

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Využití standardního ošetrovatelského plánu u
pacienta po cévní mozkové příhodě**

Autor: Radka Večeřová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Pokorná

Jihlava 2016



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Radka Večeřová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Využití standardního ošetrovatelského plánu u pacienta s cévní mozkovou příhodou
Cíl práce:	Navrhnout k nejčastějším aktuálním a potenciálním potřebám pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda standardní ošetrovatelské plány a ověřit jejich využitelnost v klinické praxi.

Mgr. Kateřina Pokorná
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Využití standardního ošetrovatelského plánu“ je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na onemocnění „cévní mozková příhoda“ – jsou popsány typy cévních mozkových příhod, symptomy, rizikové faktory a prevence onemocnění. Dále je zmíněna ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě a stručné informování o ošetrovatelském procesu. Výzkum je prováděn kvalitativní formou, metodou strukturovaného rozhovoru, výsledky z rozhovoru jsou zpracovány do tabulek, které jsou slovně vyhodnoceny.

Cílem práce bylo navrhnout k nejčastějším aktuálním a potenciálním potřebám pacientů s diagnózou „cévní mozková příhoda“ standardní ošetrovatelský plán a ověřit jeho využitelnost v klinické praxi.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, standardní ošetrovatelský plán, ošetrovatelský proces

Abstract

The thesis on the subject „Use of standard nursing care plan“ is divided into a theoretical and a research part. The theoretical part focuses on stroke with a description of types of stroke, its symptoms, risk factors and prevention of the disease. We also mention nursing care of a patient after stroke and a brief information about nursing process. Research is being carried out in a qualitative form using structured interviewing techniques with interview results being processed into tables verbally evaluated.

The aim of the thesis was to propose a standard nursing care plan for the most common current and potential needs of patients with the diagnosis of stroke and to validate its utility in clinical practice.

Key words : stroke, standard nursing care plan, nursing process

Poděkování

Touto cestou chci především poděkovat vedoucí práce, Mgr. Kateřině Pokorné, za cenné rady, věcné připomínky, vstřícnost, trpělivost a ochotu při konzultacích a vedení bakalářské práce. Děkuji personálu zdravotních sester v Litomyšlské nemocnici za ochotu se mnou spolupracovat. Poděkování patří ve velké míře také mé rodině za podporu při studiu.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

OBSAH

Úvod	8
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Cévní mozková příhoda	9
1.1.1 Etiopatogeneze.....	9
1.2 Klinický obraz a diagnostika.....	11
1.2.1 Klinický obraz	11
1.2.2 Diagnostika	12
1.3 Léčba a možné komplikace.....	13
1.4 Rizikové faktory vzniku CMP	15
1.5 Prevence	17
1.6 Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě.....	18
1.6.1 Ošetrovatelská péče v akutní fázi iktu	18
1.6.2 Ošetrovatelská péče v subakutní fázi iktu	18
1.7 Ošetrovatelský proces	22
1.7.1 První fáze ošetrovatelského procesu – posouzení	23
1.7.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu – diagnostika.....	23
1.7.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu – plánování.....	24
1.7.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu - realizace.....	25
1.7.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu – vyhodnocení.....	26
2 Výzkumná část.....	27
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	27
2.2 Metodika výzkumu	27
2.3 Charakteristika vzorku a výzkumného prostředí	28
2.4 Průběh výzkumu	28
2.5 Zpracování získaných dat.....	29

2.6	Výsledky výzkumu	30
2.7	Diskuze.....	49
2.8	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	52
Závěr		53
Seznam použité literatury		55
Seznam tabulek.....		58
Seznam příloh		60

Úvod

Důvodem výběru tématu bakalářské práce „*Využití standardního ošetrovatelského plánu u pacienta s cévní mozkovou příhodou*“ je má dlouholetá praxe sestry na neurologickém oddělení a následně na neurologické JIP Iktového centra, které je zaměřeno na léčbu a ošetrovatelskou péči o pacienty po cévní mozkové příhodě. Předpokladem úspěšné léčby pacientů s tímto onemocněním je nejen vhodně zvolená léčebná metoda, ale i kvalitní ošetrovatelská péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu. Role sestry v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě je velmi důležitá, o pacienta musí být pečováno jako o celek, tedy musí být brán zřetel na jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Po dobu mé praxe v nemocnici se setkávám jen s všeobecně vytvořeným ošetrovatelským plánem v rámci jednotné dokumentace nemocnice. Tento plán je vytvořen pro záznam ošetrovatelské péče hospitalizovaných pacientů s různými diagnózami na všech odděleních Litomyšlské nemocnice. Pacienti postižení cévní mozkovou příhodou však potřebují specifickou ošetrovatelskou péči, která ve všeobecném plánu není tak podrobně zaznamenána, což by mohlo mít vliv i na kvalitu ošetrovatelské péče, na kterou je v dnešní době stále více brán zřetel. Ke zkvalitnění ošetrovatelské péče mohou přispět i standardní ošetrovatelské plány s respektováním specifických potřeb pacientů po cévní mozkové příhodě.

Cílem bakalářské práce je navrhnout standardní ošetrovatelský plán u pacientů s diagnózou „cévní mozková příhoda“ na neurologickém oddělení a neurologické JIP Iktového centra Nemocnice Litomyšl.

1 Současný stav problematiky

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je dle Světové zdravotnické organizace (WHO) definována 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. Synonymem pro CMP je iktus.*“ (Herzig, 2008, s. 10).

Podle Seidla (2008) CMP značí akutní klinické příznaky poruchy funkce mozku, které trvají déle než 24 hodin, a při kterých není jasná jiná než vaskulární příčina.

1.1.1 Etiopatogeneze

Rozeznáváme ischemickou CMP, tvořící 80 % všech CMP a hemoragickou CMP, dále lze v případě CMP rozlišovat na intracerebrální hemoragii (ICH) a subarachnoidální hemoragii (SAH) (Kalita, 2006).

Ischemická a hemoragická cévní mozková příhoda

Optimální perfuze mozku je u ischemické CMP mezi 50-60 ml krve na 100 g mozkové tkáně za minutu. Sníží-li se mozková perfuze části nebo celého mozku, dochází následně k ischemickým příhodám. Při poklesu průtoku krve až na 20ml/min na 100 g mozkové tkáně dochází k projevům ischemie. Nastává tak přechodné omezení neuronu. Postižený může pociťovat závrať. Nevratné změny struktury neuronů vznikají poklesem průtoku krve pod 10ml/min mozkové tkáně (Ambler, Bednařík 2010).

Ischemická CMP je řazena do heterogenní skupiny onemocnění. Zjistit příčinu iktu je velmi důležité pro určení léčby, a především pro výběr sekundární prevence (Kalita, 2006).

- Subtypy ischemické CMP rozdělujeme:

- podle mechanismů vzniku, na základě kterých může být ischemická CMP způsobena obstrukcí (okluzí) vzniklou uzávěrem cévy trombem nebo embolem nebo neobstrukcí z hypoperfúze regionálních a systémových příčin;

- podle příčiny vzniku iktu rozlišujeme atherotrombotický iktus, vzniklý na podkladě atheromatózních plátů v kombinaci s nasedající trombózou anebo embolizací. Lakunární

iktus a intrakraniální mikroangiopatie jsou způsobené poškozením drobných terminálních arteriol. Kardioembolický iktus je mozkový infarkt způsobený embolem vzniklý nejčastěji v levé srdeční síni. Low-flow infarkt vzniká při kritickém snížení průtoku krve v mozkové tepně a jejímu uzávěru. Iktus z dalších neobvyklých a vzácných příčin jako jsou infekční choroby, drogy, hormonální antikoncepce a jiné (Kalina, 2008);

- podle vztahu tepenného povodí popisujeme teritoriální infarkty vyskytující se v povodí (teritoriu) některé mozkové tepny. Vznikají embolickým nebo místním trombotickým uzávěrem terminální větve, skupiny větví nebo hlavního kmene větší mozkové tepny. Interteritoriální infarkty se nacházejí na rozhraních povodí zásobovaných ze dvou nebo více mozkových tepen. Lakunární infarkty vznikají poruchou oběhu v tepénkách (arterioly) zásobující bazální ganglia, talamus, mozkový kmen (Kalina, 2008);

- podle časového průběhu rozlišujeme:

TIA – tranzitorní ischemickou ataku, u které příznaky odezní nejpozději do 24 hodin, je významným rizikovým faktorem vzniku ischemického iktu způsobená nejčastěji stenózou tepny, malou embolií, trombózou;

RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit – výpad funkce s trvajícím příznaky déle než 24 hodin, zcela odezní do 3 týdnů;

ES (evolving stroke) – vyvíjející se iktus – dochází k progresi klinických příznaků, vzniká narůstajícím trombem;

CS (completed stroke) – dokončený iktus je ireverzibilním ložiskovým výpadkem mozkové funkce (Ambler, Bednařík, 2010).

- Hemoragické CMP tvoří asi 15 – 20 % ze všech CMP, postihuje zejména jedince ve věku 50 až 60 let. K hemoragickým příhodám dochází vlivem poškození cévní stěny – ruptury v dané oblasti mozku zapříčiněné vysokým krevním tlakem nebo úrazem. Příčinou může být též cévní malformace, porucha krevní srážlivosti nebo při užívání léků ředící krev (antikoagulancia) při chorobách srdce nebo žilní trombóze. Krvácení může způsobit též alkohol nebo drogy, např. amfetamin, kokain. Při vzniku hemoragického iktu existuje 50% riziko úmrtnosti (Ambler, Bednařík, 2010).

Intracerebrální a subarachnoidální hemoragie

Intracerebrální hemoragie je krvácení do mozkové tkáně, tvoří 10 – 15 % všech iktů, jsou

2x častější než subarachnoidální a mají vyšší morbiditu a mortalitu než ischemické CMP. Jak uvádí Kalina (2008), celková úmrtnost na ICH je okolo 50 % do jednoho měsíce, schopnost žít po intracerebrálním krvácení je u 20 % nemocných. Intracerebrální krvácení je popisováno nejčastěji v bazálních gangliích, v mozečku nebo v mozковém kmeni. Při krvácení do mozečku dochází k rychlému rozvoji kómatu a smrti.

SAH je krvácení do likvorových cest mezi pavoučnici a měkkou plenu mozkovou. Z 80 % je způsobeno rupturou aneurysmatu nebo rupturou arteriovenózních malformací. Na rozdíl od ischemické CMP je hemoragie viditelná na CT již v době jejího vzniku. U SAH může dojít až k úmrtí člověka (Kalina, 2008).

1.2 Klinický obraz a diagnostika

1.2.1 Klinický obraz

Varovné příznaky ischemického iktu někdy nelze rozpoznat od příznaků jiného onemocnění. Mohou se objevit samostatně nebo v kombinaci, mohou trvat od několika vteřin až po 24 hodin. Intenzita příznaků a následná závažnost postižení závisí na lokalizaci a na rozsahu postižení mozkové tkáně (Ambler, Bednařík, 2010).

K příznakům ischemické CMP patří náhlá slabost, ztráta svalové síly, náhlá ztráta rovnováhy nebo závrať, nečekaný pád, porucha hybnosti tváře, pokles koutku, porucha zraku – slepota na jednom oku nebo náhlé výpadky polovin obou zorných polí (např. rozmazané vidění, dvojité vidění, vidění poloviny obrazu), porucha hybnosti končetin – částečná (paréza) nebo úplná (plegie), porucha hybnosti jedné poloviny těla (hemiparéza, hemiplegie), poruchy hybnosti všech končetin (kvadruparéza, kvadruplegie), snížená citlivost končetin (hypestezie), náhlý problém s chůzí, náhle vzniklá porucha řeči a porozumění řeči (afázie – chorobná jazyková neschopnost porozumět a tvořit řeč), poruchy výslovnosti (dysartrie – neschopnost zřetelné artikulace), porucha polykání (dysfagie) (Ambler, Bednařík, 2010).

Klinickým obrazem hemoragické CMP bývá nejčastěji popisována neobvykle silná bolest hlavy, nausea, hemiparéza, hemianopsie, afázie. Při krvácení do mozečku jsou patrné mozečkové a kmenové příznaky pod obrazem dysartrie, nystagmu, vertiga. U závažného krvácení se rychle rozvíjí různé stupně poruchy vědomí způsobené edémem mozku a nitrolební hypertenzí. Poruchy vědomí se mohou vyskytnout až už kvantitativní, jako je neklid či zmatenost až delirium, nebo kvalitativní, kam řadíme somnolenci, sopor nebo kóma. K hodnocení kvantitativních poruch vědomí používáme škálu Glasgow

Coma Scale (GCS) (příloha č. 1) usnadňující jednotnou komunikaci, a též určující prognózu u závažných stavů (Tyrliková, Bareš, 2012, Feigin, 2007).

1.2.2 Diagnostika

Základní vyšetření k diagnostice CMP je klinické neurologické vyšetření. Tím zhodnotíme závažnost neurologického postižení a také rozpoznáme, jedná-li se o ischemickou nebo hemoragickou příhodu (Tyrliková, Bareš, 2012).

Důležitou součástí diagnostiky CMP je odebrání rodinné anamnézy (příbuzenské choroby), osobní anamnézy (dětské nemoci, úrazy, prodělané nemoci, sledování u specialistů, užívání léků, alergie) a informace o nynějších potížích. U pacienta v bezvědomí s nemožností odběru anamnézy využíváme informace od rodinných příslušníků nebo svědků (Tyrliková, Bareš, 2012).

Ke správné diagnostice a rozlišení, jedná-li se o ischemický nebo hemoragický iktus, patří k nejvyužívanější vyšetřovací technice výpočetní tomografie (CT). Časně známky ischemie se na CT zobrazí ihned, avšak ložisko infarktu se v prvních hodinách zachytit nemusí. Projeví se spíše v druhém až čtvrtém dnu od vzniku příhody (Herzig, 2008).

U hemoragického iktu CT s přesností rozliší intracerebrální nebo subarachnoideální krvácení. Perfuzní CT (PCT) zobrazí nedostatečně prokrvenou oblast nebo alespoň minimální zásobení postiženého místa krví z okolních oblastí (tzv. bazálním průtokem). Vyšetření je zhotoveno pomocí parametrových map získaných ze sériového snímkování po podání bolusu kontrastní látky a následným sledováním průchodu bolu kontrastní látky mozkovou tkání. Možnou uzavřenou karotidu nebo mozkovou tepnu můžeme diagnostikovat pomocí CT angiografie (Kalina, 2008).

Současně se u akutního iktu provádí interní vyšetření s monitorací EKG umožňující odhalit příčinu vzniku CMP kardiogenního původu. Sonografické vyšetření karotických a vertebrálních tepen patří k velice přínosné neinvazivní metodě zobrazující větší stenózy nebo uzávěr větších cév, tzv. Dopplerovou metodou. Transkraniální Dopplerovu sonografií můžeme vyšetřit rovněž i průtokové poměry velkých mozkových arterií. K dalším vyšetřovacím metodám patří magnetická rezonance (MRI), která zobrazí časná stadia ischemického postižení dříve než CT vyšetření. Má prioritní význam v diagnostice ischemických iktů, je nejcitlivější technikou z hlediska časového i prostorového rozlišení. Často se ale od ní ustupuje z důvodu finančních i pro úsporu času při akutní léčbě. Kontraindikací MR vyšetření bývá u řady pacientů kardiostimulátor (Seidl, 2007).

Digitální subtrakční angiografie (DSA) je počítačové zpracování angiografického nálezu, která s přesností zobrazí přesné struktury cévního řečiště nebo abnormality jako stenózy, uzávěry, aneurysmata a jiné cévní anomálie. Dále dle Herziga (2007) je DSA vyšetření zásadní pro případný angiochirurgický zásah či pro endovaskulární intervenci. Častěji se využívá u hemoragické CMP.

Pro stanovení příčiny iktu je důležité laboratorní vyšetření biochemické a hematologické, pomocí kterých zjistíme možné patologické stavy, které mohou přímo nebo nepřímo souviset se vznikem onemocnění (Seidl, 2007).

1.3 Léčba a možné komplikace

S pokrokem vědy a vývojem nových technologií ve zdravotnictví je iktus již dobře léčitelný. Cílem léčby akutní CMP je nejen snížení mortality, ale zejména dosažení žádných nebo co nejmenších dopadů na soběstačnost a funkční schopnost (Urbánková, 2013).

„Cévní mozková příhoda je urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie.“ (Seidl, 2008, s. 83).

Léčba ischemické CMP spočívá v celkové léčbě, při které se snažíme stabilizovat základní životní funkce s jejich monitorací, zajistit dýchání, oxygenaci, stabilizaci oběhu a srdeční činnosti (Seidl, 2008).

V současné době se v rámci terapie iktu nejčastěji využívá intravenózní terapie. Pro možnost jejího podání je však nutné, aby pacient splňoval stanovená kritéria. Intravenózní trombolýza znamená intravenózní podání tkáňového aktivátoru plasminogenu (tPA), který je možno podat v časovém rozmezí, tzv. v časovém okně, do 4,5 hod. od počátku příznaků. Jak dále uvádí Tomek (2012), podání trombolýzy by mělo být zahájeno co nejdříve, nejlépe však do 45 min. od přijetí pacienta na iktovou jednotku, po zhodnocení CT vyšetření a dalších vyšetření lékařem. Podává se intravenózně lék Actilyse v dávce 0,9 mg/kg hmotnosti, max. však 90 mg. 10 % dávky se aplikuje jako bolus během 1–2 min., zbylých 90 % v kontinuální infúzi samostatnou žilní linkou po dobu 60 min.

Kromě intravenózní trombolýzy může být zvolena léčba intraarteriální trombolýzou (IAT), což znamená lokální podání trombololytika přímo do místa tepenného uzávěru

v časovém rozmezí podání 4,5–6 hodin od začátku iktu. IAT se může i kombinovat intravenózní trombolýzou, a to v případě přetrvávajícího uzávěru tepny (Ehler, 2011).

Z dalších farmakologických metod se k urychlení rekanalizace mozkové tepny využívá endovaskulární mechanická metoda, kterou můžeme navázat na IVT i na IAT. Tuto léčbu je třeba zahájit do 6–8 hodin od vzniku potíží. Mechanická rekanalizace je zákrok, při kterém je sraženina odstraněna pomocí různých mechanických extrakčních zařízení (např. oko, aspirátor, sonolýza, laser). Trombus se zachytí a vytáhne (Školoudík, 2013). Není-li možné u pacienta zvolit ani jednu z výše uvedených možností léčby, měla by mu být poskytnuta „alespoň“ paliativní a medikamentózní léčba. Z medikamentózní léčby podáváme antikoagulantia, kdy podáváme nízkomolekulární heparin (fraxiparin) jedenkrát denně pod kůži, jako prevence kardiogenní embolie. Při léčbě těmito léky sledujeme jakékoliv krvácivé projevy a hemokoagulační faktory. Antiagregační léčbou zabráňujeme tvorbu a následnou embolizaci trombu na aterosklerotickém pláči. Léčba bývá zahájena co nejdříve použitím kyseliny acetylsalicylové, a nejlépe v prvních 48 hodinách od vzniku iktu, kdy se snažíme předcházet riziku recidivy. Nejčastějším medikamentem je volen Anopyrin, dále např. Clopidogrel (Ambler, 2010). Tento způsob léčby uvádí i Kalina (2008) jako jedinou paušálně použitelnou terapii u jakéhokoliv podtypu ischemické CMP.

Základ léčby intracerebrálního krvácení spočívá v dodržování klidového režimu na lůžku, s hlavou zdviženou max. 30 stupňů, v délce 2–3 týdnů. Při dodržování této podmínky se krvácení vstřebá. K tomu dále dbáme na dodržování obecných opatření CMP (monitorace životních funkcí, vnitřního prostředí, prevence a léčba možných komplikací). Důležitá je zejména pomalá korekce vysokého krevního tlaku (Tyrliková, Bareš, 2012).

- Jako komplikace intracerebrálního krvácení může vzniknout edému mozku, v tomto případě podáváme antiedematózní terapii, osmoticky roztok Manitol (Ambler, 2006). Při subarachnoidálním krvácení (SAK) dojde k útlaku okolních tkání hematodem, který je nutno chirurgickým zákrokem vypustit. Další možností zdroje krvácení je mozková výduť, která se při endovaskulárním výkonu vyplní jemnými platinovými spirálami pomocí mikrokatetru (Kalina, 2008).

Nemocný s CMP je v různých obdobích od vzniku ohrožen mnoha komplikacemi. Feigin (2007) uvádí, že rozvoj komplikací je nejrizikovější v prvních třech dnech od počátku CMP, kdy je až o 12 % vyšší riziko úmrtí pacienta.

Komplikace dělíme na časné neurologické, vedoucí k progresi neurologického nálezu, recidivě ischemie v jiném povodí, poruše vědomí, zmatenosti, hypertenzní, kardiální a respirační dekompenzaci, horečky, poruchám polykání, až k případné smrti z mozkové příčiny. Výskyt pozdních komplikací stoupá po odeznění akutního stádia pod obrazem aspirační pneumonie, plicní embolie, hluboká žilní trombóza, dehydratace, srdeční komplikace, edému mozku, iontových poruch, infekce, pády, proleženiny, spasticity, poruchy výživy, deprese, negativismus, epileptické záchvaty. Komplikace obecně medicínské, kde podílem komplikací jsou nemoci a rizikové faktory existující již před vznikem CMP (hypertenze, diabetes, obezita a kouření).

Důležité je hlavně vědět o komplikacích, znát jejich rizikové faktory, časový vztah k iktu a z těchto znalostí zavést preventivní opatření i racionální terapii (Ehler, 2011).

1.4 Rizikové faktory vzniku CMP

Výskyt CMP stoupá s věkem, přesto se iktus stále častěji vyskytuje u osob středního a produktivního věku, ale i u osob mladších. To je dáno zejména nedostatečnou primární prevencí a nezdravým životním stylem (Kalina 2009, Kalita, 2010).

Feigin (2007) uvádí, že riziko vzniku CMP se zvyšuje množstvím rizikových faktorů u daného jedince, které na sebe vzájemně působí. Jeden účinek zesiluje účinek druhého a při výskytu více rizikových faktorů se tyto faktory mezi sebou nesčítají, ale jejich vzájemný účinek se násobí.

Rizikové faktory dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří rasa, kde je vyšší výskyt postižení CMP prokázán v černošské a hispánské populaci, dále u Japonců a u Číňanů. Rizikovým faktorem z hlediska věku je dosažení 40. roku, každé tři roky se riziko zvyšuje. Ve věku mezi 55–60 lety se zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy, která může ovlivnit vznik CMP. Nejvyšší riziko vzniku CMP, jak uvádí i autor Feigin (2007), shledáváme u osob nad 65 let. Lidé ve věkovém období 15–40 let tvoří 4 % postižených CMP. Muži jsou co do vzniku CMP rizikovější kategorií než ženy. Riziko vzniku CMP je u mužů do 65 let o 25 % vyšší než u žen, ovšem po 65. roku věku se rozdíl vyrovná (Kalvach, 2010).

Ženy, zejména v pokročilém věku, jsou ohroženy vznikem ischemické CMP z důvodu substituce hormonálních léků. I pro vznik subarachnoidálního krvácení jsou ženy bez ohledu na věk rizikovější než muži (Kalina, 2008).

Z důvodu užívání antikoncepce jsou stále více mladé ženy ohroženy rizikem vzniku CMP, a dokonce i těhotenství se již považuje za faktor zvyšující riziko vzniku CMP u mladých žen. Dle světových statistik se neurologické onemocnění ve 20 % podílí na mateřské mortalitě – k nejčastější příčině úmrtí matky patří ischemická CMP a mozková žilní trombóza (Hosley, McCullough, 2011).

Pro vznik i recidivu obou typů iktů je řazena hypertenze jako nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor. Fyziologický tlak krve (TK) u dospělého člověka má standardní hodnotu 120/80 mmHg bez ohledu na věk a pohlaví. Při opakovaném naměření krevního tlaku nad hodnoty 140/90 mmHg mluvíme o arteriální hypertenzi. U člověka s diagnózou arteriální hypertenze je popisováno až 7x vyšší riziko vzniku ischemické i hemoragické CMP než u člověka s tlakem v normě (Feigin, 2007, Kalina, 2008).

Druhý závažný ovlivnitelný rizikový faktor je hypercholesterolemie. Hladina cholesterolu vyšší než 5,2 mmol/l, hladina LDL vyšší než 3,4 mmol/l a HDL nižší než 0,9 mmol/l zvyšuje riziko vzniku ischemické CMP a TIA (Feigin, 2007). V České republice je, bohužel, zvýšená koncentrace cholesterolu u obou pohlaví, zřejmě jako důsledek výrazného zvyšování prevalence obesity (Kalita, 2011).

Diabetes mellitus patří k třetímu nejzávažnějšímu rizikovému faktoru vzniku CMP. Již porucha glukózové tolerance zvyšuje dvakrát riziko vzniku iktu (Kalita, 2011).

Lidé se srdečními chorobami jako je angina pectoris, fibrilace síní, srdeční selhání nebo lidé s chlopenní poruchou či vrozenou vývojovou vadou mají vyšší riziko vzniku CMP. Hlavně v srdci se tvoří emboly z důvodu porušené funkce chlopní, nepravidelného srdečního rytmu nebo infarktu. Emboly se mohou uvolnit a putovat do částí těla nebo do mozku. Pokud se sraženina dostane do mozku, může ucpat tepnu a tím způsobit ischemickou CMP. Významným rizikem vzniku CMP je fibrilace síní (FS), její neléčení představuje 4x až 7x vyšší riziko vzniku CMP a také může vést k dalším kardiovaskulárním komplikacím. Ke stanovení diagnózy FS je nejspolehlivější elektrokardiografie (EKG) (Feigin, 2007).

K dalším rizikovým faktorům patří nadměrná konzumace alkoholu, konzumace návykových látek, užívání orální antikoncepce, nesprávný životní styl, nezdravá strava, obezita, sedavý způsob života, dlouhotrvající stres a deprese (Feigin, 2007).

1.5 Prevence

Podle evropské organizace cévní mozkové příhody ESO (European Stroke Organisation) je cílem primární prevence snížení rizika iktu u asymptomatických osob. Zahrnuje pravidelné kontroly krevního tlaku, glykémie, hladiny cholesterolu v krvi. Je vhodné také upravit životosprávu – jíst stravu bohatou na vlákninu, ovoce a zeleninu, omezit potraviny obsahující nadměrné množství soli a mastných kyselin. Doporučuje se nekouřit a omezit nadměrnou konzumaci alkoholu. Vhodná je pravidelná přiměřená fyzická aktivita. Obézní lidé by se měli snažit svoji nadváhu redukovat, nejlépe redukční dietou. Ve farmakologické prevenci se nejvíce uplatňují antihypertenziva, hypolipidemika, anantiagregancia nebo antikoagulancia (ESO, 2008, Herzig, 2008).

Sekundární prevence se podle Kaliny (2008) mnohdy překrývá s akutní terapií. Dojde-li k recidivě TIA nebo nové ischemické CMP v prvních dnech od CMP, je často pomýšleno na selhání sekundární prevence. Sekundární péče zahrnuje léčbu medikamentózní podle příčiny iktu (užíváním antiagregancií nebo antikoagulancií) s případným doplněním karotické revaskularizace nebo jinými cévními výkony.

Terciární prevence zahrnuje zabránění rozvoje případných komplikací a snaží se pacienta zapojit zpět do společnosti a zabránit tak hrozící sociální izolaci. K tomu slouží centra zaměřená na problematiku CMP (Kalina, 2008).

Je potřeba si uvědomit, že CMP je onemocnění, kterému lze předcházet. Většina lidí se může tomuto onemocnění vyhnout, ale pouze při dostatečné informovanosti o této chorobě, znalostech rizikových faktorů a povědomosti, jak se mají zachovat při objevení prvních varovných příznaků. Zejména nízké povědomí o CMP, podcenění prvních příznaků a časová prodleva do zavolání zdravotnické záchranné služby jsou totiž příčiny nedostatečného počtu adekvátně léčených pacientů. Ke zvýšení lidského povědomí o onemocnění CMP mohou přispět i edukační kampaně. Bohužel jejich účinnost však není velká. Od roku 2005 je v ČR každým rokem pořádána celostátní kampaň „30 dnů pro prevenci a léčbu CMP“ navazující na světový den pro CMP „Stroke Awareness Day“ (Urbánková a kol., 2013).

1.6 Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

Pacient v akutní fázi CMP příhody je hospitalizován na iktové jednotce neurologického oddělení, kde je zajištěn komplexní péči multidisciplinárního týmu, který tvoří lékaři, sestry, pomocný personál, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, nutriční terapeut. V neposlední řadě by měla být pacientovi velkou oporou a motivací jeho rodina.

1.6.1 Ošetrovatelská péče v akutní fázi iktu

Ošetrovatelská péče o pacienta v akutní fázi ischemického iktu je zaměřena na zajištění základních životních funkcí s jejich následným nepřetržitým monitorováním a sledováním neurologického stavu pacienta (Kalita, 2006).

Dále se ošetrovatelská péče odvíjí od léčby pacienta IVT. Před zahájením IVT postupuje sestra dle IVT protokolu (Příloha č. 2), což je standard pro sestry na neurologické jednotce intenzivní péče (JIP) – na CT pracovišti zajistí druhou žilní linku (první je zajištěna od RZP z přednemocniční péče), odebere krev a zajistí v biochemické a hematologické laboratoři jejich urgentní zpracování, monitoruje pacientovi vitální funkce, natočí EKG, zavede permanentní močový katétr (PMK) u ženy či asistuje při zavedení PMK u muže. V prvních 24 hodinách po podání IVT sleduje možné krvácivé projevy a alergické projevy, které v případě výskytu ihned hlásí ošetřujícímu lékaři. Pacientovi nesmí být podány intramuskulárně ani subkutánně léky či zaváděn jakýkoliv žilní vstup, nesmí být zaveden PMK nebo nasogastrická sonda. Každých šest hodin sestra pacientovi odebírá krev na vyšetření krevního obrazu a hemokoagulaci (Tomek, 2012).

Při postižení akutní hemoragickou CMP je ošetrovatelská péče zaměřena hlavně na monitoring hodnot TK, v rámci terapie hypertenze (Kalita, 2006).

1.6.2 Ošetrovatelská péče v subakutní fázi iktu

Péče o jídlo a tekutiny

Pomoc při stravování se odvíjí dle pacientovy míry soběstačnosti. Jídlo volíme takové konzistence, aby ho co nejsnáze spolkl, často proto volíme dietu kašovitou nebo jídlo rozkrájené na malé části. Dle neurologického stavu nemocného je pacient k jídlu vysazen do zvýšené polohy na lůžku a sestra buď podává sama pacientovi stravu, nebo mu dopomáhá. Jídlo vkládá do nepostižené poloviny úst a s dalším novým soustem je

vždy nutná kontrola, zda nezůstaly zbytky potravy v ochrnuté části úst. Je třeba myslet také na to, že pacient může mít problém s krájením, otvíráním či s úchopem příborů nebo hrnečků. Zpočátku proto volíme různé kompenzační pomůcky – např. talíř se zvýšeným okrajem nebo hrnek s pítkem nebo brčkem (Laureníčková, 2007, Vytejšková, 2011).

Častým a závažným příznakem CMP příhody je u pacienta porucha polykání neboli dysfágie, a to různého typu a stupně závažnosti. Proto před prvním podání tekutin či stravy pacientovi je důležité, aby si sestra nejdříve zkontrolovala schopnost polykání. Při lehčí poruše polykání stačí vhodně upravená polohy nemocného a úprava stravy či tekutin (mletá strava, malá sousta, zahušťování tekutin). U pacientů s těžší poruchou polykání nebo s poruchou vědomí se výživa podává enterálně nebo parenterálně. Enterální výživu lze zajistit zavedením nazogastrické sondy. Výživa, tekutiny i léky se tak podávají přímo do žaludku. Aplikuje se speciálně vyráběná enterální výživa optimálním poměrem tuků, cukrů, bílkovin, vitamínů, minerálů a stopových prvků (Laureníčková, 2007).

Nevýhodou umělé enterální výživy je vyšší riziko aspirace. Zavedená nasogastrická sonda může pacienta i obtěžovat a pacient má pak tendenci si ji vytahovat. V tomto případě je vhodná lehká fixace končetiny pro zamezení vytažení sondy. Trvá-li neschopnost přijímat potravu ústy déle než 6 týdnů, zavádíme PEG katétr (perkutánní endoskopická gastrostomie). U obou způsobů se výživa podává v intervalu 2 až 3 hodin během dne maximální dávkou 300 ml pomocí Janettovy stříkačky, v noci ponecháváme žaludek v klidu. Důležitá je péče o sondu – udržujeme ji trvale průchodnou, po podání výživy ji pravidelně proplachujeme (vodou, čajem). Parenterální výživa se aplikuje periferním venózním katetrem, který zavádíme do nepostižené končetiny, centrální žilní katétr pak do nepostižené části těla (Laureníčková, 2007, Zatloukalová, 2011).

U pacienta, který má potíže s polykáním nebo nepolyká vůbec, je důležité pečovat o dutinu ústní potíráním speciálními štětičkami nebo gázou navlhčené v roztoku, nejčastěji se používá Borglycerin (Feigin, 2007).

Péče o hygienu

Pomoc sestry při hygieně se opět odvíjí od míry soběstačnosti. Pacient nezávislý na přímé pomoci ošetřujícího personálu má zajištěné pomůcky k hygieně, čisté osobní a ložní prádlo, ručníky, sprchový kout a signalizaci (pro případ nenadálé události), kam je schopen se sám dopravit. U částečně soběstačného pacienta dopomůže sestra či

ošetřující personál s hygienou, připraví veškeré potřebné pomůcky, pomůže s přepravou do koupelny a aktivně poskytuje pomoc. Pacient upoutaný na lůžko má zajištěnou komplexní hygienickou péči od ošetřovatelského personálu na lůžku nebo v koupelně, nebo má připravené pomůcky k hygienické péči k dopomoci ošetřovatelským personálem. Je důležité, aby při veškerých činnostech byla podporována a oceněna pacientova aktivita. Neměla by být opomíjena péče o čistotu osobního prádla, lůžka (prostěradla či podložky), které by měly být napjaté, aby nedocházelo ke vzniku proleženin. Vhodnými přípravky pravidelně pečujeme o pokožku a kontrolujeme stav kůže, zejména v oblasti predilekčních míst. Dojde-li k porušení integrity kůže, začneme neprodleně s jeho ošetřením a provedeme záznam do ošetřovatelské dokumentace (Kovaříková, 2012).

Péče o oblékání spočívá ve volbě vhodného osobního prádla. Oděv by měl být volný, kalhoty na gumu, ne na zapínání. Do rukávů oblékáme nejprve plegickou ruku, při svlékání opačně, a to platí i při navlékání nohavic u kalhot. Důležitá je volba obuvi z hlediska jistoty pevnosti a stability boty při chůzi, nejvhodnější je obuv s pevnou patou (Kovaříková, 2012).

Péče o vyprazdňování moče a stolice

Vyprazdňování je důležitá základní potřeba člověka, při které bývá narušena intimita člověka. Sestra proto musí zajistit pro pacienta během vyprazdňování co největší intimitu a soukromí. Sestra zajistí včasné podání podložní misky či močové lahve do lůžka pacienta, pomáhá při přesunu na toaletní křeslo či doprovodí nebo doveze pacienta na toaletu. Na toaletě by měly být umístěny madla, které usnadňují pacientovi zvedání se z toaletní misky (Slezáková, 2007).

Nezvládá-li pacient výše uvedeným způsobům vyprazdňování, zavádíme permanentní močový katétr (PMK), který nám i umožní přesné sledování výdeje moče. Při zavádění, manipulaci či výměně PMK je nutno dodržovat zásady asepse a zabránit tak rizika vzniku infekce. Při dlouhodobé inkontinenci je možnost používání inkontinentních pomůcek – např. podložky, plenkové kalhotky (Laureníčková, 2007).

Důležité je též sledování vyprazdňování stolice, kdy se sestra zaměřuje na pravidelnost (alespoň jednou za 2 až 3 dny), konzistenci a barvu. Z důvodu imobilizace, některých léků či pacientově nepohodě může snadno dojít k zácpě. Sestra by proto měla dbát a sledovat příjem stravy pacienta (bohatou na vlákninu), dostatek tekutin a tělesnou

aktivitu. V případě obtížného vyprazdňování nebo zácpy se podávají léky změkčující stolici, laxantiva nebo se aplikuje klyzma dle ordinace lékaře. Při inkontinenci pacienti je nutná pravidelná výměna plenkových kalhotek, zvýšená hygienická péče s používáním ochranných krémů (Slezáková, 2007).

Péče o mobilitu

U některých pacientů dojde k plnému zotavení, někteří pacienti mohou zůstat postiženi s vážnými následky. Mezi faktory ovlivňující následky CMP patří kvalita rehabilitační léčby, motivace pacienta a jeho blízkých, věk pacienta a přetrvávání fáze ochabnutí. Správná rehabilitace pacienta po CMP prováděná rehabilitačním pracovníkem, je složena z několika základních technik a metod, zejména ze správného polohování, přesunu z lůžka a nácvik sedu. Dále udržování rozsahu pohybu v kloubech, péče o rameno a kyčel, nácviku stability vsedě, ve stoje a při chůzi. Důležitá je rovněž podpora soběstačnosti při každodenních činnostech (Šulcová, 2013).

Rehabilitace začíná již na iktové jednotce v prvních 24 hodinách po iktu, nebo jakmile tomu dovolí zdravotní stav. V akutní fázi iktu je rehabilitace zaměřena na prevenci kontraktur a dekubitů pomocí správného polohování v lůžku a pasivních pohybových aktivit. Po stabilizaci stavu pacienta následuje léčba aktivní, intenzivní a opakovaná. Pro stimulaci vnímání postižené strany je důležité přístup k pacientovi ze strany, která je ochrnutá. Rovněž veškeré předměty a nábytek (např. stolek) by měly být situovány na postiženou stranu a být na dosah (Kalita, 2006).

Zhoršená verbální komunikace

Dle míry schopnosti pacienta mluvit, rozumět a slyšet určíme typ fatické poruchy, od které se bude dále odvíjet způsob komunikace s pacientem. Při expresivní fatické poruše, má pacient zachovanou schopnost porozumět, ale nemluví. Vysvětlíme mu důvod neschopnosti mluvit a snažíme se s pacientem domluvit na prostředcích neverbální komunikace, např. kývnutí hlavy, zavření očí či stisk ruky při souhlasu. Při dalším typu fatické poruchy, senzorické fatické poruše, je pacient schopen mluvit, ale nerozumí mluvenému slovu. Spolupráce s ním je tak obtížná z důvodu jeho nepochopení požadované výzvy. Kombinací těchto poruch vzniká smíšená fatická porucha. Pacient po CMP může být postižen také poruchou výslovnosti, tzv. dysartrií. Pacienta s poruchou

řeči by měl co nejdříve vyšetřit logoped a začít s rehabilitací řeči. Důležitá je trpělivost, motivace pacienta ke komunikaci a poté následná pochvala (Cséfalvay a kol., 2007).

Dále můžeme použít různé typy pomůcek – papír, tužka, tabulka či karty s písmeny, abecedu nebo obrázky, gesta, fatický slovník. Ke cvičení na zlepšení řeči slouží i různé posilovací cviky svalstva obličeje, dechová cvičení, procvičování jednotlivých slov a frází (Gulášová, 2012).

1.7 Ošetřovatelský proces

Zajišťování a uspokojování potřeb pacienta je úkolem profesionální ošetřovatelské péče, která je plněna formou ošetřovatelského procesu. Tento pojem byl poprvé použit v roce 1955 autorkou Halovou a poté publikován dalšími autorkami – Orlandová, Henderson, Roy a další (Plevová, 2011).

Ošetřovatelský proces je v současné době již známá metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče, užívanou v klinické praxi. Je složen z navzájem propojených a podmíněných fází – posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení. Ošetřovatelský proces dále umožňuje systémový přístup k ošetřovatelské péči o pacienta (jednotlivce, rodinu, skupinu, komunitu) poskytovaný v ambulanci, v ústavním zařízení, v domácím prostředí, a to ve všech životních obdobích člověka, ve zdraví či nemoci. Je zaměřen na předcházení a řešení jeho aktuálních a potenciálních problémů pacienta, klade důraz na holistický přístup k člověku (Plevová, 2011).

Povinnost vykonávat ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu náleží do kompetence zdravotních sester, která je zakotvena v dokumentu Koncepce ošetřovatelství legislativních norem ČR ve Věstníku MZ ČR č. 9/2004, vyhláška č. 55/2011 Sb.

Cíl ošetřovatelského procesu

Cílem ošetřovatelského procesu je poskytování kvalitní ošetřovatelské péče zaměřenou na uspokojení individuálních potřeb pacienta, tzn. zlepšení jeho zdravotního stavu a kvality jeho života. K tomu cíli je nutno provést zhodnocení zdravotního stavu pacienta, určit skutečné nebo potencionální problémy v péči o zdraví a naplánovat uspokojování zjištěných potřeb na základě sestavení písemného ošetřovatelského plánu (Mastiliaková, 2014).

Ošetrovateľský proces má päť fází a pro každou fází je charakteristická činnosť vedoucí k ďalšej fází. První fází je posouzení stavu nemocného a sběr dat. Ve druhé, diagnostické fází, sestra stanovuje ošetrovateľskou diagnózu. Třetí fáze značí plánování ošetrovateľské péče, na kterou navazuje čtvrtá fáze, realizace naplánované péče. V páté, závěrečné fází, sestra zhodnotí efektivnost poskytnuté péče a míru dosažených stanových cílů. Fáze tedy nejsou oddělené, ale vzájemně se překrývající kroky, charakterizující neustálý vztah mezi sestrou a pacientem (Tóthová a kol., 2009).

1.7.1 První fáze ošetrovateľského procesu – posouzení

V první fází ošetrovateľského procesu, posouzení, dochází ke zhodnocení celkového stavu pacienta. Na základě holistického přístupu shromažďuje sestra potřebné informací o pacientovi, což je cílem této fáze. Sestra sbírá informace o pacientovi o jeho aktuálním zdravotním stavu, sociální situaci a o psychickém stavu. Během posuzování je důležitá aktivní účast sestry a pacienta, jejich zkušeností i vědomostí, které mohou ovlivnit interpretaci některých údajů. Adekvátní sesterské posouzení zdravotního stavu pacienta je považováno za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností sestry (Boroňová, 2010, Mastiliaková, 2014).

Marečková (2006) doporučuje první fází ošetrovateľského procesu konat dle diagnostických domén NANDA – International (North American Nursing Diagnosis Association, Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy) taxonomie II nebo pomocí některého z koncepčních ošetrovateľských modelů. Nejčastěji se využívá model M. Gordon. Dalšími metodami k získání informací jsou pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření. Pozorováním sestra sleduje celkový stav nemocného, vědomí, stupeň soběstačnosti, kvalita spánku, kvalita funkcí smyslových orgánů, příznaky onemocnění. Dále můžeme získat informace z pacientova fyzického vzhledu, z neverbální komunikace a z emocí. Výsledek pozorování závisí i na vědomostech a zručnostech sestry (Plevová, 2011).

1.7.2 Druhá fáze ošetrovateľského procesu – diagnostika

Druhým krokem ošetrovateľského procesu je diagnostika. Volba diagnózy se odvíjí dle pacientových potřeb nebo problémům, které mohou být vyřešeny ošetrovateľskou intervencí. Diagnóza však nemusí být vytvořena jen na současné zdravotní problémy. Může popisovat i problémy, které mohou nastat, nebo které lze očekávat. Následná

ošetřovatelská péče a další fáze ošetřovatelského procesu se dále odvíjí od správné diagnózy (Mastiliaková, 2014).

Používání ošetřovatelských diagnóz má pro povolání sestry význam v podporování profesionální zodpovědnosti a samostatnosti, usměrňování výběru ošetřovatelských intervencí pro dosažení stanovených výsledků, jsou komunikačním prostředkem mezi sestrami či jinými členy týmu a také mezi sestrou a pacientem (Plevová, 2011).

Typy ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelských diagnóz existuje pět typů: aktuální, potenciální, pravděpodobné, „wellness“ diagnózy a syndrom diagnózy. Nejčastěji jsou však využívány první tři (Plevová, 2011).

Aktuální diagnóza popisuje aktuální problém pacienta a doporučuje se trojsložková formulace pomocí PES struktury. Struktura P-E-S označuje P jako název diagnózy, značí problém, E- etiologii, související faktor a S vyjadřuje symptomy. Při psaní můžeme použít spojení – vzhledem na, v souvislosti s, nejčastěji však užíváme spojení – projevující se.

Riziková/potencionální – vyhledává potenciálně nefunkční potřeby dle rizikových faktorů potenciálních diagnóz. Nefunkční potřeby představují velké riziko jejich rozvoje. Pro zapsání potenciální ošetřovatelské diagnózy se užívá dvojsložková formulace P- E, neboli problém a rizikový faktor.

Pravděpodobná diagnóza sděluje určitý podezřelý problém vyžadující další zkoumání. Pro diagnózu jsou stanoveny pouze definující charakteristiky (Plevová, 2011).

1.7.3 Třetí fáze ošetřovatelského procesu – plánování

Třetí krok ošetřovatelského procesu – plánování, definuje Boroňová (2010) jako „*Proces vytyčení ošetřovatelských strategií nebo intervencí (zásahů) s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů*“ (Boroňová, 2010, s. 72).

V této fázi sestra stanovuje cíle (žádoucí výsledky dosažené po zrealizované intervenci) a výsledná kritéria (konkretizují cíl) usměrňující výběr intervencí pro dosažení konečného výsledku ošetřovatelské péče (Tóthová a kol., 2009).

Dále si sestra ve fázi plánování může vytýčit i prioritu ošetrovatelských diagnóz, přičemž pořadí diagnóz určuje v závislosti na naléhavosti jejich řešení. S určením pořadí a stanovením priorit může pomoci Maslowova pyramida lidských potřeb. Výstupem této fáze je zpracování srozumitelného a písemného plánu péče, který můžeme v průběhu hospitalizace měnit či doplnit (Tóthová a kol., 2009).

Písemný plán je součástí ošetrovatelské dokumentace, který sestře umožňuje individualizovanou péči o pacienta. Sestaven je v souladu s terapeutickým lékařským plánem, individuálními požadavky pacienta, se standardy ošetrovatelské péče a s právními normami řídícími ošetrovatelskou péči (Plevová, 2011).

Plevová (2011) dále popisuje význam plánu ošetrovatelské péče: usměrňuje a podporuje kontinuitu a organizaci ošetrovatelské péče, dokumentuje potřeby pacienta, poskytuje přehled o ošetrovatelských intervencích, slouží jako podklad pro právní účely, slouží k hodnocení kvality ošetrovatelské péče a pro potřeby výzkumu a vzdělávání.

Cíle a výsledná kritéria

Cíle a výsledná kritéria vyjadřují očekávanou změnu ve stavu jedince na podkladě měřitelných termínů s časovým ohraničením jejich dosažení. Cíl má být stanoven reálný, měřitelný, jasný a konkrétní. Cíle dále stanovujeme krátkodobé a dlouhodobé, dle časového horizontu. Zatímco krátkodobé cíle jsou splněny do několika hodin či dní, dlouhodobé cíle jsou voleny u pacientů s chronickým onemocněním, v domácí péči či při rehabilitaci. Mohou být zaměřeny rovněž na edukaci pacienta (Plevová, 2011).

Cíl se stanovuje s výslednými kritérii, která cíl více specifikují. Následně sestra navrhne ošetrovatelské intervence (Tóthová a kol., 2009). Ošetrovatelské intervence jsou zaměřené na dosažení cíle a zaznamenávají se v logickém pořadí a dle časového hlediska a osoby zodpovědné za jejich realizaci. Ošetrovatelské intervence mohou být nezávislé – sestra je vykonává na základě svých kompetencí, nese za ně zodpovědnost (hygienická péče o pacienta), závislé – sestra vykonává intervence dle ordinace lékaře (podávání farmak) nebo součinné – intervence vykonané s jiným členem zdravotnického týmu (rehabilitace) (Plevová, 2011).

1.7.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu - realizace

Čtvrtý krok ošetrovatelského procesu je zaměřen na sesterskou realizaci naplánované činnosti s následným zaznamenáním do ošetrovatelské dokumentace (Mastiliaková,

2014). Do procesu realizace zapojujeme dle zdravotního stavu i pacienta. Během realizace může sestra získat nové informace o pacientovi, dle kterých následně provede změnu priorit, intervencí a patřičně reviduje ošetrovatelský plán (Boroňová, 2010).

Do procesu realizace je zapojován nejen pacient, ale i jeho blízcí, kteří rádi svému příbuznému pomohou při jakékoliv činnosti. Rovněž jsou tímto připravováni na případnou péči o nemocného po propuštění do domácího prostředí (Staňková, 2009).

1.7.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu – vyhodnocení

Plevová (2011) popisuje poslední fázi ošetrovatelského procesu jako cílevědomou, organizovanou činnost, ve které sestra zjišťuje, zda a do jaké míry bylo cílů dosaženo.

Podle toho, kdy se vyhodnocení provádí, rozlišujeme tři typy: termínované, průběžné a závěrečné hodnocení. (Plevová, 2011).

Termínované se provádí v určitém čase nebo datu uvedeném v cíli. K realizaci průběžného hodnocení dochází během celé doby poskytování ošetrovatelské péče. Sestra hodnotí reakce pacienta na péči, změny v klinickém stavu, výskyt nových problémů nutných k řešení. Závěrečné hodnocení se uskutečňuje při propuštění, překladu, kdy je zaznamenáno jako Ošetrovatelská propouštěcí zpráva. Hodnotí se dosažené změny pacienta, popř. se uvede doporučení pro další ošetrovatelskou péči (Plevová, 2011).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit využitelnost a přínos pro praxi u nově navrženého standardního ošetrovatelského plánu pro pacienty po cévní mozkové příhodě.

O1: V jakých aspektech nově navrhovaný plán v ošetrovatelské praxi na neurologickém oddělení a na oddělení neurologické JIP zdravotnickému personálu vyhovuje?

O2: Mohly by mít navržené ošetrovatelské intervence podle zdravotnického personálu vliv na kvalitu ošetrovatelské péče?

O3: Jak se zdravotnickému personálu s navrženým standardním ošetrovatelským plánem pracovalo?

2.2 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci, respektive pro získání požadovaných dat, byl zvolen kvalitativní výzkum, který umožňuje zkoumání problému do hloubky a přinese o něm velké možné množství informací. Výzkum se začíná bez předem stanovených hypotéz, protože snaha o jejich potvrzení či vyvrácení by mohla být překážkou v zjišťování zatím neznámých souvislostí (Švaříček, Šedřová, 2007).

Ošetrovatelství představuje oblast, pro kterou je (v kontextu výzkumu) kvalitativní strategie obzvlášť vhodná, neboť se jedná o aplikovanou vědu, jejíž poznatky slouží k praktickým opatřením v oblasti vztahů, které jsou rozvíjeny na základě formulovaných společenských potřeb.

Hlavní metodou sběru dat v tomto konkrétním výzkumném kvalitativním šetření je ústní dotazníkové šetření. Dotazování v sobě obecně zahrnuje různé typy rozhovorů – od dotazování s pevně danou strukturou otázek, po dotazování nestrukturované, mající spíše podobu volného vyjadřování respondenta. Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen dotazník s jasně danou strukturou otázek. I když se tato varianta dotazníku využívá spíše v kvantitativních dotazníkových výzkumech, i jeho kvalitativní verze jeho použití nevylučuje, naopak – přisuzuje mu několik výhod, jako je například získání mnoha skutečně důležitých odpovědí v relativně krátkém čase nebo plynulý průběh procesu získávání důležitých dat (Švaříček, Šedřová, 2007).

2.3 Charakteristika vzorku a výzkumného prostředí

Výběr výzkumného vzorku byl proveden s ohledem na zjišťování názorů na stanovené průzkumné cíle a průzkumné otázky. Záměrně proto byli vybráni respondenti, kteří se v dané problematice vyznají, kteří jsou zaměstnáni ve zdravotnické praxi a pracují na oddělení, kde je poskytována zdravotnická péče pacientům po cévní mozkové příhodě (neurologická JIP a neurologické oddělení Litomyšlské nemocnice).

Celkem se jednalo o 22 respondentů, z toho je 10 všeobecných sester z neurologického JIP a 12 všeobecných sester z neurologického oddělení.

Výzkumné šetření probíhalo po písemném svolení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a ústním souhlasem vrchní sestry neurologického oddělení Litomyšlské nemocnice Pardubického kraje. Písemný souhlas je součástí bakalářské práce (Příloha č. 3).

Výzkum byl ve všech případech proveden v denní místnosti sester neurologické JIP. Sestry v době rozhovoru nebyly v pracovním procesu, aby nebyly rušeny od rozhovoru.

2.4 Průběh výzkumu

V měsíci říjnu 2016 byla nejprve v Litomyšlské nemocnici zmapována stávající situace na neurologickém oddělení ve vztahu k ošetrovatelskému procesu i ve vztahu k používané ošetrovatelské dokumentaci.

V měsících listopad – prosinec 2016 probíhala tvorba návrhu standardního ošetrovatelského plánu pro pacienty s diagnózou cévní mozková příhoda. Ošetrovatelský plán obsahuje oddíly pro ošetrovatelskou diagnózu, cíle a intervence ošetrovatelské péče. Informačním zdrojem pro formulaci ošetrovatelských diagnóz byla publikace *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2012-2014* (Hedrman, 2010).

V měsících leden – únor 2017 byl navržený ošetrovatelský plán ověřován v praxi na vybraných odděleních. Sestry byly nejprve seznámeny s tématem bakalářské práce, s účelem a s cíli výzkumného šetření, teprve poté jim byl předložen návrh ošetrovatelského plánu (Příloha č. 4).

V měsíci březnu 2017 bylo ze všech sester pracujících na vybraných odděleních vybráno šest respondentek, které daly k rozhovoru ústní souhlas. Respondentky byly ujištěny o zachování anonymity a byl s nimi veden rozhovor (u kterého měly k dispozici

diskutovanou verzi ošetrovateľského plánu). Sestrám bylo položeno 17 otázek (Příloha č. 5). První tři otázky byly identifikační, 13 otázek bylo zaměřeno na návrh ošetrovateľského plánu a 1 volná otázka k vyjádření vlastního názoru. Délka každého rozhovoru se pohybovala přibližně kolem 20 minut, odpovědi sester byly zaznamenány na papír.

2.5 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných dat jsem použila programy Microsoft Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

2.6 Výsledky výzkumu

Rozhovor č. 1

Při rozhovoru působí respondentka příjemně, na položené otázky ihned odpovídá, není problém vést rozhovor.

Kolik je Vám let?

„Je mi 34 let.“

Jak dlouho pracujete na neurologickém oddělení, JIP?

„Na neurologické JIP pracuji od jejího začátku, tedy od roku 2009. Pět let jsem ale byla na mateřské dovolené. Předtím jsem od roku 2002 pracovala zde na neurologickém oddělení.“

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Střední zdravotnická škola. Po dvanácti letech mého působení ve zdravotnictví jsem absolvovala specializaci anesteziologicko-resuscitační péče.“

Víte, co je to standardní ošetrovatelský plán? Do jaké fáze ošetrovatelského procesu byste zařadila ošetrovatelský plán?

„Dle mě je to plán péče u pacienta s konkrétní diagnózou. Když je to plán, tak do fáze plánování.“

Vyhovuje Vám současná dokumentace (ošetrovatelský plán) při ošetrování pacienta po CMP?

„Musím říci, že mi pro pacienty po mrtvici plán nevyhovuje v některých oblastech, hlavně v intervencích. Ošetrovatelský plán máme na všech odděleních stejný, což si myslím, že by mohlo být rozdělené alespoň na interní a chirurgické obory. Některé věci mi tam chybí a některé zase přebývají.“

Jak se Vám pracovalo s navrženým standardním ošetrovatelským plánem? Byl pro vás srozumitelný?

„Ošetrovatelský plán na mne působil velice kladně a pracovalo se mne s ním dobře, přišel mi přehledný a jednodušší než stávající u nás na oddělení.“

Vyhovovalo Vám spektrum navržených ošetrovatelských diagnóz? Ubrala byste nebo přidala některou?

„Navržené spektrum diagnóz mi vyhovuje, žádné bych již nepřidala ani neubrala.

Jsem spokojená a vyhovuje mi diagnóza Zhoršená tělesná pohyblivost, ale také diagnóza Zhoršená pohyblivost na lůžku. Ve stávajícím ošetrovatelském plánu tato diagnóza není uvedena. Myslím si, že zejména u pacientů po prodělané mrtvici by byla vhodná. U diagnózy Deficit sebedpěče se mi líbí rozepsání každého deficitu zvlášť a jeho následná možnost konkrétní volby. U diagnózy bolest se mi líbí rozlišení, o jakou bolest se jedná – akutní či chronická. Ve stávajícím plánu toto rozlišení není. Rovněž u této diagnózy mi velmi vyhovuje, jak jsou rozepsány související faktory a určující znaky.“

Bylo pro vás přínosné určení konkrétních důvodů odvíjejících se z postižení CMP?

„Ano, bylo pro mě přínosné. Značit určení konkrétních dopadů odvíjejících se z postižení mozkovou příhodou je pro mě podstatné. Jen se mi moc nelíbí popsany Související faktor u diagnózy Neefektivní tkáňová perfuze, to se mi nezdá důležité značit. V navrženém plánu jsou přehledně rozepsané potíže, které pacient postižený CMP může mít a dá se z nich vybrat konkrétní potíže, kterou si při jejím stanovení ještě více uvědomím.“

Jak hodnotíte kolonku určující znak? Je pro Vás podstatná? Uvědomila jste si při výběru z nabízených možností více konkrétní potíže pacienta s CMP?

„V kolonce Určující znak u této diagnózy mi zprvu přišlo zbytečně spoustu kolonek pro možnost volby. Poté, když jsem s nimi pracovala, více jsem si uvědomila, že to jsou přehledně vypsane potíže, které pacient postižený CMP řeší při zhoršené tělesné pohyblivosti nebo zhoršené pohyblivosti na lůžku. Možná by nemuselo být zaznamenáno Vyhledávání a žádost o pomoc.“

Vyhovovaly Vám dané cíle, kterých chcete dosáhnout při ošetrování pacienta po CMP?

„Cíle u daných diagnóz musím hodnotit kladně. Líbí se mi jejich zpracování. Ne vždy se u pacientů tyto cíle dají stanovit.“

Jak byste se vyjádřila ke zvoleným ošetrovatelským intervencím? Myslíte si, že by tyto dané ošetrovatelské intervence zaměřené pro ošetrovatelskou péči o pacienty po CMP mohly mít vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?

„Ošetrovatelské intervence mi vyhovují. Myslím si, že z části by to mohlo ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče, ale v pozitivním slova smyslu.“

Doplnila byste nebo ubrala některé z uvedených intervencí?

„Velice se mi líbí v kolonce intervencí zaškrtnutí možnosti ‚jiné‘ a místo pro její vyjádření. Například u ošetrovatelské diagnózy Zhoršená verbální komunikace bych dodala intervenci, aby si pacient mluvil nahlas a opakoval slova. Jinak bych z uvedených intervencí nic neubírala, přijdou mi všechny důležité.“

Uvědomila jste si při volbě některé z intervencí důležitost její realizace?

„Ano. Například u diagnózy Zhoršená tělesná pohyblivost se mi líbí záznam o dbalosti ve správném uložení postižených končetin, nebo umístění stolku pacienta na postižené polovině těla. Jsou to důležité intervence, která může být někdy opomíjena. Třeba nová sestra může tyto intervence z důvodu neznalosti opomíjet a pro pacienta to může mít často negativní dopad.“

Vyhovoval by Vám takto nastavený standardní ošetrovatelský plán v praxi?

„Řekla bych, že by mi vyhovoval. Určitě by mohl být ještě nějak poupraven. Uvítala bych smysluplný dokument, který je zaměřen na problémy pacienta, kterého ošetřuji a zejména na pacienty po CMP.“

Jak jste byla spokojena s grafickou úpravou plánu? Byl pro Vás dokument přehledný?

„S grafickou úpravou jsem byla spokojená, líbí se mi zpracování.“

Jak hodnotíte administrativní náročnost navrhovaného ošetrovatelského plánu?

„K tomu jsem se již vyjádřila.“

Chtěla byste vyjádřit ještě nějaký svůj názor na navrhovaný ošetrovatelský plán?

„Ne, děkuji.“

Rozhovor č. 2

Při rozhovoru působila respondentka nervózně, snažila se odpovídat, i když měla problém se vyjádřit. Odpovědi jsou spíš strohé.

Kolik je Vám let?

„33 let.“

Jak dlouho pracujete na neurologickém oddělení, JIP?

„Na neurologické JIP pracuji 4 roky, kam jsem nastoupila po šestileté mateřské dovolené. Před ní jsem pracovala na neurologickém oddělení.“

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu a po ní vystudovala Vyšší odbornou zdravotnickou školu.“

Více co je to standardní ošetřovatelský plán? Do jaké fáze ošetřovatelského procesu byste zařadila ošetřovatelský plán?

„Ošetřovatelský plán znamená, jaký bude postup u nemocného pacienta, na co si dát pozor a co hodnotit. Zařadila bych ho do fáze plánování.“

Vyhovuje Vám současná dokumentace (ošetřovatelský plán) při ošetřování pacienta po CMP?

„Není tak podrobný jako ten Váš. Je hodně obecný.“

Jak se Vám pracovalo s navrženým standardním ošetřovatelským plánem? Byl pro vás srozumitelný?

„Je celkem dobrý. Je dopodrobna rozepsaný, což mi vyhovuje. Zprvu jsem sice u některých kolonek musela více přemýšlet a přečíst si to dvakrát, abych textu porozuměla. Ale pak už to bylo jasné.“

Vyhovovalo Vám spektrum navržených ošetřovatelských diagnóz? Ubrala byste nebo přidala některou?

„Myslím si, že navržené diagnózy jsou pro pacienty po CMP dostačující. Žádnou z diagnóz bych již neubírala.“

Bylo pro vás přínosné určení konkrétních důvodů odvíjejících se z postižení CMP?

„Určitě ano. Pomohlo mi při určování samotných diagnóz. V našem plánu jsou nedostatečné, proto se mi to ve Vašem plánu líbilo a lépe určovalo.“

Jak hodnotíte kolonku určující znak? Je pro Vás podstatná? Uvědomila jste si při výběru z nabízených možností, více konkrétní potíže pacienta s CMP?

„Tato kolonka nabízí větší upřesnění pacientových potíží, ale i větší přehled jeho problémů. Ale na druhou stranu bych si dokázala představit, i kdyby tam určující znak nebyl.“

Vyhovovaly Vám dané cíle, kterých chcete dosáhnout při ošetřování pacienta po CMP?

„Ano, oproti ošetřovatelskému plánu používaný v praxi, kde cíle stanoveny vůbec nejsou.“

Jak byste se vyjádřila ke zvoleným ošetřovatelským intervencím? Myslíte si, že by tyto dané ošetřovatelské intervence zaměřené pro ošetřovatelskou péči o pacienty po CMP mohly mít vliv na kvalitu poskytované ošetřovatelské péče?

„Ošetřovatelské intervence jsou více rozvinuté a určitě mají vliv na kvalitu poskytované péče, jsou to jakoby ‚návod‘ jak se starat o pacienty s CMP.“

Doplnila byste, nebo ubrala, některé z uvedených intervencí?

„Tyto intervence mne vyhovují.“

Uvědomila jste si při volbě některé z intervencí důležitost její realizace?

„Všechny intervence jsou důležité pro jejich realizaci a splnění cílů ošetřovatelských diagnóz.“

Vyhovoval by Vám takto nastavený standardní ošetřovatelský plán v praxi?

„Ano, sice je delší a časově náročnější, ale za to hezky přehledný a podrobný.“

Jak jste byla spokojena s grafickou úpravou plánu? Byl pro Vás dokument přehledný?

„Grafická úprava je dobrá, přehledná a pěkně vytyčené body u pacienta s CMP.“

Jak hodnotíte administrativní náročnost navrhovaného ošetřovatelského plánu?

„Dobře.“

Chtěla byste vyjádřit ještě nějaký svůj názor na navrhovaný ošetřovatelský plán?

„Ne, děkuji.“

Rozhovor č. 3

Respondentka při rozhovoru působí usměvavě, ochotně odpovídá na všechny dotazy.

Kolik je Vám let?

„Je mi 41 let.“

Jak dlouho pracujete na neurologickém oddělení, JIP?

„Pracuji na neurologické JIP 5 let.“

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu a po deseti letech praxe jsem si dodělala specializační studium v anestezií a intenzivní péči.“

Více co je to standardní ošetrovatelský plán? Do jaké fáze ošetrovatelského procesu byste zařadila ošetrovatelský plán?

„Je to plán psaný pro oddělení – dle oboru. Ošetrovatelský plán bych zařadila do základní ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení a JIP, v některých bodech by mohl být i na oddělení následné péče.“

Vyhovuje Vám současná dokumentace (ošetrovatelský plán) při ošetrování pacienta po CMP?

„Ano, vyhovuje. Myslím si, že ošetrovatelský plán máme stanovený dobře. Pracuje se mě s ním hezky a v péči o pacienty je správně vypracovaný, ale v některých bodech bych ho možná trochu změnila.“

Jak se Vám pracovalo s navrženým standardním ošetrovatelským plánem? Byl pro vás srozumitelný?

„S navrženým ošetrovatelským plánem se mi pracovalo hůře z důvodu složitého a rozsáhlého obsahu. Pokud bych se podívala na každou diagnózu zvlášť, tak se mi toto zpracování líbí, ale celkově mě to přijde zdlouhavé. Pro mě jako sestru je důležitá péče o pacienta a čas strávený nad „papíry“ je pro mě ubíjející, ale samozřejmě chápu její podstatu a potřebu.“

Vyhovovalo Vám spektrum navržených ošetrovatelských diagnóz? Ubrala byste nebo přidala některou?

„Navrhované ošetrovatelské diagnózy mi vyhovovaly. Pro ošetrování pacienta po CMP jsou dostačující.“

Bylo pro vás přínosné určení konkrétních důvodů odvíjejících se z postižení CMP?

„Ano, bylo pro mě přínosné. U diagnózy deficit sebepéče lépe určí, na co se zaměřit v rámci ošetrovatelské péče.“

Jak hodnotíte kolonku určující znak? Je pro Vás podstatná? Uvědomila jste si při výběru z nabízených možností více konkrétní potíže pacienta zasaženého CMP?

„Líbí se mi zpracování této kolonky u všech diagnóz. Například u diagnózy deficit sebek péče vím aspoň přesněji, v čem musím více a v čem méně pomoci pacientovi, nebo do jaké míry můžu pacienta zapojit. U další diagnózy Zhoršená verbální komunikace se mi líbí rozlišení postižení řeči, dle toho se pak i liší přístup v komunikaci sestry s pacientem.“

Vyhovovaly Vám navrhované cíle, kterých chcete dosáhnout při ošetřování pacienta po CMP?

„Cíle v navrhovaném ošetřovatelském plánu by mi nejspíše vyhovovali, ale v praxi jsem s nimi nikdy nepracovala. Možná by mi tam chyběl nějaký časový interval, do kdy má být cíl splněn.“

Jak byste se vyjádřila ke zvoleným ošetřovatelským intervencím? Myslíte si, že by tyto dané ošetřovatelské intervence zaměřené pro ošetřovatelskou péči o pacienty po CMP mohly mít vliv na kvalitu poskytované ošetřovatelské péče?

„Ošetřovatelské intervence byly stanoveny velmi dobře a podrobně. Podle nich vím, na co se zaměřit a jak poskytovat ošetřovatelskou péči u svých pacientů dle jejich zdravotního stavu.“

Doplnila byste, nebo ubrala, některé z uvedených intervencí?

„Možná bych u diagnózy Porušené polykání přidala intervenci u nasogastrické sondy – Pravidelně měň polohu sondy, aby nedocházelo k případným dekubitům. Jinak bych neubrala nic. Tyto ošetřovatelské intervence by mi vyhovovaly pro péči o pacienta po mrtvici.“

Uvědomila jste si při volbě některé z intervencí důležitost její realizace?

„Ano uvědomila, vím, jak hodně péče o pacienta může mít vliv na jeho zdravotní stav.“

Vyhovoval by Vám takto nastavený standardní ošetřovatelský plán v praxi?

„Jak jsem uváděla na začátku Vašeho rozhovoru, tak by mi přišel zbytečně zdlouhavý.“

Jak jste byla spokojena s grafickou úpravou plánu? Byl pro Vás dokument přehledný?

„Velmi spokojená, vyhovuje mě tzv. „křížkování“.“

Jak hodnotíte administrativní náročnost navrhovaného ošetrovatelského plánu?

„Zdá se mi náročnější na vyplňování, ale je to tím, že je tam spousta informací. Myslím tím, že je podrobně rozepsaný.“

Chtěla byste vyjádřit ještě nějaký svůj názor na navrhovaný ošetrovatelský plán?

„Myslím, že ne, řekla jsem již všechno.“

Rozhovor č. 4

Respondentka byla ochotná odpovídat na otázky, avšak rozhovor s respondentkou byl obtížný navázat. Respondentka se nedovedla vyjádřit k položeným otázkám.

Kolik je Vám let?

„26 let.“

Jak dlouho pracujete na neurologickém oddělení, JIP?

„Pracuji na neurologickém oddělení 2 roky.“

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Vyšší odborné vzdělání.“

Více co je to standardní ošetrovatelský plán? Do jaké fáze ošetrovatelského procesu byste zařadila ošetrovatelský plán?

„V ošetrovatelském plánu se stanovují ošetrovatelské diagnózy s intervencemi a jejich realizací. Zařadila bych ho do fáze plánování, která je na třetím místě v ošetrovatelském procesu.“

Vyhovuje Vám současná dokumentace (ošetrovatelský plán) při ošetrování pacienta po CMP?

„Musím se přiznat, že nevyhovuje. Myslím hlavně intervence jsou podle mě některé nedostatečné.“

Jak se Vám pracovalo s navrženým standardním ošetrovatelským plánem? Byl pro vás srozumitelný?

„Bylo to pro mě velice zajímavé a musím říci, že mne vyplňování Vašeho plánu zaujalo a bavilo. Byl teda delší, než jsem zvyklá, ale srozumitelnější. Takový by se mi líbil používat.“

Vyhovovalo Vám spektrum navrhnutých ošetrovatelských diagnóz? Ubrala byste nebo přidala některou?

„Při práci sestry na standardním oddělení bych já nestanovovala diagnózu č. 1- Neefektivní tkáňová perfuze cerebrální. Myslím si, že ta se hodí spíše pro ošetřování pacienta s akutní CMP k trombolýze. Jinak jsou některé diagnózy stejné, jako máme v nynějším plánu, ale jsou lépe zformulované.“

Bylo pro vás přínosné určení konkrétních důvodů odvíjejících se z postižení CMP?

„Ano, více si uvědomím pacientovo postižení. Líbilo by se mi v dokumentu toto rozlišení.“

Jak hodnotíte kolonku určující znak? Je pro Vás podstatná? Uvědomila jste si při výběru z nabízených možností, více konkrétní potíže pacienta s CMP?

„Doposud jsem se se zaznamenáváním určujícího znaku nesetkala. Podrobnější určení není špatné a nevadilo by mi ho používat i v praxi.“

Vyhovovaly Vám dané cíle, kterých chcete dosáhnout při ošetřování pacienta po CMP?

„Ano.“

Jak byste se vyjádřila ke zvoleným ošetrovatelským intervencím? Myslíte si, že by tyto dané ošetrovatelské intervence zaměřené pro ošetrovatelskou péči o pacienty po CMP mohly mít vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?

„Intervence mi přijdou dobře rozepsané, avšak dlouhé. Mohou mít vliv na kvalitu, sestry si uvědomí, jak správně pečovat o pacienty.“

Doplnila byste, nebo ubrala, některé z uvedených intervencí?

„Neměnila bych uvedené intervence.“

Uvědomila jste si při volbě některé z intervencí důležitost její realizace?

„Ano. U každé intervence jsem se zamyslela nad její realizací. „

Vyhovoval by Vám takto nastavený standardní ošetrovatelský plán v praxi?

„Ano vyhovoval, klidně bych ho vyměnila za dosavadní.“

Jak jste byla spokojena s grafickou úpravou plánu? Byl pro Vás dokument přehledný?

„Grafická úprava na výbornou.“

Jak hodnotíte administrativní náročnost navrhovaného ošetrovatelského plánu?

„Je náročnější.“

Chtěla byste vyjádřit ještě nějaký svůj názor na navrhovaný ošetrovatelský plán?

„Řekla jsem již všechno.“

Rozhovor č. 5

Tento rozhovor byl s respondentkou nejvíce zdařilý. Respondentka ochotně odpovídala na otázky. Rozhovor nebyl problém vést, respondentka hovořila obsáhle, až chvílemi odbíhala od dané otázky k jiným problémům při ošetrování pacienta.

Kolik je Vám let?

„45 let.“

Jak dlouho pracujete na neurologickém oddělení, JIP ?

„Pracuji na neurologickém oddělení již 22 let.“

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Jen střední zdravotnická škola.“

Více co je to standardní ošetrovatelský plán? Do jaké fáze ošetrovatelského procesu byste zařadila ošetrovatelský plán?

„Pod pojmem standardní ošetrovatelský plán si představím standardní péči o pacienta, která je stejná, např. s CMP. Zařazuji ho do plánování.“

Vyhovuje Vám současná dokumentace (ošetrovatelský plán) při ošetrování pacienta po CMP?

„Záleží, o jakého pacienta se jedná, zejména jakou má diagnózu. Ne všichni pacienti na našem oddělení jsou hospitalizováni pro CMP. Ale když to vezmu jen pro pacienty CMP tak nevyhovuje, a to hlavně v intervencích. Jsou špatně popsány, je jich málo.“

Jak se Vám pracovalo s navrženým standardním ošetrovatelským plánem? Byl pro vás srozumitelný?

„Pracovalo se mi s ním dobře, ze začátku se mi zdál náročný, na první pohled se toho zdálo moc, ale časem se s ním dalo pracovat. V dokumentu vlastně je zapsáno vše to, co během dne realizujeme u pacienta, ale důkladně to není nikde zaznamenáno.“

Vyhovovalo Vám spektrum navržených ošetrovatelských diagnóz? Ubrala byste nebo přidala některou?

„Diagnózy by mi vyhovovaly. Osobně mi chybí diagnóza popisující pacienta po výkonu lumbální punkcí. Tato diagnóza byla dříve v plánu uvedena. Pak ale při změně dokumentace se zrušila a již nebyla uvedena. Ve stávajícím plánu není ani možnost se k této diagnóze nikam zvlášť vyjádřit. Jinak mi diagnózy vyhovují.“

Bylo pro vás přínosné určení konkrétních důvodů odvíjejících se z postižení CMP?

„Ve stávajících plánech nevolím důvod zvolené diagnózy. Takže už na určování důvodů nejsem zvyklá. Ale myslím si, že je dobré zaznamenat důvod potíží.“

Jak hodnotíte kolonku určující znak? Je pro Vás podstatná? Uvědomila jste si při výběru z nabízených možností, více konkrétní potíže pacienta s CMP?

„Kolonku hodnotím všelijak. V praxi je pro mě zbytečné toto podrobnější rozlišení používat, značit. Na druhou stranu je to v navrhovaném plánu pěkně zpracované. Zdá se mi zbytečně uvedené – dušnost, chrčení, kašel u diagnózy Neefektivní dýchání. Dále u diagnózy Zhoršená verbální komunikace by mi stačilo se jen vyjádřit, zda se jedná o afázii nebo o dysartrii. Více bych se nijak nevyjadřovala.“

Vyhovovaly Vám dané cíle, kterých chcete dosáhnout při ošetrování pacienta po CMP?

„Při stanovování cíle při příjmu pacienta nemůžu vědět, zda cíle dosáhnu. Nemusí se to stihnout z důvodu brzkého překladu pacienta. Pracuji s aktuální situací, nerozebírám, co někdy bude.“

Jak byste se vyjádřila ke zvoleným ošetrovatelským intervencím? Myslíte si, že by tyto dané ošetrovatelské intervence zaměřené pro ošetrovatelskou péči o pacienty po CMP mohly mít vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?

„Osobně si nemyslím, že by takto podrobně rozepsané intervence měly vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Já poskytuji ošetrovatelskou péči pacientům tak, jak nejlépe umím. Ale je to o osobě. Nevím, jestli se tím někdo řídí. Někoho to třeba upozorní, co má dělat. Myslím, že by to mohlo být dobré pro novou sestru, ať už po škole,

nebo z jiného pracoviště. Pro ni by mohly být takto rozepsané intervence důležité a třeba by mohly mít i vliv na lepší kvalitu poskytované péče. “

Doplnila byste, nebo ubrala, některé z uvedených intervencí?

„Například u diagnózy Zhoršená tělesná pohyblivost se mi líbí záznam o dbalosti správného uložení postižených končetin, nebo umístění stolku pacienta na postižené polovině těla. Jsou to důležité intervence, které můžou být někdy opomíjené. Třeba nová sestra může tyto intervence z důvodu neznalosti opomíjet a pro pacienta to může mít často negativní dopad. “

Uvědomila jste si při volbě některé z intervencí důležitost její realizace?

„Ano, uvědomila, ale jak jsem již uváděla, pracuji, jak nejlépe umím. “

Vyhovoval by Vám takto nastavený standardní ošetřovatelský plán v praxi?

„Kdyby byl stručnější, vyhovoval by mi více. “

Jak jste byla spokojena s grafickou úpravou plánu? Byl pro Vás dokument přehledný?

„Byla jsem spokojená s grafickou úpravou. “

Jak hodnotíte administrativní náročnost navrhovaného ošetřovatelského plánu?

„Je náročnější než stávající. “

Chtěla byste vyjádřit ještě nějaký svůj názor na navrhovaný ošetřovatelský plán?

„Řekla jsem již všechno. “

Rozhovor č. 6

Respondentka je při rozhovoru usměvavá, ochotná odpovídat.

Kolik je Vám let?

„30 let. “

Jak dlouho pracujete na neurologickém oddělení, JIP?

„Pracuji na neurologickém oddělení 10 let. “

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Střední zdravotnická škola. “

Více co je to standardní ošetrovatelský plán? Do jaké fáze ošetrovatelského procesu byste zařadila ošetrovatelský plán?

„Standardní ošetrovatelský plán je ošetrovatelský proces, ve kterém sestra poskytuje péči pacientům. Patří do procesu plánování.“

Vyhovuje Vám současná dokumentace (ošetrovatelský plán) při ošetrování pacienta po CMP?

„Současná dokumentace je vytvořena všeobecně tak, aby vyhovovala pro všechna oddělení nemocnice. Pro záznam péče u pacienta po CMP si myslím, že vyhovuje částečně. Některé položky například nevyužiji vůbec, některé by bylo dobré více specifikovat.“

Jak se Vám pracovalo s navrženým standardním ošetrovatelským plánem? Byl pro vás srozumitelný?

„S navrženým plánem se mi pracovalo dobře. Vyhovoval mi zejména v jeho srozumitelnosti. Je jasné, na co se mě v textu ptají a podle toho můžu stanovit péči o pacienta po CMP.“

Vyhovovalo Vám spektrum navržených ošetrovatelských diagnóz? Ubrala byste nebo přidala některou?

„Diagnózy mi vyhovovaly, už bych žádnou nepřidala.“

Bylo pro vás přínosné určení konkrétních důvodů odvíjejících se z postižení CMP?

„Ano, například u diagnózy deficit sebedpěče je pro mě přínosné určit potřeby pacienta a na co se zaměřit při jeho ošetrování. U diagnózy zhoršená verbální komunikace mi nepřijde důležité uvádět důvod vzniku potíží.“

Jak hodnotíte kolonku určující znak? Je pro Vás podstatná? Uvědomila jste si při výběru z nabízených možností, více konkrétní potíže pacienta s CMP?

„Ano, uvědomila. Bylo to pro mě přínosné. Určí se tak konkrétní potřeby pacienta a na co se má sestra zaměřit.“

Vyhovovaly Vám dané cíle, kterých chcete dosáhnout při ošetrování pacienta po CMP?

„Navrhované cíle se mi líbily. Z vlastních důvodů a z pocitu dosažení zlepšení zdravotního stavu pacienta.“

Jak byste se vyjádřila ke zvoleným ošetrovatelským intervencím? Myslíte si, že by tyto dané ošetrovatelské intervence zaměřené pro ošetrovatelskou péči o pacienty po CMP mohly mít vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?

„Ano, intervence jsou zpracované velmi dobře. Určitě mají vliv na kvalitu poskytované péče. Sestry si uvědomí potřeby pacienta, které se odvíjí od nemoci a na základě toho, zvyšují kvalitu péče.“

Doplnila byste, nebo ubrala, některé z uvedených intervencí?

„Tyto ošetrovatelské intervence mi vyhovují ve všech bodech.“

Uvědomila jste si při volbě některé z intervencí důležitost její realizace?

„Ano. Intervence jsou důležité ke zlepšení ošetrovatelské péče a k rychlému uzdravení pacienta.“

Vyhovoval by Vám takto nastavený standardní ošetrovatelský plán v praxi?

„Ano, dokážu si představit pracovat s tímto navrženým ošetrovatelským plánem.“

Jak jste byla spokojena s grafickou úpravou plánu? Byl pro Vás dokument přehledný?

„Byla jsem spokojená s grafickou úpravou a pro mne byl velmi dobře přehledný.“

Jak hodnotíte administrativní náročnost navrhovaného ošetrovatelského plánu?

„Není administrativně náročný.“

Chtěla byste vyjádřit ještě nějaký svůj názor na navrhovaný ošetrovatelský plán?

„Této možnosti již nevyužiji, děkuji.“

Tabulka 1 – Přehled respondentů

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Věk (roky)	34	33	41	26	45	30
Vzdělání	PSS	VOŠ	PSS	VOŠ	SZŠ	SZŠ
Délka praxe	8	4	5	2	22	10

V tabulce č. 1 jsou shrnuty základní údaje o respondentech. Celkem bylo 6 respondentek, v textu označených jako R1 – R6.

Otázka č. 1: V jakých aspektech nově navrhovaný plán v ošetrovatelské praxi na neurologickém oddělení a na oddělení neurologické JIP zdravotnickému personálu vyhovuje?

Tabulka 2 – Názory respondentek na kolonku Související faktor

Respondent	Odpověď	Klady	Zápory
R1	VYHOVUJE	přínosné zpracování dg. č. 2	zbytečné určení u dg. č.1
R2	VYHOVUJE	pomáhá při určování samotných diagnóz	
R3	VYHOVUJE	lépe určí zaměření ošetrovatelské péče	
R4	VYHOVUJE	více si uvědomuji pacientovo postižení	
R5	VYHOVUJE	přínosné	
R6	VYHOVUJE	přínosné	zbytečné určení u dg. č. 4

Určení Souvisejícího faktoru vyhovuje všem respondentkám, jako klady jeho určení hodnotí tři respondentky pomoc určení samotné diagnózy, pomáhá též určit, na co je třeba se v rámci ošetrovatelské péče zaměřit a více umožňuje uvědomit si pacientovo postižení. Jedna respondentka kladně hodnotí zpracovanou diagnózu č. 2 Zhoršená pohyblivost na lůžku. Jedné respondentce určení Souvisejícího faktoru vyhovuje, ale více nespecifikuje.

Za přínosný popis souvisejících faktorů považují dvě respondentky, nicméně mají k této kolonce výhrady. A to u diagnózy č. 1 Neefektivní tkáňová perfuze a č. 4 Zhoršená verbální komunikace připadá určování Souvisejícího faktoru zbytečné.

Tabulka 3 – Názor respondentek na kolonku Určující znak

Respondent	Odpověď	Klady	Zápory
R1	HODNOTÍ KLADNĚ		zbytečná položka u dg. č. 2
R2	HODNOTÍ KLADNĚ	přínosné	
R3	HODNOTÍ KLADNĚ	upřesní v čem pacientovi pomoci rozlišení řeči u dg. č. 4	
R4	HODNOTÍ KLADNĚ		
R5	HODNOTÍ ROZPORUPLNĚ	vhodný pro absolventky	zbytečné položky u dg. č. 7 a č. 4
R6	HODNOTÍ KLADNĚ	přínosné	

Kolonku Určující znak hodnotí pět respondentek kladně, dle jejich vyjádření upřesní v čem pacientovi při ošetřování pomoci. Jedna respondentka má rozporuplný pocit z této kolonky. Dvě respondentky se k Určujícímu znaku vyjádřily záporně, a to k diagnóze č. 2 Zhoršená tělesná pohyblivost, kdy přijde zbytečné značit – Vyhledávání a žádost o pomoc a dále zbytečné u diagnózy č. 7 Neefektivní dýchání: dušnost, chrčení, kašel a diagnóza č. 4 Zhoršená verbální komunikace: značit jen- afázie, dysartrie

Otázka č. 2: Mohly by mít navržené ošetřovatelské intervence podle zdravotnického personálu vliv na kvalitu ošetřovatelské péče?

Tabulka 4 – Názor respondentek na ošetřovatelské intervence

Respondent	Odpověď	Klady	Zápory
R1	VYHOVUJE	vhodné pro absolventky zvýší kvalitu ošetřovatelské péče	
R2	VYHOVUJE	dobře rozvinuté dobrý návod pro péči o pacienty s CMP	
R3	VYHOVUJE	velmi dobře a podrobně stanoveny zaměřují poskytování ošetřovatelské péče	
R4	VYHOVUJE		zdlouhavé
R5	VYHOVUJE	vhodné pro absolventky	
R6	VYHOVUJE	velmi dobře zpracovány zvýší kvalitu péče	

Na navržené ošetřovatelské intervence je pohlíženo kladně, až na odpověď jedné respondentky, která intervence považuje za zbytečně zdlouhavé. Avšak souhlasí se zbytkem respondentek o jejich dobrém rozepsání. Dvě respondentky se shodnou na tom, že intervence jsou dobrým návodem pro péči o pacienty s CMP, obzvlášť pro absolventky a takto zpracované mohou mít vliv na kvalitu ošetřovatelské péče, jak se přímo vyjadřují dvě respondentky.

Otázka č. 3: Jak se zdravotnickému personálu s navrženým standardním ošetrovatelským plánem pracovalo?

Tabulka 5 – Názor respondentek na práci s navrženým plánem

Respondent	Odpověď	Klady	Zápory
R1	VÝBORNĚ	přehledný jednoduchý	
R2	DOBŘE	podrobně rozepsaný	zprvu složitý na porozumění
R3	ŠPATNĚ		složitý a rozsáhlý obsah časově náročný
R4	VÝBORNĚ	zaujal srozumitelný	dlouhý
R5	DOBŘE	na druhou stranu velmi kompletní	na první pohled náročný
R6	DOBŘE	srozumitelný	

S navrženým ošetrovatelským plánem se respondentkám pracovalo dobře, zaujal je. Pro dvě respondentky byl srozumitelný. Zápor při práci s navrženým plánem vidí dvě respondentky jen zprvu používání. Pro jednu respondentku byla práce s plánem složitá, plán byl pro ni obsahově rozsáhlý a časově náročný.

Tabulka 6 – Názor respondentek na využitelnost plánu v praxi

Hledisko	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Použitelnost v praxi	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Srozumitelnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Grafická úprava	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Přehlednost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Administrativní náročnost	NAPŮL	ANO	NAPŮL	NAPŮL	NAPŮL	ANO

Všechny respondentky by nově navrhovaný ošetrovatelský plán v praxi využívaly. Bez výhrad tuto skutečnost potvrdily tři respondentky, která by uvítala smysluplný dokument, zaměřený na problémy pacienta po CMP. Tři respondentky se přimlouvají za jeho větší stručnost, nicméně v praxi by ho také rády využívaly. Přehlednost a srozumitelnost dokumentu potvrzují všechny respondentky, jako i grafickou úpravu. Administrativní náročnost hodnotí kladně dvě respondentky.

2.7 Diskuze

V této bakalářské práci na téma Využití standardního ošetrovatelského plánu u pacienta po cévní mozkové příhodě se věnovalo problematice hodnocení nově navrhovaného standardního ošetrovatelského plánu pro pacienty po CMP na oddělení neurologické JIP a neurologického oddělení. V rámci výzkumného šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky s podotázkami, na které byly nalezeny odpovědi.

Výzkumná otázka první: V jakých aspektech nově navrhovaný plán v ošetrovatelské praxi na neurologickém oddělení a na oddělení neurologické JIP zdravotnickému personálu vyhovuje?

K této výzkumné otázce se vztahuje několik podotázek. Všem respondentům nově stanovený ošetrovatelský plán vyhovuje na rozdíl od toho, který je využíván v současné praxi. K současnému plánu, který respondentky používají v praxi, mají několik výhrad. Respondentka č. 1 se domnívá, že v oblasti ošetrovatelských intervencí je zcela nedostačující, některé položky by přidala a některé se jí zdají zbytečné a odebrala by je. Také si myslí, že ošetrovatelský plán by byl efektivnější, pokud by byl rozdělen dle oborů zejména na chirurgické a interní obory. Dále Respondentky č. 2, 4, 5, 6 uvedly, že současný ošetrovatelský plán je nevyhovující, je příliš obecný a je nedostačující v oblasti intervencí. Respondentka č. 3 hodnotila současný ošetrovatelský plán nejméně kriticky, ale také uvedla, že by jeho efektivitu pomohla zvýšit změna pár bodů. Jak vyplynulo z rozhovoru, tak respondentky berou za největší negativum současně nastaveného ošetrovatelského plánu nedostatky v oblasti intervencí. Tuto skutečnost nezávisle na sobě zmínily 4 respondentky. Jak vyplývá i z výzkumu autorky bakalářské práce Včelové (2012), ve které respondenti uvedli, že ošetrovatelská dokumentace je v některých oblastech nedostatečná, zejména v některých datech z jejich oboru. Dále nejsou celkově spokojeni s dokumentací, zdá se jim velmi rozsáhlá a nepřehledná. Toto tvrzení se hlavně shoduje s výpovědí respondentky č. 3.

Následující podotázka zjišťovala, jak respondentkám vyhovovalo spektrum navržených diagnóz a zda by nějakou přidaly nebo ubraly. Třem respondentkám navržené diagnózy vyhovovaly bez výhrad zejména respondentka č.1 vyzdvihuje diagnózu Zhoršená tělesná pohyblivost a Zhoršená pohyblivost na lůžku, která v současném ošetrovatelském plánu chybí. Diagnóza značící poruchu hybnosti by v ošetrovatelském plánu pro pacienty

s CMP měla být uvedena. Vyplývá to i z výzkumu Brožákové (2012), která zjišťovala nejčastější volené diagnózy u pacientů s CMP a tato diagnóza byla řazena mezi prioritní. Respondentka č. 1 také velmi kladně hodnotila diagnózu Deficit sebepečce, která je rozepsána na každý deficit zvlášť. Hodnotí kladně i diagnózu bolest, kde je dané rozlišení. Respondentka by ubrala diagnózu Neefektivní tkáňová perfuze cerebrální, která se dle její výpovědi nehodí pro diskutovanou cílovou skupinu pacientů. Zajímavý je fakt, že tato diagnóza není sestrami stanovována ani ve výzkumu autorky Brožákové (2012). Respondentce č. 5 chybí diagnóza popisující pacienta po výkonu lumbální punkce, která se hodí na neurologické oddělení.

Dále jsme se dotazovali na přínos zavedené kolonky Související faktor odvíjející se z postižení CMP. Většina respondentek uvedla, že je pro ně stanovení Souvisejícího faktoru velmi přínosné. Pomáhá jim při určování samotných diagnóz, lépe se určuje, na co se zaměřit v rámci ošetrovatelské péče a více si uvědomují pacientovo postižení. Respondentce č. 1 u diagnózy Neefektivní tkáňová perfuze přijde zbytečné určení konkrétních důvodů, na pohled totiž nerozpoznatelné. Respondentka č. 4 zase uvádí, že u diagnózy Zhoršená verbální komunikace je zbytečné určovat související faktor.

Následně jsme zjišťovali i přínos nové kolonky Určující znak, která měla navést respondentky na uvědomění si konkrétních potíží pacienta s CMP. Všechny respondentky hodnotí kolonku kladně až na respondentku č. 5, která jí hodnotí rozporuplně, přijde jí zbytečné tuto kolonku značit. Ostatní respondentky potvrdily, že jim tato kolonka pomáhá při uvědomování pacientových potíží a potřeb. Dle našeho názoru, si myslíme, že související faktor by neměl v ošetrovatelské dokumentaci chybět.

V další podotázce jsme se zaměřili na ošetrovatelské cíle, zejména jak respondentkám vyhovovaly. Respondentkám č. 1, 2, 4 a 6 se ošetrovatelské cíle líbily, v současné dokumentaci chybí. Respondentce č.3 chybí časový interval do kdy má být cíl splněn a respondentka č. 5 si myslí, že je to zbytečné, protože neví při příjmu pacienta, zdali by šlo cíle dosáhnout.

Výzkumná otázka druhá: Mohly by mít navržené ošetrovatelské intervence podle zdravotnického personálu vliv na kvalitu ošetrovatelské péče?

Z podotázek se z vyjádření respondentek potvrdilo, že ošetrovatelské intervence tak, jak jsou uvedené v nově navrhovaném ošetrovatelském plánu, mohou v pozitivním slova smyslu ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče. Tento aspekt ošetrovatelského plánu je

vnímán hlavně po praktické stránce – je vhodný zejména pro absolventky, kterým obsah kolonky Ošetrovatelské intervence může pomoci v praxi, a tudíž funguje jako prevence negativních dopadů na pacienta v kontextu jeho péče. Avšak respondentce č. 4 přijdou zbytečně zdlouhavé. Dle výzkumu bakalářské práce Vítkové (2015) si většina respondentů myslí, že více podrobné vedení ošetrovatelské dokumentace zajišťuje bezpečnost a kvalitu péče o pacienta.

V dalších podotázkách jsme se zabývali taktéž ošetrovatelskými intervencemi. U nově navržených intervencí by všechny respondentky nic neubraly. Pouze respondentka č. 3 by u diagnózy Porušené polykání přidala intervenci u zavedení nasogastrické sondy informace o potřebě pravidelně měnit polohu sondy, aby nedocházelo k případným dekubitům. Rovněž všechny respondentky uvedly, že si uvědomují důležitost ošetrovatelských diagnóz. Při jejich stanovení si uvědomují případnou realizaci.

Výzkumná otázka třetí: Jak se zdravotnickému personálu s navrženým standardním ošetrovatelským plánem pracovalo?

V podotázkách jsme se zabývali tím, jak se respondentkám pracovalo s nově navrženým ošetrovatelským plánem a jak byl pro ně srozumitelný. Respondentka č. 1 projevila velmi kladný postoj k navrženému plánu, hodnotila ho jako velice přehledný a jednoduchý. Taktéž respondentka č. 4 se shodla s výpovědí a nově navržený plán hodnotila pozitivně. Respondentky č. 2, 3, 5 uvedly, že se jim na první pohled zdál náročný a obsáhlý, ale po delším pracování s ním naznaly, že se spíše jedná o zvyk a s novým plánem by se naučily pracovat. Ovšem respondentka č. 3 hodnotila navržený plán jako časově náročný, připadal jí zbytečně obsáhlý a příliš složitý.

Kladně je hodnocena především přehlednost nově navrhovaného ošetrovatelského plánu. I přesto, že je administrativně trochu náročnější, se s ním zdravotnickému personálu pracovalo dobře a všichni by ho v praxi rádi používali. Respondentkám vyhovovala zejména grafická úprava pro jeho přehlednost.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Návrh standardního ošetrovatelského plánu byl již před začátkem výzkumného šetření se sestrami předložen ke zhlédnutí managementu oddělení a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči tamní nemocnice. Jejich vyjádření k navrhovanému plánu bylo kladné, pozitivně ohodnotily zpracování dokumentu se zaměřením na specifické potíže a ošetrovatelské intervence u pacientů po cévní mozkové příhodě.

Na základě námi zjištěných informací a vzhledem k plánované tvorbě nové dokumentace vypracujeme s managementem oddělení manuál pro péči o pacienty po cévní mozkové příhodě. Záměrem bude nově specifikovat položku Související faktor a Určující znak. Standardní ošetrovatelský plán bude vhodný pro nově příchozí zdravotní sestry, zejména absolventky, jak rovněž vyplývá i z výzkumu.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu *Využití standardního ošetrovatelského plánu u pacienta po cévní mozkové příhodě*.

V teoretické části jsme se zabírali problematikou CMP, jejím dělením, diagnostikou, léčbou, komplikacemi, a prevencí onemocnění- primární, sekundární terciální. Zaměřili jsme se též na specifika ošetrovatelské péče u pacienta po cévní mozkové příhodě v akutní fázi, která je zaměřena na stabilizaci a sledování fyziologických funkcí a na ošetrovatelskou péči při léčbě IVT. Dále jsme se zmínili o subakutní fázi, která je zaměřena na ošetrovatelskou péči při vykonávání základních všedních činností jako je stravování a příjem tekutin, vyprazdňování, mobilita a komunikace s pacientem při postižení řeči. Poslední část teorie je věnována ošetrovatelskému procesu a jeho fázemi.

Cílem práce bylo navrhnout standardní ošetrovatelský plán u pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda na neurologickém oddělení a neurologické JIP Iktového centra Nemocnice Litomyšl. Ke zjištění, zda byl návrh vhodně vytvořen a byl by využitelný v praxi, pomohly stanovené výzkumné otázky. Odpovědi na výzkumné otázky byly získány kvalitativním výzkumem, který je oproti kvantitativnímu výzkumu náročnější na provedení a následné zpracování, ale lépe může vystihnout podstatu zkoumaného problému.

Z první výzkumné otázky jsme zjistili, že nově navržený plán vyhovuje ve všech aspektech – v ošetrovatelské diagnóze, v určujícím znaku, v souvisejícím faktoru, cíli i v intervencích.

Zodpovězením druhé otázky jsme si potvrdili, že nově navržené ošetrovatelské intervence by mohly mít vliv na zvýšení kvality péče, kladně je vnímán též po praktické stránce – je vhodný zejména pro absolventky, kterým podrobné rozepsání intervencí může pomoci v praxi a tudíž funguje jako prevence negativních dopadů na pacienta.

Třetí otázka nám potvrdila, že přestože ošetrovatelský plán působí na první pohled náročně a obsáhle je po zpracování logicky uspořádaný a srozumitelný. Kladně je hodnocena především jeho přehlednost. Dle vyjádření sester by si dovedly představit jeho využití v praxi.

Cíl práce byl tedy splněn.

Seznam použité literatury

- AMBLER, Zdeněk a Jan BEDNAŘÍK, 2010. *Klinická neurologie: Část speciální I.* 1. vyd. 1. Praha: Triton. 1430 s. ISBN 978-807-3873-899.
- BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství.* 1. vyd. Plzeň: Maurea. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- BROŽÁKOVÁ, Žaneta, 2012. *Práce sestry na iktové jednotce.* České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- CSÉFALVAY, Zsolt, a kol., 2007. *Terapie afázie: teorie a případové studie.* 1. vyd. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-316-1.
- EHLER, Edvard a kol., 2011. *Komplikace ischemické cévní mozkové příhody.* In: časopis Neurologie pro praxi. 12(2), s. 129–133. ISSN 1213-1814
- ESO (European Stroke Organisation). *Stroke prevention.* Slideshow. [online]. [cit. 2016-13-11]. 2008 Dostupné z: <http://www.eso-stroke.org/prevention.php?cid=7>
- FEIGIN, Valery, 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu.* 1.vyd. Praha: Galén, 207s. ISBN 978-80-7262-428-7.
- GULÁŠOVÁ, Ivica, a kol. 2012. *Prostředky neverbální komunikace.* In: časopis Sestra. s. 26–27. ISSN 1210 – 0404
- HERDMAN, T. Heater, 2013. *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012 - 2014.* 1. vydání. Praha: Grada, 584 s. ISBN 978-80-4328-8
- HERZIG, Roman, 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře.* Praha: Maxdorf, 84 s, ISBN 978-80-7345-148-6.
- HOSLEY, C. M., McCULLOUGH, L. D., 2016.: *Acute neurological issues in pregnancy and the peripartum.* The Neurohospitalist. [online]. [cit. 2016-13-10]. 2011, s. 104-116. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2014/214cl3.htm>
- KALINA, Miroslav a kol., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi.* 1. vyd. Praha: Triton. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
- KALITA, Zdeněk, 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0.

- KALITA, Zdeněk, 2016. *Farmakologická sekundární prevence nekardioembolického mozkového infarktu/tranzitorní ischemické ataky – současnost a budoucnost*. [online]. [cit. 2016-13-10]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek/farmakologicka-sekundarni-prevence-nekardioembolickeho-mozkoveho-infarktu-tranzitorni-ischemicke-ataky-soucasnost-35342?confirm_rules=1
- KALVACH, Pavel, 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3.vydání., Praha: Grada, 2010.456 s. ISBN 978-8024727-653.
- KOVAŘÍKOVÁ, Jaroslava, 2012. *Komplexní ošetrovatelská péče o klienty po cévní mozkové příhodě*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- LAURENČÍKOVÁ, Eva, 2007. *Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou*. In: časopis Diagnóza v ošetrovatelství. 3(2), 66–67s.
- MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada,192s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2016. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Sbírka zákonů. [online]. [cit. 2016-10-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2011_5293_2162_11.html
- PLEVOVÁ, Irena, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 168s. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 188s. ISBN 978-80-247-1775-3.
- ŠKOLOUDÍK, David, 2016. *Rekanalizační léčba mozkové ischemie - jak dál?* [online]. [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/03/04.pdf>

- ŠULCOVÁ, Alice, 2016. *Stávající rehabilitační metody u pacientů po CMP* [online]. 2013 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/stavajici-rehabilitacni-metody-u-pacientu-po-cmp-469536>
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Kateřina ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOMEK, Aleš a kol., 2012. *Neurointenzivní péče: Praktická příručka*. Praha: Mladá fronta, 368 s. ISBN 978-80-204-2659-8.
- TÓTHOVÁ, Valérie a kol. 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
- TYRLÍKOVÁ, Irena a Martin BAREŠ, 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 305 s. ISBN 978-807-0135-402.
- URBÁNKOVÁ, Š., NEUMANN, J., POTMĚŠILOVÁ, H., 2016. *Cévní mozková příhoda a role médií v informovanosti veřejnosti* [online]. [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-4-05-full.pdf>
- VČELOVÁ, Stanislava, 2012. *Sestra a ošetrovatelská dokumentace*. České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- VÍTKOVÁ, Ilona, 2015. *Ošetrovatelská dokumentace v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-802-4734-194.
- ZATLOUKALOVÁ, Irena, 2011. *Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP*. Sestra. Praha:Mladá fronta, roč..21.č.1, s.54-56. ISSN 1210-0404.



Seznam tabulek

Tabulka 1 – Přehled Respondentů	44
Tabulka 2 – Názor respondentek na kolonku Související faktor	44
Tabulka 3 – Názor respondentek na kolonku Určující znak	45
Tabulka 4 – Názor respondentek na ošetrovatelské intervence	46
Tabulka 5 – Názor respondentek na práci s nově navrženým plánem	47
Tabulka 6 – Názor respondentek na využitelnost plánu v praxi	49

Seznam použitých zkratek

CMP	cévní mozková příhoda
CS	dokončený iktus
CT	výpočetní tomografie
DG	diagnóza
DSA	Digitální subtrakční angiografie
EKG	elektro-kardio graf
ES	vyvíjející se iktus
ESO	European Stroke Organisation
GSC	Glasgow Coma Scale
IAT	intraarteriální trombolýza
ICH	intracerebrální hemoragie
JIP	jednotka intenzivní péče
MRI	magnetická rezonance
NANDA	Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PCT	perfuzní výpočetní tomografie (CT)
PMK	permanentní močový katetr
RIND	reverzibilní ischemický neurologický deficit
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SAH	subarachnoidální hemoragie
SAK	subarachnoidální krvácení
TIA	tranzitorní ischemická ataka
TK	fyziologický tlak krve
tPA	tkáňový aktivátor plasminogenu
WHO	světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Glasgow Coma Scale

Příloha č. 2 – Protokol k IVT

Příloha č. 3 – Žádost o provedení výzkumu

Příloha č. 4 – Otázky k rozhovoru

Příloha č. 5 – Návrh standardního ošetřovatelského plánu

