátý den hospitalizace po prodělané cévní mozkové příhodě jste začal/a rehabilitovat odpovědělo 100 % respondentů. U 72 % respondentů byla dostatečná návaznost rehabilitace, nebo nebyla potřeba. Bar, Chmelová z roku 2011 uvádí, že léčebně rehabilitační péče by měla být zahájena co nejdříve, tedy pokud možno ihned, když to zdravotní stav pacienta dovolí. Na polootevřenou otázku, zda pacienti měli vytvořeny podmínky pro návrat do domácího prostředí pro následnou péči, odpovědělo 100 % dotazovaných. 56 % respondentů odpovědělo ano, kde doplňující otázka byla jakým způsobem. Nejčastěji bylo doplněno, že mají neustálou přítomnost rodinného příslušníka, méně často úprava bytu, bezbariérový přístup, nový pokoj a lůžko. 44 % dotazovaných udávalo, že neměli vytvořeny podmínky pro návrat do domácího prostředí a to proto, že nebylo potřeba nebo z důvodu nedostatku informací, financí či z důvodu chráněného bydlení. Na otázku, zda respondenti využili některý z typů doporučené následné péče, bylo nejčastější odpovědí rehabilitace a to u 42 % dotazovaných. Nejméně častá odpověď byla psychologická či psychiatrická léčba a to u 8 % respondentů, přestože Bar, Chmelová z roku 2011 uvedli, že prevalence deprese u pacientů po prodělaném iktu je udávána mezi 20 – 50 % a riziko vzniku deprese u pacientů je nejvyšší v průběhu prvních několika měsíců od příhody. Na otázku, jestli si respondenti vzpomenou, jak dlouhý byl časový interval od poslední rehabilitace v nemocnici po první rehabilitaci doma, bylo nejčastější odpovědí, a to u 30 % dotazovaných, že měsíc, také u 30 % respondentů zaznělo, že nebylo potřeba. Analýzy ukazují, že pokračování léčebné rehabilitace po propuštění ze speciálních center během prvního roku po mozkovém infarktu snižuje riziko zhoršení funkce a zlepšuje u pacienta aktivity denního života (Bar, Chmelová, 2011).

Výzkumný předpoklad nebyl v souladu s výsledky bakalářské práce, ale je otázkou, zda by se výsledky v případě většího výzkumného vzorku nedostaly na stanovenou hranici 70 %, když nyní byl výsledek 68 %. Podle studia literatury je ale velké množství následné ošetrovatelské péče. Podle rozhovoru s pacienty, někteří dotazovaní následnou péči ani nepotřebovali. Podle věku pacientů se dá také usuzovat, že někteří pacienti nevyužili doporučenou následnou péči ať už ze strachu z cizích lidí či konzervativnímu

přístupu (psychologická či psychiatrická péče). Samozřejmě u několika respondentů byl důvod nedostatek informací ze strany ošetřujícího personálu a obvodního lékaře.

Další výzkumná otázka se zajímala, která z oblastí sebezpečí byla nejčastějším zdrojem obav u pacientů po cévní mozkové příhodě. Na základě této otázky jsem formulovala výzkumný předpoklad.

**Předpokládám, že u více jak 20 % dotazovaných bude nejčastějším zdrojem obav po CMP v oblasti sebezpečí schopnost udržovat tělesnou hygienu.** Těto problematice jsem se věnovala v otázce číslo 14 mého strukturovaného rozhovoru.

Pacient po CMP dle tíže postižení může mít problémy s chůzí, s posazováním, otáčením na lůžku, s jídlem, oblékáním a hygienou, což uvádí ve své publikaci Betlachová a kol. Proto jsem očekávala velké obavy pacientů v oblasti sebezpečí zejména s hygienou před návratem do domácího prostředí. Což se nepotvrdilo a nejčastější obavou respondentů bylo, že nebudou schopni pohybu těla na vzdálený úsek a to u 29 % respondentů.

27 % dotazovaných uvedlo, že neměli obavy. Obava, že respondenti nebudou schopni udržovat tělesnou hygienu, bylo odpovědí v 17 %. Další otázkou, která vyvstala v oblasti sebezpečí, bylo zjištění, kdo nebo co pomáhalo pacientům překonat tyto obavy. Nejčastější odpovědí byla rodina a to u 44 % respondentů.

Na základě těchto údajů se nepotvrdil předpoklad č. 2. Pacienti měli největší obavy, že nebudou schopni pohybu těla na vzdálený úsek. Z toho usuzuji, že zvládnutí péče o sebe sama bylo dostatečné a nepotřebovali v mnoha případech pomoc. Ale pokud šlo o větší úsilí pacienta a více pohybu, obava byla větší. Respondenti se chtěli vrátit do běžného života, jako měli před příhodou a proto chtěli zvládnout se přemístit na místa, která dříve navštěvovali. Podle rozhovoru s respondenty by se dalo usuzovat, že se vrátila většina pacientů do domácího prostředí bez handicapu a proto často neměli žádné obavy v oblasti sebezpečí. Domnívám se, že u mnoho dotazovaných byla úspěšná, včasná léčba a dostatečná následná ošetrovatelská péče, nebo pacienty postihla lehčí forma iktu.



Dále byla pro výzkum zvolena výzkumná otázka, která zjišťovala, jaká oblast každodenních činností byla nejčastějším zdrojem obav u pacientů po cévní mozkové příhodě. Na základě této otázky byl formulován výzkumný předpoklad.

**Předpokládám, že u více jak 20 % dotazovaných bude nejčastějším zdrojem obav po CMP v oblasti každodenních činností neschopnost vykonávat své zaměstnání.** Této problematice se věnovala otázka číslo 13 strukturovaného rozhovoru.

Herzig uvádí, že CMP představují významnou příčinu dlouhodobé invalidity a plný návrat do pracovního procesu je zpravidla možný po TIA či lehčí formě CMP. U ostatních typů ICMP pracovní schopnost závisí na stupni postižení, který často přinutí pacienty změnit své pracovní zařazení, eventuálně pracují jen na částečný úvazek. Někteří pacienti mají reziduální deficit natolik závažný, že přecházejí do plného invalidního důchodu. Na základě literatury a předvýzkumu bylo očekáváno, že nejčastější obavy v oblasti každodenních činností, bude neschopnost vykonávat zaměstnání. Tato odpověď byla nejčastěji uváděna i oslovenými respondenty a to u 26 % z nich. Další častou odpovědí bylo, že nebudou moci vykonávat běžné domácí práce a to v 21 %.

Další otázkou, která se týkala oblasti každodenních činností, byla: Při kterých činnostech je dopomoc absolutně nezbytná? Nejčastější odpovědí bylo v 27 % při cestování. Dále jsem se dotazovala, zda zapříčinila prodělaná cévní mozková příhoda sníženou možnost věnovat se koníčkům a zálibám, na kterou byla nejčastější odpověď ne v 48 %. 30 % odpovědělo ano, částečně, 22 % ano, úplně.

Z těchto údajů je zjevné, že se potvrdil předpoklad č. 3. Pacienti měli největší obavy v oblasti každodenních činností, že nebudou schopni vykonávat své zaměstnání. Z toho usuzují, že mnoho respondentů je v produktivním věku a jsou v pracovním procesu. Pacienti se nejvíce obávají, že nebudou moci vydělávat peníze a tak udržet svou rodinu se standardem, který měla před příhodou. Respondenti chtějí zpět vykonávat svoje koníčky, záliby a začlenit se do společnosti.

Poslední výzkumná otázka se zabývala informovaností pacientů o možnostech následné péče již před propuštěním ze zdravotnického zařízení. Na základě této otázky byl formulován výzkumný předpoklad.

**Předpokládám, že u více jak 50 % respondentů bude nedostatečná informovanost o možnostech následné ošetrovatelské péče.** Této se věnovala pozornost v otázkách č. 16, 17, 21 a 22 strukturovaného rozhovoru.

Na otázku, jestli respondentům bylo něco doporučeno před odchodem do domácí péče, odpovědělo ne 70 % dotazovaných. Ano, odpovědělo 30 % respondentů, kde doplnili, že nejčastěji jim byla doporučena rehabilitace, logopedie, správná životospráva. Otázka, která zjišťovala, kdo poskytl nejvíce informací o následné domácí péči, byla nejčastější odpověď ošetřující lékař v nemocnici a to u 44 % respondentů. 18 % respondentů nejvíce informací dostalo od rehabilitačního pracovníka. Pouze 16 % uvedlo obvodního lékaře. 14 % respondentů odpovědělo, že si informace zjistili jiným způsobem. Otázka, která zjišťovala, zda respondenti byli informováni, že existuje společnost, organizace, zabývající se cévní mozkovou příhodou, která jim může pomoci se snadnějším návratem do života, odpovědělo ne 94 % respondentů. Ano, odpovědělo 6 % dotazovaných. Poslední otázka, týkající se informovaností pacientů zjišťovala, v kterých oblastech informací o následné péči po cévní mozkové příhodě pacienti shledali nejvíce nedostatků ze strany ošetřujícího personálu s ohledem na jejich tehdejší potřeby. Nejčastější odpověď byla o následné rehabilitaci, kterou vybralo 36 % respondentů. 24 % dotazovaných uvedlo, že informace byly dostačující., Pouze 4 % o psychologické či psychiatrické léčbě.

Z toho vyplívá, že pacienti nejsou dostatečně informováni o možnostech následné ošetrovatelské péče. Na základě těchto údajů se mi potvrdil předpoklad č. 4. Někteří respondenti se bojí zeptat, že obtěžují apod. Podle rozhovoru s pacienty je i zjevné, že někteří nemají možnost informací z jiných zdrojů, jako je internet. Respondenti uvedli, že by rádi dostali více informací o následné ošetrovatelské péči.

## **6 Návrh doporučení pro praxi**

Cílem předkládané bakalářské práce bylo prozkoumání několika otázek, týkajících se návaznosti následné ošetrovatelské péče o pacienta po CMP. Ze závěru této bakalářské práce vyplívá, jaká je kontinuita péče a mimo jiné jak jsou pacienti informováni o následné péči před odchodem do domácího prostředí.

Jelikož z výzkumu vyplynulo, že pacienti jsou nedostatečně informováni o možnostech následné péče, tak je nezbytné, aby došlo ke zkvalitnění informovanosti pacientů a jejich rodin.

Návrhem pro uplatnění tohoto výzkumu by mohl být informační materiál pro pacienty po CMP a jejich rodiny, který by pacienti dostávali před propuštěním z nemocnice do domácího prostředí (příloha č. 9). Takový informační materiál v nemocnici, kde byl výzkum prováděn, chybí.

Informační materiál vytvořený pro pacienty po CMP a jejich rodiny může použít i zdravotnický personál jako doplněk při své edukaci.

## 7 Závěr

Tématem této bakalářské práce byla Návaznost ošetrovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část vychází z odborné literatury, časopisů, internetových zdrojů a zabývá se návazností péče od akutní přednemocniční péče až po péči v domácím prostředí. Jsou zde vysvětleny základní pojmy a principy. V této části je zmíněna anatomie CNS a cévní zásobení mozku, rozdělení cévních mozkových příhod, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostika, léčba, komplikace léčby, prevence a v neposlední řadě péče o pacienta s ICMP která obsahuje akutní péči, následnou ošetrovatelskou péči, rehabilitační péči a domácí péči.

Praktická část byla věnována výzkumnému šetření. Cílem bylo zjistit, jaká je návaznost ošetrovatelské péče od akutní péče až po péči domácí. Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější obavy pacientů před odchodem do domácího prostředí v oblasti sebepečce a každodenních činností. Čtvrtým cílem bylo zjistit informovanost pacientů o možnostech následné péče. Posledním cílem této bakalářské práce bylo vytvoření informačního materiálu pro pacienty po cévní mozkové příhodě o možnostech následné péče. Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí telefonického strukturovaného rozhovoru, který absolvovali pacienti po iktu hospitalizovaní v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Na základě výsledků výzkumného šetření byl navržen informační materiál pro pacienty po cévní mozkové příhodě o možnostech následné péče. Práce naplnila stanovené cíle.

Závěry této práce mohou posloužit pro další zkoumání problematiky CMP, případně zlepšit informovanost pacientů a jejich rodin o možnostech následné péče po prodělané CMP díky zpracovanému informačnímu materiálu.

## Seznam bibliografických citací

### MONOGRAFIE

- 1) AMBLER, Zdeněk. *Základy Neurologie*. 7. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
- 2) BARTONÍČKOVÁ, Viktorie, Alžběta DVOŘÁKOVÁ. *Cesta z mlčení*. Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-531-8.
- 3) BENDOK, Bernard, Andrew NAIDECH, Matthew WALKER, Hunt BATJER. *Hemorrhagic and Ischemic Stroke*. Thieme: Barnes Noble, 2011. ISBN-13: 9781604062359.
- 4) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3. 2., upr. a dopl.vyd.* Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-1132-X.
- 5) DOBIÁŠ, Viliam. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. prepracované a doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2012, ISBN 978-80-8063-387-5.
- 6) ELIŠKOVÁ, Miroslava, Ondřej NAŇKA, *Přehled anatomie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
- 7) FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
- 8) FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1914-6.
- 9) HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, farmakoterapie, chyby a omyly*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-148-6.
- 10) CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.
- 11) KAHOUN, Vilém a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.
- 12) KALINA, Miroslav a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.
- 13) KALITA, Zbyněk a kol. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
- 14) KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie. 3. přeprac. a dopl.vyd.*, Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2765-3.

- 15) KANTŮRKOVÁ, Ivana. *Cévní mozková příhoda v přednemocniční neodkladné péči seniorů*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Michaela Schneiderová.
- 16) KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 9778-80-247-1830-9.
- 17) KAVKOVÁ, Miroslava. *Léčebně rehabilitační plán a postup u pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Brno, 2014. Bakalářská práce v oboru fyzioterapie a léčebná rehabilitace. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Vedoucí práce Dagmar Janů.
- 18) KOLÁŘ, Pavel a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 19) LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.
- 20) MÁDLOVÁ, Ivana a kol. *Příručka pro ošetrování pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Česká asociace sester, 2013, Praha.
- 21) MIßBACH, B. Heidi. *Základy pohybové podpory Viv-Arte anestetika modul 1-4*. Asselfinger: Viv-Arte, 2008. ISBN neuvedeno.
- 22) MUMENTHALER, Marco, Claudio BASSETTI, Christof DAETWYLER. *Neurologická diferenciatní diagnostika: překlad 5. přepracovaného a doplněného vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2298-6.
- 23) PEŠLOVÁ, Radka. *Pečuj doma. Rady sociálně-právní*. Ostrava: Diakonie, 2013. ISBN 978-80-904711-5-3.
- 24) PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
- 25) RAINE, Sue, Linzi MEADOWS, Mary LYNCH-ELLERINGTON. *Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological and Rehabilitation*. New York: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 978-1-4051-7041-3.
- 26) SEIDL, Zdeněk, Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.

- 27) SPENCE, David. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: Trito, 2008. ISBN 978-80-7387-058-4.
- 28) SMRČKA, Martin a kol. *Poranění mozku*. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2001. ISBN 80-7169-820-2.
- 29) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi. 1. vyd.* Praha: Galén, 2005. ISBN 90-7262-365-6.
- 30) TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 3. vydání. Brno, 2013. ISBN 978-80-7013-553.
- 31) TRAPL, M. a kol. *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen*. *Stroke*. 2007 Nov; 38(11): 2948-52.
- 32) TYRLÍKOVÁ, I. – BAREŠ, M. a kol. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.
- 33) WORLD HEALTH ORGANIZATION 1999. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2004. ISBN 80-247-0592-3.

#### **ODBORNÁ PERIODIKA**

- 34) BAR, Michal, Irina CHMELOVÁ. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, č. 2, s. 128-135. ISSN: 1212-4184.
- 35) BETLACHOVÁ, Milada a kol. Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí – 3. část. Nejdůležitější neurologické diagnózy z pohledu rehabilitace. *Medicína pro praxi*. 2013, roč. 10, č. 4, s. 167-169. ISSN: 1214-8687.
- 36) JANSOVÁ, Jana. Význam spolupráce LDN oddělení s rehabilitační sestrou a dalšími odborníky v léčbě pacientů po mozkových příhodách. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 80-81. ISSN: 1210-0404.
- 37) JUŘÍKOVÁ, Lenka. Afázie aneb komunikace v ohrožení. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 7-8, s. 26-27. ISSN: 1210-0404.

38) LACMAN, Jiří a kol. Intervenční léčba u cévních mozkových příhod. *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, č. 5, s. 486-491. ISSN: 1212-4184.

39) VRÁBLÍK, Michal. Léčba hypertenze a cévní mozková příhoda. *Interní medicína pro praxi*. 2010, roč. 12, č. 5, s. 280-287. ISSN: 1212-7299.

40) ZATLOUKALOVÁ, Irena. Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 54-56. ISSN: 1210-0404.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

41) ČESKO. Ministerstvo práce a sociálních věcí. MPSV. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 124 – 133. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

42) OBČANSKÉ SDRUŽENÍ KLUB AFASIE. *Jak komunikovat s osobou s afázií* [online]. 2008 [vid. 25. 4.2015]. Dostupné z [http://www.klubafasie.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&Itemid=17](http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=17).

43) SDRUŽENÍ CMP. *Rekondiční pobyty* [online]. 2014 [vid. 25. 4.2015]. Dostupné z <http://www.sdruzenicmp.cz/kdo-jsme/rekondicni-pobyty>

44) MIKULÍK, Dufek, Goldemund, Reif, I. Neurologická klinika FN u sv. Anny, Brno. Verze 10/2003. Zdroj: <http://cmp-manual.wbs.cz/skaly/nihss.pdf>

45) HÁJEK, Eduard. *Náplast při léčbě bolesti* [online]. 7. 2.2008. [vid. 21. 6.2015]. Dostupné z: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>

46) FORNŮSKOVÁ, Markéta. SCA Hygiene Products, s. r. o. Brožura, *Jak pečovat* [online]. 9. 9.2013 [vid. 24. 5.2015]. Dostupné z: <http://www.tenacz.cz/pece-o-nase-nejblizsi/>



## Seznam příloh

Příloha číslo 1	NIHSS
Příloha číslo 2	GCS
Příloha číslo 3	VAS
Příloha číslo 4	screeningové vyšetření polykání GUSS
Příloha číslo 5	Barthel test
Příloha číslo 6	Kódování dotazníkových položek
Příloha číslo 7	Strukturovaný rozhovor
Příloha číslo 8	Souhlas s prováděním výzkumu
Příloha číslo 9	Informační materiál

## Seznam tabulek

Tabulka 1 - Přehled mužů a žen, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014 .....	46
Tabulka 2 - Průměrný věk mužů a žen, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014 .....	47
Tabulka 3 - Průměrná délka pobytu v nemocnici u mužů a žen, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014.....	47
Tabulka 4 - Pohlaví respondentů .....	49
Tabulka 5 - Věk respondentů.....	50
Tabulka 6 - Vzdělání respondentů .....	51
Tabulka 7 - Obtíže respondentů před CMP .....	52
Tabulka 8 - Projevy CMP u respondentů.....	53
Tabulka 9 - Přetrvávající projevy u respondentů.....	54
Tabulka 10 - Příčina přetrvávajících projevů .....	55
Tabulka 11 - Obtíže .....	56
Tabulka 12 - Pohyblivost v lůžku .....	57
Tabulka 13 - Dopomoc při chůzi .....	58
Tabulka 14 - Činnosti s dopomocí.....	59
Tabulka 15 - Pracovní schopnost.....	60
Tabulka 16 - Schopnost pečovat o rodinu .....	61
Tabulka 17 - Možnost věnovat se koníčkům a zálibám.....	62
Tabulka 18 - Rehabilitace .....	63
Tabulka 19 - Obavy z každodenních činností.....	64
Tabulka 20 - Obavy v oblasti sebepéče .....	65
Tabulka 21 - Pomoc v překonávání obav .....	66
Tabulka 22 - Doporučení .....	67
Tabulka 23 - Informace o následné péči .....	68
Tabulka 24 - Podmínky pro návrat do domácího prostředí .....	69
Tabulka 25 - Doporučená následná péče .....	70
Tabulka 26 - Doporučená následná péče .....	70
Tabulka 27 - Časový interval rehabilitace .....	71
Tabulka 28 - Informovanost o následné péči.....	72
Tabulka 29 - Nedostatek informací .....	73

Tabulka 30 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1 .....	74
Tabulka 31 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2 .....	75
Tabulka 32 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3 .....	76
Tabulka 33 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 4 .....	77

## Seznam grafů

Graf 1 - Počet mužů, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014.....	46
Graf 2 - Počet žen, které přežily/nepřežily CMP v letech 2013 a 2014 .....	46
Graf 3 - Průměrný věk mužů, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014.....	47
Graf 4 - Průměrný věk žen, které přežily/nepřežily CMP v letech 2013 a 2014.....	47
Graf 5 - Průměrná délka pobytu v nemocnici u mužů, kteří přežili/nepřežili CMP v letech 2013 a 2014 .....	48
Graf 6 - Průměrná délka pobytu v nemocnici u žen, které přežily/nepřežily CMP v letech 2013 a 2014 .....	48
Graf 7 - Pohlaví respondentů .....	49
Graf 8 - Věk respondentů.....	50
Graf 9 - Vzdělání respondentů.....	51
Graf 10 - Obtíže respondentů před CMP .....	52
Graf 11 - Projevy CMP u respondentů .....	53
Graf 12 - Přetrvávající projevy u respondentů.....	54
Graf 13 - Příčina přetrvávajících projevů .....	55
Graf 14 – Obtíže .....	56
Graf 15 - Pohyblivost v lůžku.....	57
Graf 16 - Dopomoc při chůzi.....	58
Graf 17 - Činnosti s dopomocí.....	59
Graf 18 - Pracovní schopnost.....	60
Graf 19 - Schopnost pečovat o rodinu .....	61
Graf 20 - Možnost věnovat se koníčkům a zálibám .....	62
Graf 21 - Rehabilitace.....	63
Graf 22 - Obavy z každodenních činností .....	64
Graf 23 - Obavy v oblasti sebepečce .....	65
Graf 24 - Pomoc v překonávání obav .....	66
Graf 25 – Doporučení .....	67
Graf 26 - Informace o následné péči.....	68
Graf 27 - Podmínky pro návrat do domácího prostředí .....	69
Graf 28 - Doporučená následná péče.....	70
Graf 29 - Časový interval rehabilitace .....	71

Graf 30 - Informovanost o následné péči.....	72
Graf 31 - Nedostatek informací .....	73

# Přílohy

Příloha číslo 1

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně  
Pracoviště: 1. neurologická klinika, JIP  
Pekařská 53, 602 01 Brno, Česká republika  
Tel.: +420 543 182 646, Fax: +420 543 182 624, www.fnusa.cz



## National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Jméno pacienta		přijem	2 h	24 h	7 dní / prop
Rodné číslo					
<b>1a. Úroveň vědomí</b> zvolit takové testovací impulzy, aby oběhly případně přehádky (ortoch, trauma, jazyk, barba, intubace), testuje se vždy.	0- plně při vědomí, spolupracující 1- spaví, po mírné stimulaci prolechno, odpoví 2- opalovaná stimulace k pozornosti, odpor 3- koma (reflexní či šátká odpověď)				
<b>1b. Slovní odpovědi</b> přijme se na váš pacient a následně požádá se první a pouze žadá správné odpovědi, bez nápovědy.	0- obě odpovědi zcela správné 1- jedna správná, těžká dysartrie či jiná barba (OTT) 2- obě špatná, afázie, kóma				
<b>1c. Vyhovění výzvám</b> požádá o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření nepřepírné ruky, úkon by pacientovi přivést.	0- obe úkony správné 1- jeden úkon správný 2- žádný správný, kóma				
<b>2. Okulomotorika</b> testuje se pouze horizontální pohyb, nečistá a barba (alekta, barba, trauma) je testován reflexní pohyb (ne laterální testování). Testuje se i pac. v kómatu.	0- bez patologie 1- bez parasa olohybného nervu, devlace či pohledová parasa pořádková OC manévry 2- nepolehčitelná devlace či pohledová parasa				
<b>3. Zorné pole</b> vyšetřovat i stimulární pohyb prstů kuři fenomáru estrička. Testujeme i u sac. a poruchou vědomí pomocí mřkáckho reflexu.	0- bez postižení 1- částečné hemianopsie, fenomín estrička 2- kompletní hemianopsie 3- oboustranná hemianopsie (šlepa, včetně kortikální slepoty)				
<b>4. Faciální parasa</b> Čenění zubů, zavření očí, slivace obolí.	0- symetrický pohyb, bez postižení 1- lehká parasa (např. asymetrie NE, rhy) 2- úplná nebo částečná parasa dolní větve (centrální parasa) 3- kompletní (parit.) parasa urí-š bilaterální, koma				
<b>5. a 6. Motorika</b> HOK do 50 at v sadě nac. 45 at. více DOK do 30 at. kolikání na HOK je lehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DOK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny. Š se uděluje při jiném postižení končetiny - vyvědit.	0- bez kolikání 1- kolikání nebo pokles, bez úplného pádu na nedostihu 2- určitý pohyb proti gravitaci, neudrží nad podložkou 3- pohyb po podložce 4- omla. bez zohřvu. koma (ano všechny konč.) 5- amputace, ankyloza či příšný patolog. nálezu neuculující a příhodou	LHK PHK LDK PDK			
<b>7. Ataxie končetin</b> testování prst-nac-grst na HOK a na DOK pale koleno. Nehodnotí se u sac. ktený nerszumí. U silových non-nastádné HK. V kómatu, při plagi atd. se hodnotí 0.	0- nepřítomna, nebo jen díledeč parasy. Koma. 1- na jedné končetině 2- přítomna na více končetinách 3- amputace, ankyloza atd.				
<b>8. Senzitivita</b> zkouší se ostěhlné předmětem. u neurologických silových podnětů (línkové reakce, grimasy). Koma hodnotíme 2.	0- bez poruchy úhí 1- lehká a střední porucha senze (hypestetie, hypalgetie) 2- těžká porucha senze at anestetie urí, či bilat. Kóma.				
<b>9. Řeč</b> testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA, DÉKLI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MČ. Víte jak, Dohl na zem, jsem už z práce doma. Popře oběhale.	0- bez afázie 1- lehká řečková porucha, lze porozumět 2- těžká řečková porucha 3- plobání afázie, mutismus, kóma				
<b>10. Dysartrie</b> Při řečkové změně hodnotíme výslovnost. Při hodnocení š vyvědit (např. OTT).	0- nepřítomna 1- sethák řeč, je mu rozumět 2- výrazná sethák výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma 3- intubace, jiná barba				
<b>11. Neglect</b> Podří stimulární stimulaci zraku a senze. Hodnotí se pouze, pokud přítomna.	0- nepřítomna 1- neglectuje 1 šlehu, anocroze 2- neglectuje více jak 1 šlehu, kóma.				
<b>Celkové NIHSS</b>					
<b>Podpis</b>					

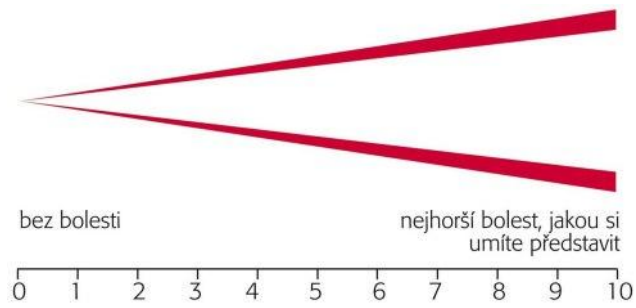
Zdroj: MIKULÍK, Dufek, Goldemund, Reif, I. Neurologická klinika FN u sv. Anny, Brno. Verze 10/2003. Zdroj: <http://cmp-manual.wbs.cz/skaly/nihss.pdf>

## Glasgow Coma Scale (GCS)

Reakce	Podnět	Počet bodů
A. Otvírání očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	žádné	1
B. Slovní odpověď	adekvátní (orientován)	5
	zmatená	4
	nepřiměřená (zkomolená)	3
	nesrozumitelná	2
	žádná	1
C. Motorická odpověď	adekvátní na oslovení	6
	adekvátní na bolest	5
	úhyb	4
	flexe na bolest	3
	extenze na bolest	2
	žádná	1

Zdroj: Mádlová, Ivana a kol. *Příručka pro ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Česká asociace sester, 2013, Praha.

Příloha číslo 3



Zdroj: Hájek, Eduard. *Náplast při léčbě bolesti* [online]. 7. 2.2008. [vid. 21. 6.2015].

Dostupné z: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>



**GUSS** Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno: .....  
 Datum: .....  
 Čas: .....

**1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání**

		ANO	NE
<b>Bdělost</b>	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Kašel a/nebo odkašlávání</b>	Volný kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Polykání slin:</b>			
▪ Polykání úspěšné		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>Celkem:</b>		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = pokračujte s částí 2	

**2. Přímý test polykání** (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušťovaadlo, chléb)

V následujícím pořadí:	1 →	2 →	3 →
	ZAHUŠTĚNÁ TEKUTINA <sup>*</sup>	TEKUTINA <sup>**</sup>	PEVNÁ STRAVA <sup>***</sup>
<b>POLYKÁNÍ:</b>			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>KAŠEL (bezděčný):</b> před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>DROOLING:</b>			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>ZMĚNA HLASU:</b> (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>CELKEM:</b>	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = norma
<b>CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) ..... (20)</b>			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovaadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zbarvené tekutiny		
<sup>1</sup>	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

## GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

	VÝSLEDKY	STUPEŇ	DOPORUČENÍ
20	Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normální dieta.</li> <li>▪ Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).</li> </ul>
15-19	Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla).</li> <li>▪ Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku.</li> <li>▪ Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS.</li> <li>▪ Upozornit klinického logopeda.</li> </ul>
10-14	Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zahuštěnými konzistencemi jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou.</li> <li>▪ Všechny tekutiny musí být zahušťovány!</li> <li>▪ Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou.</li> <li>▪ Žádná medikace v tekuté formě konzistence.</li> <li>▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS.</li> <li>▪ Upozornit klinického logopeda.</li> </ul> <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
0-9	Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Žádná strava per os</li> <li>▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS.</li> <li>▪ Upozornit klinického logopeda.</li> </ul> <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

Zdroj: Trapl, M. a kol. *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen*. Stroke. 2007 Nov; 38(11): 2948-52.



**Barthelův test základních všedních činností****(ADL – Activities of Daily Living)**

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

**Hodnocení stupně závislosti:**

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: Topinková, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214,  
 ISBN 90-7262-365-6.

## Kódování odpovědí

Kódování	Otázka 12	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
správná návaznost ošetrovatelské péče	Druhý den	19	38%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Za týden	9	18%
špatná návaznost ošetrovatelské péče	Za měsíc	4	8%
špatná návaznost ošetrovatelské péče	Nevím, nepamatuji se	10	20%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Nebyla	8	16%
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Kódování	Otázka 16	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
dostatečná informovanost	Ano	15	30%
nedostatečná informovanost	Ne	35	70%
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Kódování	Otázka 17	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
nedostatečná informovanost	Všeobecná sestra	1	2%
dostatečná informovanost	Ošetřující lékař v nemocnici	22	44%
dostatečná informovanost	Obvodní lékař	8	16%
nedostatečná informovanost	Rehabilitační pracovník	9	18%
nedostatečná informovanost	Sociální pracovník	3	6%
nedostatečná informovanost	Informace jsem zjistil/a jiným způsobem	7	14%
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Kódování	Otázka 18	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
správná návaznost ošetrovatelské péče	Ano	28	56%
špatná návaznost ošetrovatelské péče	Ne	22	44%
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Kódování	Otázka 19	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
správná návaznost ošetrovatelské péče	Rehabilitace	32	42%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Logopedie	12	16%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Domácí rehabilitace	11	14%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Psychologická či psychiatrická léčba	6	8%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Sociální péče	5	7%
špatná návaznost ošetrovatelské péče	Ne	10	13%
	<b>Celkem</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Kódování	Otázka 20	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
správná návaznost ošetrovatelské péče	Dva dny	4	8%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Týden	10	20%
špatná návaznost ošetrovatelské péče	Měsíc	15	30%
špatná návaznost ošetrovatelské péče	Nemapatují se	6	12%
správná návaznost ošetrovatelské péče	Nebylo potřeba	15	30%
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Kódování	Otázka 21	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
dostatečná informovanost	Ano	3	6%
nedostatečná informovanost	Ne	47	94%
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Kódování	Otázka 22	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
nedostatečná informovanost	O následné rehabilitaci	18	36%
nedostatečná informovanost	O logopedii	4	8%
nedostatečná informovanost	O možnostech domácí rehabilitace	9	18%
nedostatečná informovanost	O psychologické či psychiatrické léčbě	2	4%
nedostatečná informovanost	O sociální péči	5	10%
dostatečná informovanost	Informace ve všech výše zmíněných oblastech byly dostačující	12	24%
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

## Strukturovaný rozhovor

### S.1 Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

### S.2 Kolik je Vám let?

### S.3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
  - Střední odborné bez maturity
  - Střední odborné s maturitou
  - Vyšší odborné ukončené absolutoriemi
  - Vysokoškolské
- 

### 1. Měl/a jste obtíže s rovnováhou, pohyblivostí, citlivostí před cévní mozkovou příhodou?

- Ne
- Ano, jaké?  
Pokud ano, víte, co bylo jejich příčinou?

.....

.....

.....

### 2. Jaké jste měl/a projevy bezprostředně po náhlé cévní mozkové příhodě? Možnost výběru více odpovědí.

- Porucha řeči
- Porucha zraku
- Částečná porucha pohyblivosti
- Částečná porucha citlivosti
- Úplná porucha hybnosti
- Úplná porucha citlivosti

**3. Máte nějaké přetrvávající projevy po proběhlé cévní mozkové příhodě? Možnost výběru více odpovědí.**

- potíže se čtením a psaním
- potíže s řečí
- narušena rovnováha či koordinace pohybu
- potíže se zrakem
- porucha citlivosti na tváři, ruce, noze
- slabost, nebo ztráta pohybu na ruce, noze
- slabost, nebo ztráta pohybu ve tváři
- potíže s polykáním
- jiné potíže
- nemám obtíže

**4. Proč si myslíte, že máte přetrvávající projevy po proběhlé cévní mozkové příhodě?**

- Z důvodu nedostatku informací
- z důvodu nedostatečné rehabilitace
- z důvodu rozsáhlého poškození, kde nebylo možné navrácení k původnímu stavu
- z důvodu nedostatečné péče po CMP v nemocnici
- z důvodu nedostatku vlastní motivace cvičit
- z důvodu nedostatečné následné pomoci po CMP
- z důvodu nedostatku financí
- nevím
- jiné
- nemám obtíže

**5. Po proběhlé cévní mozkové příhodě Vám nezůstaly žádné obtíže a v zásadě jste se vrátil/a k normálnímu stavu?**

- Ano
- Ne, proč? Popište:

.....

.....

.....

.....

**6. Máte nyní zhoršenou pohyblivost v lůžku?**

- Ano, úplně
- Ano, částečně
- Ne



**7. Potřebujete nyní pomoc druhé osoby při chůzi?**

- Ano, zcela
- Ano, částečně, kdy nejčastěji?

.....

.....

- Ne

**8. Při kterých činnostech je pomoc absolutně nezbytná?**

- Při přípravě jednoduchého jídla
- Při běžné domácí práci
- Při základní manipulaci s penězi
- Při cestování
- Není potřeba

**9. Snížila proběhlá cévní mozková příhoda Vaši pracovní schopnost pro výkon povolání?**

- Ano, úplně
- Ano, částečně, popište jakým způsobem:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Ne

**10. Snížila proběhlá cévní mozková příhoda Vaši schopnost pečovat o rodinu?**

- Ano, zcela
- Ano, částečně
- Ne

**11. Zapříčinila proběhlá cévní mozková příhoda snížení možnosti věnovat se koníčkům a zálibám?**

- Ano, úplně. Kterým?
- Ano, částečně. Kterým?
- Ne

**12. Vzpomenete si, kolikátý den hospitalizace po proběhlé cévní mozkové příhodě jste začal/a rehabilitovat?**

- Druhý den
- Za týden
- Za měsíc
- Nevím, nepamatuji se
- Nebyla

**13. Která oblast z každodenních činností pro Vás byla největší obavou před návratem domů ze zdravotnického zařízení?**

- Nebudu moci vykonávat své zaměstnání
- Nebudu moci si zařizovat důležité věci na úřadech apod.
- Nebudu moci vykonávat sexuální potřeby
- Nebudu moci plnit svou roli v rodině
- Nebudu moci vykonávat běžné domácí práce
- Neměl/a obavy

**14. Vzpomenete si, co pro Vás bylo největší obavou v oblasti sebezpečí, před návratem domů ze zdravotnického zařízení?**

- nebudu schopen/schopna udržovat tělesnou hygienu
- nebudu schopen /schopna přijímat potravu
- nebudu schopen/schopna obléci se
- nebudu schopen /schopna ve vyprazdňování
- nebudu schopen/schopna pohybu na lůžku
- nebudu schopen/schopna pohybu těla na vzdálený úsek
- Neměl/a obavy

**15. Kdo, nebo co Vám pomáhalo překonat tyto obavy? Možnost výběru více odpovědí.**

- Rodina
- Zdravotnický personál
- Volnočasové aktivity
- Přátelé
- Kněz
- Psycholog
- Sám/sama
- Jiné, napište:

.....  
.....

**16. Bylo Vám něco doporučeno před odchodem do domácí péče?**

Ano, a co?

.....  
.....

Ne

**17. Kdo vám poskytl nejvíce informací o následné domácí péči?**

Všeobecná sestra

Ošetřující lékař v nemocnici

Obvodní lékař

Rehabilitační pracovník

Sociální pracovník

Informace jsem zjistil/a jiným

způsobem:.....

.....

**18. Měl/a jste před návratem domů vytvořeny podmínky pro návrat do domácího prostředí a pro následnou péči?**

Ano, jakým způsobem?

Popište:.....

.....

Ne, proč?

Popište:.....

.....

**19. Využil/a jste některý z typů doporučené následné péče? Možnost výběru více odpovědí.**

Rehabilitace

Logopedie

Domácí rehabilitace

Psychologická či psychiatrická léčba

Sociální péče

Ne,

proč?.....

.....

**20. Vzpomenete si, jak dlouhý byl časový interval od poslední rehabilitace v nemocnici po první rehabilitaci doma?**

- Dva dny
- Týden
- Měsíc
- Nepamatuji se
- Nebylo potřeba

**21. Byl/a jste informován/a, že existuje společnost, organizace, zabývající se cévní mozkovou příhodou, která Vám může pomoci se snadnějším návratem do života?**

- Ano, můžete jmenovat?
- Ne

**22. V kterých oblastech informací o následné péči po cévní mozkové příhodě jste shledal/a nejvíce nedostatků ze strany ošetřujícího personálu s ohledem na Vaše tehdejší potřeby?**

- O následné rehabilitaci
- O logopedii
- O možnostech domácí rehabilitace
- O psychologické či psychiatrické léčbě
- O sociální péči
- Informace ve všech výše zmíněných oblastech byly dostačující

Zdroj: vlastní

## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	MAŠKOVÁ MARTINA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Kočník
VŠEOBECNÁ SESTRA	Z 11000032	II.
Téma práce	Návaznost ošetrovateľskej práce u pacientů po cívni mozgové príhode	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Krajská nemocnice Liberec	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Kateřina Maňanová	
Vydání vedoucího práce	<input type="radio"/> výzkum bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis Mašková	
k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu		
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Maňanová
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. Marie Fyralová ředitelka ošetrovateľskej péče
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Maňanová
Datum zahájení výzkumu	1.3. 2015	
Datum ukončení výzkumu	30.4. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	/	
Počet oslovených respondentů (klientů)	50	
Poznámka:		

v Liberci dne 22.5.2015

podpis studenta



## **INFORMACE PRO PACIENTY S CMP A JEJICH RODINY PRO OBDOBÍ PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE**

Prodělali jste cévní mozkovou příhodu (CMP), po které Vám zůstaly různě závažné následky. I při velmi lehkém průběhu si po návratu do domácího prostředí můžete uvědomit nějaké změny, které jste v nemocnici tak nepozorovali. Dobrá zpráva pro Vás: řada těchto deficitů se po čase zlepší, zvláště při cílené rehabilitaci.

Během pobytu v nemocnici jste podstoupili různá vyšetření, upřesňující Vaše rizikové faktory pro opakování CMP. Výsledky vyšetření jsou uvedeny v závěrečné propouštěcí zprávě spolu s nich vyplývajícími léčebnými opatřeními a doporučeními léků a další péče.

V tomto informačním materiálu jsme pro Vás připravili stručný přehled informací, které jsou užitečné, ale do lékařské zprávy se zpravidla neuvádějí. S jejich využitím Vám bude umět pomoci Váš ošetřující/praktický lékař.

### **ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Praktický lékař je obeznámen s obvyklým vývojem zdravotního stavu pacientů po CMP, pokud máte nějaké nové obtíže, je na místě se s ním poradit o vhodné specializované péči.

**Odborné poradny:** Pokud docházíte na kontroly na kardiologii či diabetologii, nic se na této péči nemění. Je vhodné objednat se do neurologické ambulance. Ambulantní neurolog Vám v případě potřeby doporučí další specializovanou péči.

Pokud jste během hospitalizace byli v péči **logopeda**, informujte se co nejdříve o potřebě a možnosti ambulantní logopedické péče klinického logopeda. *Odkaz: asociace klinických logopedů.*

Péče **neuropsychologa** je dlouhodobá záležitost a měli byste být při propuštění domluveni, jakou formou bude dále pokračovat. *Tel. KNL, a.s.: 485 311 111*

Sledování v **neurosonologické poradně** tel. **485 312 715** obnáší ultrazvukové vyšetření přívodných tepen mozku a neurologické vyšetření a je určeno nejčastěji pacientům po operaci nebo stentu krkavic a pacientům s tzv. hraničním nálezem, kdy se sleduje eventuální rozvoj zúžení tepny.

Termín na kontrolu v **cévní ambulanci neurochirurgie** dostanete při propuštění nebo se objednáte v doporučeném intervalu od hospitalizace na tel. 485 31 3130.

Ztratili jste se v houštině doporučení a nejste si jisti jak dál postupovat? Můžete se objednat do **iktové poradny**, kde se pokusíme spolu další cestu najít. Tel. **485 31 3130** (s. Lišková, dr. Klimošová).

## **REHABILITACE**

Rehabilitace začíná již na lůžku iktové jednotky a neurologického oddělení a probíhá denně. Je možné se domluvit s fyzioterapeutem a do rehabilitace se aktivně zapojit. Tento postup je výhodný zejména pokud se připravujete na domácí ošetřování a domácí rehabilitaci.

Před propuštěním z nemocnice doporučí fyzioterapeut případné potřebné rehabilitační a kompenzační pomůcky. Poukaz na pomůcku vystaví lékař při ukončení hospitalizace. Kompenzační pomůcky lze také zapůjčit prostřednictvím organizace pro zdravotně postižené nebo ve specializovaných půjčovnách. Překlad na lůžko odd. rehabilitace je indikován po konziliu rehabilitačního lékaře u pacientů schopných podstoupit intenzivní rehabilitaci. Základní rehabilitace probíhá i na lůžkách odd. následné péče.

## **SOCIÁLNÍ POMOC**

Pokud je v průběhu hospitalizace zřejmé, že bude nutné zajistit sociální a pečovatelské služby, provede se sociální šetření. Sociální pracovník má několikrát schůzku s pacientem i s jeho rodinou a společně se snaží vybrat co nejvhodnější variantu následné péče.

Pokud hledáte pro sebe či své příbuzné zdravotní či sociální službu sami, měli by Vám být schopni poradit na sociálním odboru městského úřadu či na krajských úřadech. Přehledný zdroj informací je registr poskytovatelů sociálních služeb, který spadá pod ministerstvo práce a sociálních věcí://[iregistr.mpsv.cz](http://iregistr.mpsv.cz). Seniorům pomáhá také charita České republiky. Přehled jejich služeb: [www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/](http://www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/).

**Terénní ošetrovatelská péče Krajské nemocnice Liberec, a.s.** poskytuje komplexní zdravotní péči v domácím prostředí, zajištěnou kvalifikovanými sestrami. Péči indikuje ošetřující lékař, je hrazena ze zdravotního pojištění. Sestry zajišťují například podávání

inzulinu, převazy ran, aplikaci léků, ošetrovatelskou rehabilitaci nebo odběr vzorků pro vyšetření krve a moči. **Tel.: 485 312 640, mobil: 602 437 469.**

**Terénní odlehčovací služba např. Hospice sv. Zdislavy:** Pečovatelky pomáhají s hygienou, přípravou jídla, drobnými domácími pracemi nebo vyplněním volného času dle přání pacienta. Služba se poskytuje za úplatu, kterou můžete hradit z příspěvku na péči. Více na: <http://www.hospiczdislavy.cz/odlehcovaci-sluzby/>.

## **ZAJIŠTĚNÍ FINANCI**

**Příspěvek na péči:** Příspěvek na péči si žádá osoba s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem na příslušném obecním úřadě podle trvalého bydliště. Příspěvek je určen pro občany, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby v oblasti sebezpeče. Výše příspěvku je podle stupně závislosti. Posuzuje se deset základních potřeb.

*Dávky státní sociální podpory* – příspěvek na bydlení, sociální příplatek

*Dávky pomoci v hmotné nouzi* – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc

*Dávky, vztahující se přímo ke zdravotnímu stavu* – příspěvek na péči, průkazy mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P), jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, na úpravu bytu, na zakoupení nebo celkovou a zvláštní úpravu a na provoz motorového vozidla, na individuální dopravu, na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže.

Zdroj: FORNŮSKOVÁ, Markéta. SCA Hygiene Products, s. r. o. Brožura, *Jak pečovat* [online]. 9. 9.2013 [vid. 24. 5.2015]. Dostupné z: <http://www.tenacz.cz/pece-o-nase-nejblizsi/>