

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Specifika ošetrovateľskej péče u osob s dětskou
mozkovou obrnou

Bakalářská práce

Obor: Všeobecná sestra

Autor: Yuliia Berezovska

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bubláková

Jihlava 2022

Vysoká škola polytechnická

Tolstého 16, 58601 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Yuliia Berezovska
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Specifika ošetrovateľskej péče u osob s dětskou mozkovou obrnou
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Bublákova
Cíl práce:	Zmapovat specifika ošetrovateľskej péče o pacienta s diagnózou DMO

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovateľské péče o pacienty s dětskou mozkovou obrnou.

Cílem práce je zmapovat specifika ošetrovateľské péče o pacienta s diagnózou DMO na Ukrajině. Pro dosažení cílů bude zvoleno výzkumné šetření formou kvantitativního výzkumu. K získání dat bude použita technika dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami v neurologickém centru "Djereło".

Výsledky šetření budou zpracovány do tabulek a grafů za použití absolutní a relativní četnosti, případně aritmetického průměru. Na bázi výzkumu bude zjištěno, jaká jsou specifika ošetrovateľské péče o pacienta s diagnózou DMO v Ukrajině. Na jejich základě budou formulována doporučení pro ošetrovateľskou praxi.

Klíčová slova

Dětská mozková obrna, sestra, rehabilitace, rodina, terapie

Abstrakt

The bachelor thesis is focused on the issue of nursing care for patients with cerebral palsy.

The aim of this work is to map the specifics of nursing care for patients with a diagnosis of DMO in Ukraine.

To achieve the goal, research will be chosen in the form of quantitative research. The technique of a questionnaire survey among general nurses at the neurological center "Djerelo" will be used to obtain data.

The survey results will be processed into tables and graphs using absolute and relative frequency, or arithmetic average. The research will determine the specifics of nursing care for patients with a diagnosis of DMO in Ukraine. Based on them, recommendations for nursing practice will be formulated.

Keywords

Cerebral palsy, nurse, rehabilitation, family, therapy

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 26. května 2022

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Bublákové za vedení této bakalářské práce a za její cenné rady a připomínky, díky nimž práce mohla vzniknout. Dále bych chtěla poděkovat vedení neurologického centra "Djerelo" za umožnění výzkumného šetření a všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a umožnili realizaci výzkumného šetření. Také děkuji rodině za její trpělivost a podporu během studia.

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav problematiky	10
1.2 Formy DMO	10
1.2.1 Spastické formy DMO	10
1.2.2 Diskinetická forma DMO	11
1.2.3 Cerebelární forma DMO	11
1.2.4 Smíšené formy DMO	12
1.3 Etiologie dětské mozkové obrny	12
1.5 Terapie dětské mozkové obrny	13
1.5.1 Bobath metoda	14
1.5.2 Vojtova metoda	14
1.5.3 Metoda Kozyavkina	15
1.5.4 Medikamentózní léčba	16
1.5.5 Ortopedická léčba	16
1.5.6 Poruchy komunikace	16
1.6 Specifika ošetrovatelské péče	17
1.6.1 Výživa	17
1.6.2 Hygienická péče	18
1.6.3 Bolest	19
1.6.4 Psychoterapie	19
1.6.5 Komunikace	20
1.6.6 Spolupráce s rodinou	21
1.6.7 Ergoterapie	21
1.6.8 Hipoterapie	21
2 Výzkumná část	23
2.1 Cíl práce	23
2.2 Metodika výzkumu	24
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	24
2.4 Průběh výzkumu	27
2.5 Zpracování získaných dat	27
2.6 Výsledky dotazníkového šetření	28
3 Diskuze	38
Závěr	43
Seznam literatury	44
Přílohy	46

Seznam tabulek

Tabulka 1 Problémy během poskytování péče o pacienty s DMO	32
Tabulka 2 Poruchy řeči	32

Seznam grafů

Graf 1 Rozložení respondentů podle pohlaví	25
Graf 2 Věkové rozdělení respondentů	25
Graf 3 Vzdělání respondentů	26
Graf 4 Délka praxe	27
Graf 5 Věk pacientů	28
Graf 6 Věková kategorie, se kterou je nejtěžší pracovat	29
Graf 7 Přístup k pacientovi s DMO	30
Graf 8 Formy komunikace s pacientem s DMO	31
Graf 9 Problémy během rehabilitace	33
Graf 10 Rozdíl mezi rehabilitační péčí v Ukrajině a v Evropě	34
Graf 11 Metoda rehabilitace, která přináší zlepšení stavu pacienta s DMO	35
Graf 12 Způsob rehabilitace, který nejvíc ovlivňuje život osoby s DMO	36

Přílohy

Příloha A	46
Příloha B	49

Úvod

Dětská mozková obrna patří do skupiny závažných neurosenzorických poruch. K mozkové obrně dochází v důsledku nedostatečného vývoje nebo poškození mozku v časně ontogenezi.

Pacienti s dětskou mozkovou obrnou vyžadují neustálou péči. Komplexní a včas zahájená rehabilitace osob s takovou diagnózou je jedním z klíčových aspektů, který vede ke zlepšení vzájemné svalové souhry a pohybové koordinaci. Hlavním úkolem individuálních rehabilitačních programů pro pacienty s dětskou mozkovou obrnou je postupný rozvoj dovedností a schopností, postupná fyzická a sociální adaptace. Techniky, které jsou vyvíjeny individuálně pro každé dítě, pomáhají korigovat pohybové vady, zlepšovat motorický výkon, zdokonalit sociální dovednosti pacienta v každodenním životě. Díky systematické rehabilitaci se osoba s dětskou mozkovou obrnou může zapojit do společnosti a přizpůsobit se životním situacím.

Důležitou součástí terapie je ošetrovatelská péče. Sestra by měla být schopna provést ošetrovatelský proces a vyhodnotit výsledky péče; zajistit bezpečnost, včetně použití univerzálních a standardních opatření; provádět ošetrovatelské manipulace; poskytovat poradenské služby v oblasti prevence komplikací; zajišťovat bezpečné dodržování obecných pravidel péče o děti s dětskou mozkovou obrnou.

Ošetrovatelský proces zahrnuje psychologickou podporu, vysvětlování rodičům všech aspektů nutnosti včasné léčby, poskytování nezbytných informací o možnosti rehabilitace ve speciálních centrech pro dětské pacienty s dětskou mozkovou obrnou.

Povinná je pomoc při sociální adaptaci dítěte i výchovná práce. Sestra dává doporučení ohledně techniky výchovy dětí s dětskou mozkovou obrnou, správného výběru oblečení pro dítě a výživy dítěte.

Role sestry v péči o pacienta s dětskou mozkovou obrnou je mimořádně relevantní a významná.

Motivace

Doufám, že tato práce může sloužit jako dobrý zdroj užitečných informací jak pro zdravotníky, tak pro rodiče osob s dětskou mozkovou obrnou. Snad pomůže změnit postoj společnosti k tomuto tématu. Jsou to stejní lidé jako všichni ostatní a musíme se k nim chovat bez soucitu. Ten nepotřebují, potřebují rovnost.

Cíl práce

Cíl práce: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou DMO

Na základě zvoleného cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky (**VO**):

VO1: Jaká specifika péče o osoby s DMO vnímají všeobecné sestry v praxi?

VO2: S jakým problémem během poskytování ošetrovatelské péče o osoby s DMO se ošetřující personál setkává nejčastěji?

VO3: Jaké mají všeobecné sestry znalosti o problematice DMO?

1 Současný stav problematiky

Dětská mozková obrna je neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku (Stranak, 2015).

Jedná se o onemocnění centrálního nervového systému, které se projevuje především motorickými poruchami, a to konkrétně:

- poruchou tonusu
- opožděnou tvorbou motorických schopností v prvním roce života
- poruchou koordinace a následně i stability
- poruchou schopnosti držet trup v prostoru
- poruchou chůze

Děti mají poruchy ve vývoji řeči, mentální retardaci a také záchvaty (Ambler, 2012). U pacientů s dětskou mozkovou obrnou pozorujeme opožděný a narušený vývoj všech pohybových funkcí, jako je například držení hlavy, sezení, stání, chůze a manipulační činnosti (Lebl, 2020).

V důsledku pohybových poruch u pacientů s touto nemocí se nemohou statické a pohybové funkce spontánně vyvíjet. Poruchy hybnosti mají zase nepříznivý vliv na psychickou funkci a řeč (Finni, 2019).

1.2 Formy DMO

Existuje několik typů mozkové obrny, klasifikovaných podle druhu poruchy pohybu, postižených částí těla a závažnosti příznaků. Některé typy zahrnují intelektuální a vývojová postižení a také pohybové problémy (Semyonova, 2013).

1.2.1 Spastické formy DMO

Spastická hemiparéza je stav, kdy dětská mozková obrna postihuje pouze jednu stranu těla. Abychom tomuto stavu porozuměli, pomůže nám základní pochopení toho, jak mozek řídí pohyb (Semyonova, 2013).

Spastická hemiplegie může být vrozená i získaná. Touto formou onemocnění trpí více než třetina pacientů. Nejčastějším problémem poruchy je svalová ztuhlost. Projevuje se během kojeneckého věku a raného dětství, přičemž průměrný věk diagnózy je tři roky (Ambler, 2012).

Spastická diparéza je nejčastější formou dětské mozkové obrny, při které jsou postiženy svaly na zádech, pažích a nohou. Onemocnění postihuje obě strany těla, ale nejvíce jsou postiženy dolní končetiny (Lebl, 2020). Obvykle se toto onemocnění projevuje v dětství a je komplikováno zrychleným rozvojem deformit páteře a kloubů. Děti budou nejčastěji chodit po špičkách nebo širokou „nůžkovou chůzí“. U 20-50 % dětí s touto diagnózou je přítomna mentální retardace (Montau, 2014). Vysoký svalový tonus přispívá ke kontrakcím v kloubech nohou. Charakterizovaná hypertonicitou adduktorů stehna, což u některých pacientů způsobuje překřížení nohou (Semyonova, 2013).

U dětí s touto formou DMO je diagnostikován pseudobulbární syndrom, zrakové postižení, kognitivní a řečové poruchy. Zhruba 50 % dětí má epileptické záchvaty (Stranak, 2015).

1.2.2 Diskinetická forma DMO

Dyskinetická forma DMO, také nazývaná jako extrapyramidová nebo-li dystonicko-dyskinetická, je způsobena poškozením bazálních ganglií (Ambler, 2012).

Dyskinetická forma je důsledkem hyperbilirubinémie (Semyonova, 2013). Při této formě jsou zpravidla poškozeny struktury extrapyramidového systému a sluchového analyzátoru. Klinický obraz je charakterizován přítomností hyperkineze: atetóza, choreoatetóza, torzní dystonie (u dětí v prvních měsících života – dystonické ataky), dysartrie, okulomotorické poruchy, nedoslýchavost (Wilson, 2013).

Projevuje se mimovolnými pohyby (hyperkineze) a zvýšeným svalovým tonusem. Současně může také docházet k paralýze a paréze (Marko, 2014). Poruchy řeči jsou pozorovány nejčastěji ve formě hyperkinetické dysartrie (Novikova-Ivancova, 2013). Chybí správná instalace trupu a končetin (Finni, 2019).

1.2.3 Cerebelární forma DMO

Cerebrální neboli ataktická forma DMO se rozvíjí na základě hypotonického syndromu (Wilson, 2013).

Tato forma DMO se projevuje nízkým svalovým tonusem, ataxií a vysokými šlachovými a periostálními reflexy (Lebl, 2020).

Časté jsou poruchy řeči ve formě cerebrální nebo pseudobulbární dysartrie. Jak se rozvíjejí motorické dovednosti a manipulace s rukou, objevují se následně diskoordinace, dismetrie, ataxie trupu a záměrné třesy rukou. Ataxie nastupuje při stání a chůzi (Semyonova, 2018).

1.2.4 Smíšené formy DMO

Smíšené formy DMO vznikají kombinací výše zmíněných forem (Ambler, 2012). Děti s touto diagnózou mohou mít poškození ve více než jedné oblasti mozku. Tento typ mozkové obrny může způsobit různé fyzické a neurologické příznaky (Wilson, 2013).

Jedinci se smíšenou CP obvykle pociťují symptomy dvou různých typů dětské mozkové obrny. Je však také možné (i když mnohem vzácněji) zažít účinky všech tří mozkových obrn (Giannoni, 2021).

1.3 Etiologie dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna je způsobena poškozením nebo abnormálním vývojem v oblastech mozku řídících pohyb. To se může stát před, během nebo krátce po narození či v prvních letech života, kdy se mozek ještě vyvíjí. V mnoha případech není známa přesná příčina dětské mozkové obrny (Ambler, 2012).

Většina dětí s dětskou mozkovou obrnou se narodila se stavem, který nazýváme jako vrozenou dětskou mozkovou obrnu (Kurenkov, 2012).

Mezi příčiny dětské mozkové obrny, ke kterým dochází před narozením, patří:

- Poškození bílé hmoty mozku - bílá hmota mozku vysílá signály do mozku a zbytku těla. Její poškození může narušit signály mezi mozkem a tělem, které řídí pohyb (Nanka, 2020). Bílá hmota v mozku plodu je citlivější na poranění mezi 26. a 34. týdnem těhotenství, ale k poškození může dojít kdykoliv během těhotenství (Ambler, 2012).
- Abnormální vývoj mozku - narušení normálního procesu růstu mozku může způsobit abnormality, které ovlivňují přenos mozkových signálů (Nanka, 2020). Infekce, horečka, trauma nebo změny genů (mutace) mohou způsobit abnormální vývoj mozku (Semyonova, 2013).
- Krvácení do mozku - plod může mít mrtvici, která je častou příčinou krvácení do mozku. Ta vzniká, když se krevní cévy v mozku ucpou nebo rozbijí, což vede k poškození mozku (Ambler, 2012). Stavy včetně problémů se srážlivostí krve, abnormálně vytvořených krevních cév, srdečních vad a srpkovité anémie mohou také způsobit krvácení do mozku (Finni, 2019).
- Nedostatek kyslíku v mozku - mozek se může poškodit, pokud delší dobu nedostává dostatek kyslíku. Velmi nízký krevní tlak u matky, natržená děloha, odchlípení placenty, problémy s pupeční šňůrou nebo těžké poranění hlavy dítěte během porodu mohou bránit kyslíku, aby se dostal do mozku (Muntau, 2014).

Menší počet dětí má tak zvanou „získanou dětskou mozkovou obrnu“, což znamená, že porucha začíná více než 28 dní po narození. Příčiny získané mozkové obrny mohou zahrnovat:

- Poškození mozku v prvních měsících nebo letech života
- Infekce jako je meningitida nebo encefalitida
- Hyperbilirubinémie
- Problémy s průtokem krve do mozku v důsledku mrtvice
- Problémy se srážlivostí krve
- Abnormální krevní cévy
- Srdeční vada (přítomná již při narození)
- Srpkovitá anémie
- Poranění hlavy při autonehodě, pádu nebo týrání dítěte (Lebl, 2020)

1.4 Diagnostika DMO

Neexistují žádné klinické studie, které by potvrdily přítomnost dětské mozkové obrny. Diagnóza je stanovena na základě různých informací, které obdržíme od lékaře. Nejčastěji se stanovuje diagnóza do 9. měsíce věku, ale těžší formy DMO se dají rozpoznat již v prvních týdnech života dítěte (Finni, 2019).

Tyto informace zahrnují detailní dotazování rodičů, upozorňující na všechny důležité momenty v rodinné anamnéze. Zvláštní pozornost je věnována průběhu těhotenství, porodu a zdravotnímu stavu rodičky během tohoto období. Je nutné podrobně mluvit o všech zdravotních problémech dítěte a popsat jeho motorický a duševní vývoj. Důležitou součástí komunikace je pokládat otázky komplexně, tedy upřímně a otevřeně, protože to může napomoci správně stanovit diagnózu (Rejn, 2013).

1.5 Terapie dětské mozkové obrny

Terapie dítěte s DMO by měla být zaměřena na rozvoj pohybů, řeči, praktických dovedností a rozšiřování sociálních kontaktů pacienta (Levitt, 2018). Dítě s mozkovou obrnou potřebuje nové

zkušenosti a interakce s vnějším světem, aby se mohlo učit (Klochkova, 2016). Programy smyslové stimulace mohou poskytnout tuto cennou zkušenost dětem, které nemají fyzické schopnosti objevovat svět (Kurenkov, 2012). Cílem léčby dítěte s DMO není tuto nemoc vyléčit, ale zlepšit stav psychomotorického vývoje dítěte, naučit ho různým dovednostem a zlepšit komunikaci s ním (Semyonova, 2013).

Jednou z nejdůležitějších metod léčby dětské mozkové obrny je rehabilitace, která obvykle začíná v prvních letech života a to ihned po stanovení diagnózy. Rehabilitace je součástí rozvojového programu dítěte, který by měl také dítěti poskytnout zajímavé prostředí (Ryabova, 2020).

Psychologická podpora je důležitou cestou ke zvýšení schopností pacienta (Levitt, 2018). Je možné ji doplnit např. rehabilitací, ale i tréninkem s logopedem. Je to důležité pro celou rodinu pacienta (Ryabova, 2020). Konzultace psychologa jsou potřebné pro pacienty různého věku, ale nejdůležitější jsou v dospívání. V tomto období se rehabilitace kombinuje se sociálními programy (Trunov, 2017).

1.5.1 Bobath metoda

Bobathův neurovývojový přístup je zaměřen na senzomotorické složky svalového tonu, reflexy, posturální kontrolu, smyslové orgány, vnímání a paměť (tj. ty složky, které jsou s největší pravděpodobností narušeny při poškození centrálního nervového systému). Základem je využití speciálních poloh těla a metod péče o ně. Tyto polohy ovládají smyslové podněty (Rejn, 2013).

Léčba snižuje nerovnoměrnost svalového napětí, dítě je vyvedeno z pasivního stavu a učí se ovládat své tělo dobrovolnými pohyby (Kurenkov, 2012). Bobath terapie je také výbornou prevencí kontraktur a jiných kloubních deformit. Tato technika se dnes používá nejen u dětí všech věkových kategorií s poruchami pohybového aparátu, ale i u dospělých (Rejn, 2013).

1.5.2 Vojtova metoda

Vojtova metoda, známá také jako metoda reflexní lokomoce, byla vyvinuta lékařem Václavem Vojtou v letech 1950 až 1970 (Semyonova, 2013). Tato metoda léčby byla vytvořena během studií motorických reakcí, které jsou pozorovány v reakci na specifickou stimulaci prováděnou v určitých polohách dítěte (Nemkova, 2013). Václav Vojta zjistil, že tato stimulace způsobuje

globální svalovou aktivitu, která je přítomná ve všech formách lidského pohybu (lokomoce) (Rejn, 2013). Vojtova terapie může být použita v každém věku. Právě Vojtova metoda zahrnuje a obnovuje vrozené pohybové poruchy. Toho lze dosáhnout stimulací určitých oblastí na těle spojených s mozkem. Díky tomu terapie vede k aktivaci koordinovaných pohybů těla a končetin (Sokolova, 2018).

K reflexním pohybům dochází při stimulaci ve třech hlavních polohách: vleže na zádech, na boku a na břiše (Trunov, 2017). Aby došlo k pohybu, terapeut vytváří u pacienta cílený tlak na určité oblasti na těle, umístěných na trupu, pažích a nohou. Kombinací různých zón a střídáním tlaku se aktivují dva reflexy, a to reflexní plazení a reflexní otáčení (Kurenkov, 2012). Profesor Vojta předpokládal, že opakované stimulování těchto „reflexních“ pohybů vede k něčemu jako je „uvolnění vypínače“ ve funkčně zablokovaných spojích nervů mezi mozkem a míchou pacienta (Salkov, 2020).

Léčebného účinku lze dosáhnout častým opakováním cviků po dlouhou dobu. V tomto případě se do léčebného procesu zapojují rodiče, kteří pod vedením specialisty projdou nezbytným školením, po kterém následuje sada ošetření na doma (Semyonova, 2013).

Při použití techniky u dospělých pacientů lze pozorovat snížení bolesti v zádech, úlevu. Dochází také k pozitivním změnám koordinace pohybů při úchopu, vzpřimování, chůzi a řeči (Sokolova, 2018).

1.5.3 Metoda Kozyavkina

Vladimir Kozyavkin je sovětský a ukrajinský neurolog, vývojář jednoho z nejvíce moderních rehabilitačních systémů pro pacienty s dětskou mozkovou obrnou. Kozyavkin je také profesorem a ředitelem Mezinárodní rehabilitační kliniky. Kozyavkinova metoda byla vyvinuta před více než 30 lety a oficiálně uznána vládou Ukrajiny. Díky své účinnosti si získala širokou mezinárodní prestiž ve světě. Rehabilitací prošlo více než 70 000 pacientů, včetně 17 000 a to z Německa, Rakouska, Švýcarska, Francie, Spojených států a mnoha dalších zemí (Kozyavkin, 2012).

Základem metody Kozyavkina je biomechanická korekce páteře. Unikátní autorská metoda korekce pohybů páteře je zaměřena na odstranění funkčních blokády a obnovení činnosti autochtonních svalů (Rejn, 2013).

Výsledkem je stabilní normalizace svalového tonu, zvýšená mikrocirkulace a zlepšení trofismu tkání. To vede k vytvoření funkčního stavu pacienta, jejímž cílem je zajistit aktivaci rezervní kapacity těla a plasticity mozku (Trunov, 2017).

1.5.4 Medikamentózní léčba

Medikamentózní léčba se využívá při léčbě akutního poškození mozku u novorozenců, zejména v prvních šesti měsících (Muntau, 2014).

Při rozvoji dětské mozkové obrny je medikamentózní léčba předepisována obzvláště těm pacientům, u kterých je mozková obrna doprovázena křečemi. Někdy se zase používá při snížení svalové spasticity a mimovolných pohybů (Levitt, 2018).

Medikamentózní léčba může být pouze doplňkem a v žádném případě nemůže nahradit fyzickou rehabilitaci a další léčbu zaměřenou na rozvoj pohybových funkcí dítěte. Léky se používají při léčbě akutních perinatálních hypoxických nebo traumatických poranění mozku především v první polovině života (Umnov, 2013).

1.5.5 Ortopedická léčba

Hlavním cílem chirurgické léčby je dát dětem šanci na nezávislý a samostatný život. Pohybové problémy způsobené dětskou mozkovou obrnou se mohou časem zlepšit, ale také s sebou nesou riziko zhoršení (Lebl, 2020).

1.5.6 Poruchy komunikace

U dětí s dětskou mozkovou obrnou se vyskytují různé formy poruch řeči. Nejčastější formou řečové patologie u dětské mozkové obrny je dysartrie, při níž je obtížné vyslovit určité zvuky nebo slova. Vada se vyvíjí v důsledku porušení inervace svalů hrtanu nebo v důsledku poškození centrálního nervového systému (Semyonova, 2013).

Vývoj řeči je velmi individuální a může se odchylovat od standardů, avšak ne příliš výrazným způsobem. Pokud se dítě výrazně odchyluje od normy, je nutné se poradit s odborníkem. Tím by měl být buď neurolog či logoped. S dítětem od tří let věku pracuje přímo logoped-defektolog (Novikova-Ivancova, 2012).

Úkolem sestry při logopedické léčbě dítěte s DMO je komunikovat s pacientem. Je nutné umět poskytnout pacientovi a jeho rodinným příslušníkům v procesu rehabilitace psychickou podporu. Dále je důležité vysvětlit nutnost postupů, edukovat pacienty, upevňovat jejich získané dovednosti. Všechny tyto kroky vyžadují koncentraci, trpělivost a pozitivní přístup (Novikova-Ivancova, 2012).

1.6 Specifika ošetrovateľskej péče

Práce sestry je zaujímavá a veľmi žadaná, i keď je náročná a vyžaduje veľkú zodpovednosť. Rytmus práce oddelenia závisí na vysokej kvalifikácii a organizácii sestry. Je nutno mať znalosti, dovednosti a schopnosti požadované pre prácu s pacientmi. Práce sestry v neurologickom centre vyžaduje zvláštnu péču, sústredenie, prehľadnosť pri poskytovaní terapeutických, diagnostických a neodkladných opatrení (Vereschaga, 2017).

Rehabilitácia zaujíma predné miesto v sociálnej integrácii a komplexnej rehabilitácii detí s detskou mozgovou obrnou, pretože ide o prirodzenú biologickú metódu terapie (Ryabova, 20202).

Cieľom liečby pacientov s detskou mozgovou obrnou je zníženie závažnosti motorických porúch, nácvik sociálneho správania, školenie, pracovných dovedností, čo svojím spôsobom ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Od ošetrovateľského personálu je vyžadovaná dostatočne vysoká kompetencia v organizácii ošetrovateľskej péče o pacientov s DMO (Goldblat, 2016).

Hlavným cieľom sestier na oddelení je zabezpečiť účinnú a bezpečnú liečbu pre každého pacienta. Individuálny prístup, porozumenie a profesionálne skúsenosti vedú k vytvoreniu atmosféry komfortnej liečby a z kvalitnejšej lekárskej péče v podmienkach oddelenia (Verechaga, 2017)..

1.6.1 Výživa

Normalizácia príjmu potravy vedie ke zlepšeniu orálne-motorického správania a adekvátnejšiemu príjmu potravy a tiež k normalizácii ukazovateľov telesného vývoja (Klochova, 2016).

Pri absencii vyváženej stravy môže i zdravý dospelý pociťovať nepohodlie, bolesť, problémy s váhou, vyprazdňovaním a náladou. Často sa vyskytuje chronická únava, klesá imunita. Mluvíme-li o dieťati, zejména o dieťati s vážnymi vývojovými poruchami, pak jeho fyzický a psychický stav bude o to nepriaznivo ovplyvnen deficitom hlavních živin - vitamínů a minerálů z potravy (Ryabova, 2020).

Než sa rozhodneme pre nutričnú podporu, musíme sa uistiť, že kŕmenie dieťaťa je pre neho bezpečné a nezpôsobí vážne komplikácie. Predovšetkým mluvíme o aspirácii, ktorá tak často spôsobuje zápal pľúc a náhlou smrť (Muntau, 2014).

Obťaženia pri kŕmení osôb s detskou mozgovou obrnou sú spojené s poruchou koordinácie dýchania, sánia a polykania, poruchami ovládania hlavy, rovnovážnych reakcií, zrakově-motorickej koordinácie, neschopnosťou udržať telo vo vzpriamenej poloze, nedostatočnou funkciou obličejového svalstva (Klochova, 2016).

U kojenců jsou poruchy polykání nejčastěji vrozené. Je třeba rozlišovat skutečnou dysfagii a pseudodysfagii. První je doprovázena porušením polykání, když druhá způsobuje pouze pocit diskomfortu v krku, což ztěžuje pohyb potravy jícnem (Novikova-Ivancova, 2012).

V případě porušení aktu polykání, je důležité zachovat schopnost samostatného krmení. Pacientovi jsou doporučována měkká, polotekutá a tekutá jídla, která jsou přijímána pod dohledem ošetřujícího personálu nebo osob o něj pečujících. Je důležité jíst v pravidelných intervalech, zmenšit velikost porce. Ze stravy by měly být vyloučeny potraviny, které dráždí sliznici (Novikova-Ivancova, 2012).

Pokud se do tří dnů polykací reflex neobnoví, je pacient vyživován nazogastrickou sondou (Novikova-Ivancova, 2012).

Když sestra krmí dítě, musí být velmi citlivá na všechny jeho projevy, aby pochopila, které pohyby nebo zvuky znamenají odmítnutí a které únava a potřeba krátké přestávky. V některých případech se krmení stává obtížnou prací, která vyžaduje plné tělesné, emocionální a duševní zapojení všech účastníků procesu (Ryabova, 2020).

1.6.2 Hygienická péče

Péče o dítě, jako přebalování, koupání, mytí a čištění zubů, česání atd., je spojena s výrazným zásahem do osobního prostoru dítěte, interakcí. Proto je obzvláště důležité spolupracovat s dítětem (Ryabova, 2020).

Při provedení hygienické péče na lůžku u dětí s dětskou mozkovou obrnou jsou možné dystonické záchvaty a nerovnováha. Pro usnadnění koupání se používají pomůcky, která udrží dítě ve stabilizujících polohách (Giannoni, 2021). Malé děti s výrazným Moroovým reflexem omýváme nad vanou, držíme pod břichem, obličejem dolů nebo pomalu spouštíme do vody vsedě s mírným předklonem. Při koupání je nutné si s dítětem hrát, stimulovat motorickou aktivitu a přispívat k rozvoji rozpoznávání částí těla (Trunov, 2017). Můžete vytvářet různé učební situace, aby dítě pochopilo rozdíl mezi suchým a mokřím, horkým a studeným, velkým proudem a malým atd. Koupání by mělo přinášet radost dítěti i rodičům (Ryabova, 2020). Komunikace je velmi důležitou součástí vývoje dítěte. Doba koupaní je skvělou příležitostí, jak položit základy budoucího rozvoje verbální komunikace. Teplota vody při koupání by měla být 36-37 °C. Kvůli zhoršenému prokrvení a termoregulaci, vysokému intrakraniálnímu tlaku, u většiny dětí s DMO může koupání v teplejší vodě vyvolat zhoršení stavu. Studená voda může způsobit zvýšenou spasticitu. Kvůli poruchám smyslů a omezeným možnostem komunikace dítě nemůže vždy hlásit, že je pro něj voda příliš horká nebo studená, dospělý by měl hlídat teplotu vody (Kozyavkin, 2012).

Je třeba vzít v úvahu individuální tempo vnímání informací a tempo vlastního jednání každého dítěte. Sestra by měla dodržovat základní pravidla komunikace s dítětem, udržovat vizuální a hmatový kontakt. Je důležité zvolit takovou polohu, ve které je spasticita minimální a nedochází k nekontrolovaným pohybům (Rejn, 2013).

Děti s DMO mají často onemocnění zubů a dásní. Při provádění ústní hygieny je třeba pamatovat, že obličej je obzvláště citlivou, osobní zónou každého člověka, a proto je k provedení tohoto procesu nutné s dítětem navázat dobrý emoční kontakt. Jednání dospělého musí být přesné, klidné, sebevědomé a doprovázené slovními komentáři (Umnov, 2013).

1.6.3 Bolest

Bolest způsobená mozkovou obrnou může výrazně ovlivnit každodenní rutinu dítěte nebo dospělého. Naštěstí existuje několik způsobů, jak mohou pacienti zvládat příznaky a předcházet chronické bolesti (Goldblat, 2016).

Bolest je v rehabilitaci považována za samostatný a závažný problém, protože ji pacient vnímá jako něco nebezpečného a snaží se jí vyhnout. Zvyšuje svalový tonus a spasticitu, přispívá k rozvoji syndromu naučené bezmocnosti. Při fyzikální terapii vede bolest ke vzniku strachu z pohybu. A v konečném důsledku zabíjí motivaci dítěte k uzdravení a rehabilitaci, vytváří nenávist ke zdravotnickému personálu a rodičům, stejně jako psychologické postoje nenávisti k ostatním lidem. V tomto ohledu se doporučuje vyvarovat se bolesti, pro které by při provádění bolestivých zákroků měl být pacient v anestezii a měly by být použity různé techniky ke snížení diskomfortu (produktivní komunikace, správný přístup rodičů, přátelská atmosféra). (Klochkova, 2016).

Každodenní cvičení může pomoci udržet svalovou sílu a flexibilitu, aby se zabránilo spasticitě. Mezi další strategie, které pomáhají zmírnit bolest, patří masáž, akupunktura, ledové obklady a tepelná terapie, vodoléčba a kognitivně behaviorální terapie (Ryabova, 2020).

1.6.4 Psychoterapie

Významnou roli hraje psychoterapie a psychologická rehabilitace pacientů s dětskou mozkovou obrnou. Nemoc, patologické změny na mozku, poruchy motorických a řečových funkcí vážně ovlivňují psychiku dětí (Vereschaga, 2017).

Pokud malé děti často ignorují své nedostatky, pak se u osob školního věku s neporušenou inteligencí snadno vyvinou negativní změny v psychoemocionální sféře, izolace, psychopatické

rysy a neuróza. Psychoterapie bere v úvahu úroveň duševního vývoje, závažnost motoriky, řeči, smyslové poruchy, rysy formování osobnosti, typ výchovy v rodině, ve speciálním ústavu (Sokolova, 2017). Zaostávání v duševním vývoji, sebeobsluha je často způsobena defekty ve výchově, nadměrnou péčí rodičů v předškolním věku. Psychologická rehabilitace proto úzce souvisí s výchovnou prací (Umnov, 2013).

Hlavním principem edukace pacientů s dětskou mozkovou obrnou je rozvoj maximální samostatnosti. V psychoterapii se využívají individuální sezení vedená odborníkem, skupinová sezení formou her, rozhovorů, hudebních sezení apod. V ústavu vychovatelé, učitelé, zdravotnický personál vytvářejí speciální deontologické prostředí, stimulující každý nový pohyb, korigující poruchy řeči taktně, bez újmy na psychice dítěte (Vereschaga, 2017). Důležitým prvkem je rodinná psychoterapie – rozhovory, hodiny s rodiči zaměřené na utváření adekvátního postoje k dítěti, dobrá vůle, trpělivost, vytrvalost (Ryabova, 2020).

U dětí lze individuální psychoterapii provádět sugescí bdění s dostatečnou vnímavostí a hypnosugescí. Doporučuje se kolektivní skupinová psychoterapie s přihlédnutím k věku a asynchronii, spojující 4-6 dětí (Vereschaga, 2018). Účinná je kombinace psychoterapie s elektrospánkem, vodoléčbou, akupunkturou. K psychologické rehabilitaci dětí přispívá také biblioterapie se speciálním výběrem knih, muzikoterapie s využitím rytmu, prvků tance, sborového zpěvu a dalších (Sokolova, 2018).

1.6.5 Komunikace

Komunikace je složitý proces, který vyžaduje mnoho dovedností. K předávání informací se využívá oční kontakt, gesta, poloha těla. Veškeré naše chování je prostoupeno komunikací (Vereschaga, 2017).

Když mluvíme o rozvoji komunikace, je nutné především zajistit, aby jednání dítěte ovlivňovalo chování dospělých. Pro úspěšné zvládnutí komunikace je nutné reagovat na signály dítěte a povzbuzovat ho, aby se vyjadřovalo způsoby, které jsou mu dostupné (Kozyavkin, 2012).

Pokud jsou možnosti dětí výrazně omezeny, je nutné věnovat zvláštní pozornost takovým zjevným projevům, jako jsou změny dýchání, srdeční frekvence, třes, pocení, zvýšený svalový tonus, vyblednutí, vznik "husí kůže" atd. Mohou nám pomoci pochopit reakci dítěte a jeho postoj k tomu, co se děje (Ryabova, 2020).

Je známo, že všichni se lépe učíme, když máme zájem a motivaci. Takové situace často vznikají zcela neplánovaně, když dítě zaujme určitý předmět nebo myšlenka. Je důležité si těchto momentů všimnout a snažit se je co nejvíce využít. Pokud dítě něco zaujme, prohlédne si předmět, je to nutné pojmenovat, dát prozkoumat (Semyonova, 2018).

1.6.6 Spolupráce s rodinou

Konečné výsledky léčby výrazně záleží na prostředí, míře porozumění rodičů důležitosti jejich role při realizaci lékařských doporučení a míře jejich aktivity. Zároveň pacient vyžaduje zvláštní pozornost od rodičů, trpělivost (Wilson, 2013). Při organizaci ošetrovatelské péče je nutné zajistit dětem se zdravotním postižením, které jsou vychovávány v rodině, dohled sestry, jehož součástí je i psychologická pomoc rodičům; doporučení ohledně péče, adaptivní tělesné výchovy; poskytování poradenství ohledně krmení, hygienických postupů, vývojových rysů dítěte (Ryabova, 2020).

Psychologické poradenství pro rodiče má velký význam. Je nutné umět poskytnout pacientovi a jeho rodinným příslušníkům v procesu rehabilitace psychickou podporu, vysvětlit nutnost postupů, pacienty edukovat, upevňovat získané dovednosti, což vyžaduje pozornost, dobrou vůli a trpělivost (Finni, 2019). Tyto vlastnosti vyžadují komplexní přípravu sester v oborech pedagogiky, psychologie, plnění jejich profesních povinností, organizaci péče a plánování celého denního režimu (Ryabova, 2020).

1.6.7 Ergoterapie

Jakýkoli způsob ergoterapie se vyznačuje individuálním a komplexním přístupem k pacientovi bez ohledu na věk a diagnózu (Nemkova, 2013).

Tato část rehabilitace studuje prostředky a metody pro obnovu motorické funkce horních končetin pomocí různých herních úloh a simulátorů (Kozyavkin, 2012). Konečným cílem ergoterapie je nejen co nejvíce obnovit motorické funkce, ale také přizpůsobit pacienta ke zdravému životnímu stylu člověka, pomoci mu osamostatnit se v každodenním životě a sociálně adaptovat. V obecném slova smyslu je ergoterapie speciální gymnastika, která trénuje jemnou motoriku a koordinační systém (Salkov, 2020). Ergoterapeutické metody se osvědčily při rehabilitaci dětí s dětskou mozkovou obrnou, nemocemi a úrazy pohybového aparátu, ale i stavů po cévní mozkové příhodě a traumatickém poranění mozku. Tato metoda pomáhá zlepšit nejen motorické, ale i kognitivní, emocionální schopnosti (Ryabova, 2020).

1.6.8 Hipoterapie

Hipoterapie je v posledních letech stále více využívána jako rehabilitační prostředek. Její jedinečnost je vysvětlena tím, že vlivem rytmicky uspořádané motorické a smyslové zátěže na

pacienta v těsném kontaktu s koněm je dosaženo stabilně výrazného účinku (Sokolova, 2018). Hipoterapie je jednou z nejúčinnějších metod rehabilitace pacientů s dětskou mozkovou obrnou, která v poslední době přitahuje velkou pozornost lékařů, rodičů i sociálních pracovníků (Verechaga, 2017).

Při pohybu koně po aréně dochází k posílení svalstva pacienta, především nastává zlepšení koordinace a smyslu pro rovnováhu, komunikace se zvířetem zlepšuje emoční zázemí dítěte, rozšiřuje okruh jeho znalostí o světě kolem něj (Goldblat, 2016).

Dlouholeté zkušenosti s využíváním hipoterapie na Ukrajině ukazují nesporné zlepšení stavu pacientů s různým stupněm poruch hybnosti. Toto zlepšení se projevuje zvýšením celkového výkonu a větší citlivostí na tradiční terapeutické metody, často spojené se snížením potřebné lékařské péče (Kozyavkin, 2012).

2 Výzkumná část

Problém obnovy narušených funkcí u pacientů s dětskou mozkovou obrnou je velmi aktuální. Poruchy pohybového aparátu se u osob s diagnózou DMO většinou projevují poklesem pracovní schopnosti horních končetin, porušenou funkcí dolních končetin a páteře, což výrazně omezuje každodenní možnosti a ztěžují mu sociální adaptaci. Proto je rehabilitace důležitou součástí života každého pacienta s DMO, jelikož zdokonaluje zdravotní stav a je hlavním článkem zlepšování tělesné zdatnosti osob s dětskou mozkovou obrnou.

Problém dětské mozkové obrny je v posledním desetiletí nejvíc naléhavý, protože se teď setkáváme s touto poruchou mnohem častěji. Pozornost mnoha vědců je věnována studiu této patologie. Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou DMO v Ukrajině však byla dosud málo zkoumána.

V návaznosti na výzkumný problém byl stanoven cíl výzkumu a k němu se vztahující výzkumné otázky.

2.1 Cíl práce

Cíl práce: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou DMO

Na základě zvoleného cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky (**VO**):

VO1: Jaká specifika péče o osoby s DMO vnímají všeobecné sestry v praxi?

VO2: S jakým problémem během poskytování ošetrovatelské péče o osoby s DMO se ošetřující personal setkává nejčastěji?

VO3: Jaké mají všeobecné sestry znalosti o problematice DMO?

2.2 Metodika výzkumu

Vzhledem ke stanovenému výzkumnému cíli byla zvolena metoda kvantitativního sběru dat, který byl proveden formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl zpracován na základě současných poznatků, jež jsou uvedeny v teoretické části práce.

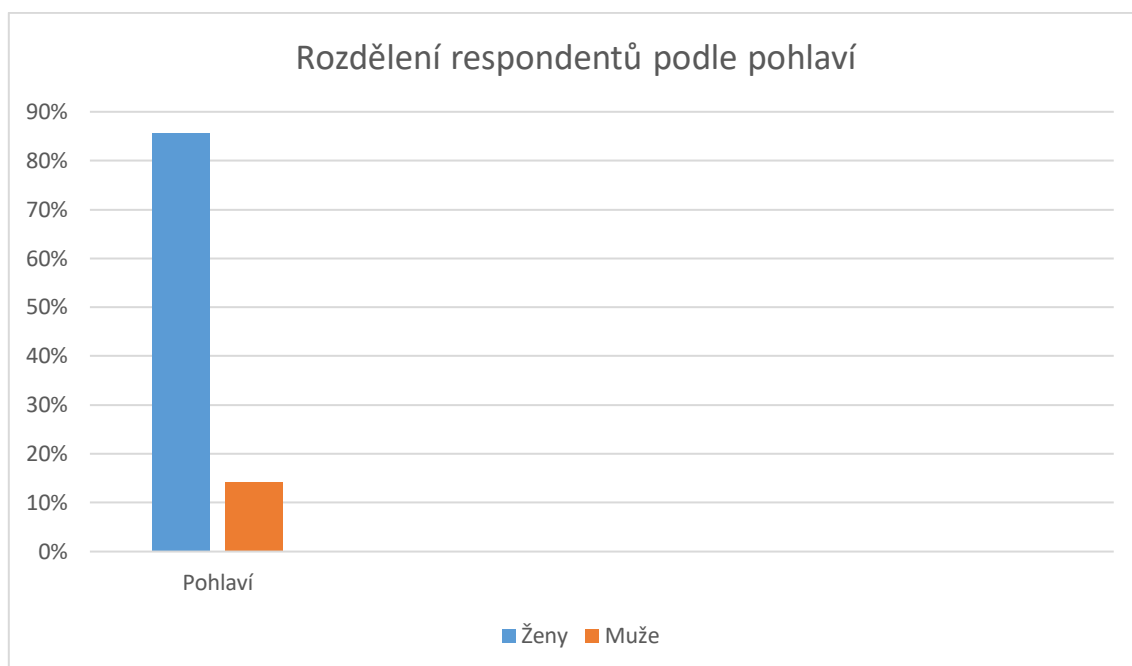
Pro analýzu organizace ošetrovatelské péče o pacienty s DMO byl zorganizován a proveden průzkum ve zdravotnickém neurologickém centru Djerelo v Ukrajině. Průzkumů se zúčastnilo celkem 105 sester. Průzkum byl proveden formou testu s možností anonymně zvolit vhodnou odpověď na otázky. Dotazník se skládal z 15 otázek týkajících se specifiky ošetrovatelské péče osob s dětskou mozkovou obrnou, 7 otázek bylo uzavřených, 3 otázky byly otevřené a 5 polouzavřených. Byl určen všeobecným sestrám. Dotazník je vlastní konstrukce (viz. Příloha A). Veškeré získané informace byly zpracovány metodou matematické statistiky - byly vypočteny průměrné ukazatele a podíly. Všechny výsledky jsou uvedeny v grafech.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Praktická část studie byla realizována v neurologickém centru Djerelo, který se nachází na Ukrajině. Rehabilitační centrum poskytuje kvalitní služby pro děti a mládež se speciálními potřebami na Ukrajině. Nabídka služeb zahrnuje programy denní péče a rehabilitace, poskytované vysoce kvalifikovaným mezioborovým týmem odborníků ve spolupráci s rodiči.

Při dotazování sester bylo úkolem Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou DMO v Ukrajině. Průzkumu se zúčastnilo 105 sester, z toho 85,7% byly ženy a 14,3% mužů. Sestry byly ve věku od 20 do 50 let, 71,4% má bakalářské vzdělání a 27,6% má magisterské vzdělání. Délka praxe je od 3 do 17 let. Bylo rozdáno 138 dotazníků, z toho se 105 vrátilo (76%). Práce všeobecné sestry na Ukrajině vyžaduje střední zdravotnické vzdělání, dále sestry nejčastěji získávají juniorské specializované vzdělání na lékařských fakultách a vysokých školách. Mohou nastoupit do studia jak na bázi základního po 9. ročníku, tak úplného po 11. ročníku všeobecného středoškolského vzdělání.

Pohlaví respondenta?

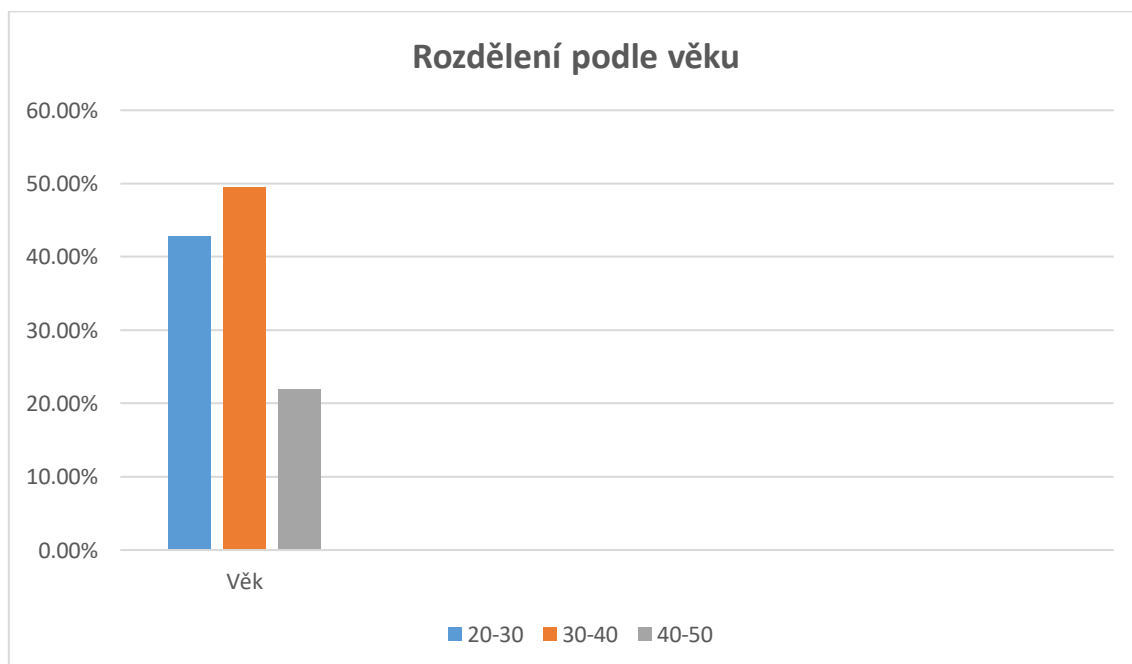


Graf 1 Rozložení respondentů podle pohlaví

Zdroj: autor práce

Přesně 50% respondentů patří do věkové kategorie od 40 do 50 let.

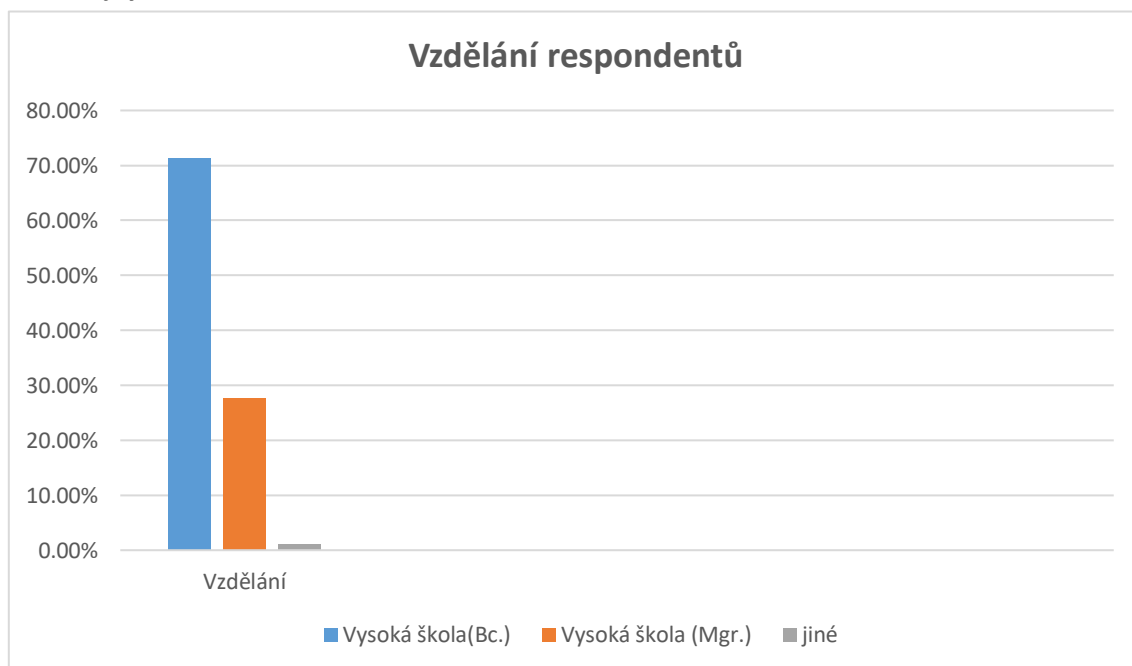
Do jaké věkové kategorie spadáte?



Graf 2 Věkové rozdělení respondentů

Zdroj: autor práce

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

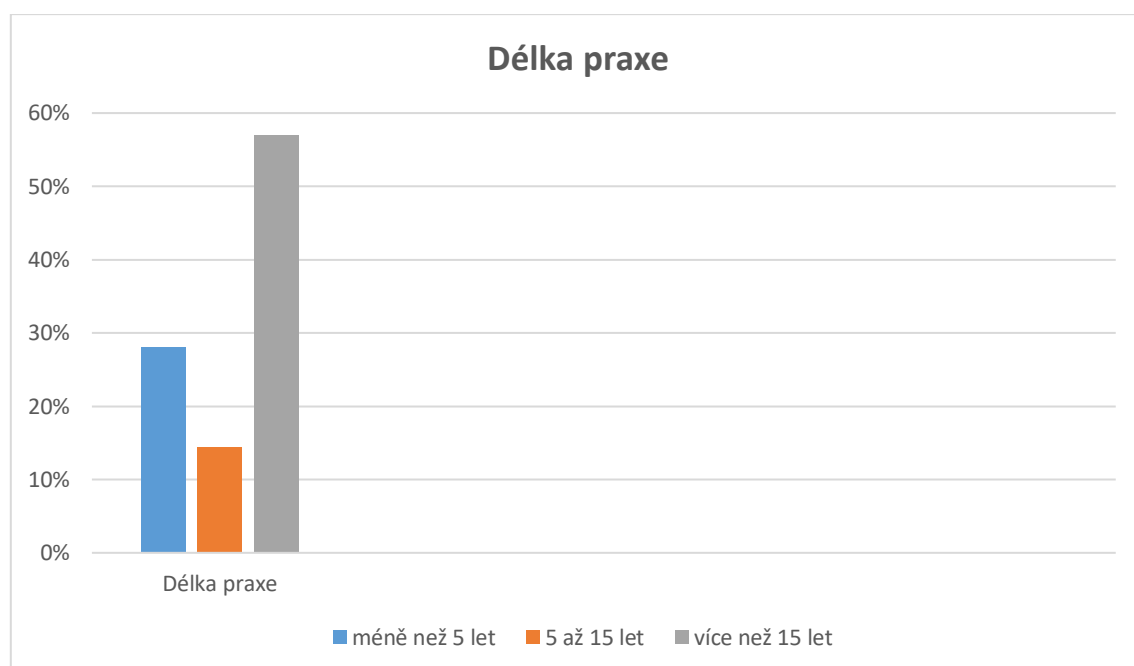


Graf 3 Vzdělání respondentů

Zdroj: autor práce

Úroveň vzdělání sester je uvedena v grafu 3. Magisterské vzdělání má 27,6 % sester, titul bakaláře mají 71,4% zdravotníků, 1% všech respondentů má vyšší nebo neukončené vysokoškolské vzdělání.

Jakou máte délku praxe?



Graf 4 Délka praxe

Zdroj: autor práce

Bylo také analyzováno rozložení sester podle celkové pracovní zkušenosti. Většina sester má více než 15 let praxe ve svém oboru (57%), méně než 5 let praxe v rehabilitaci má 28%, 5 až 15 let praxi v centru má 15%.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno v neurologickém centru Djerelo na Ukrajině. V rámci své výzkumné práce jsem navštěvovala a analyzovala kurzy, různé akce v neurologickém centru za účelem studia činnosti sester, které využívaly různé rehabilitační metody ke zlepšení kvality života osob s diagnózou DMO. Celkem bylo dotazováno 105 sester. Z toho vyplývá, že celkový počet respondentů zařazených do výzkumného šetření je 105.

Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2021 do února 2022. Interpretace výzkumných dat byla provedena v únoru 2022.

2.5 Zpracování získaných dat

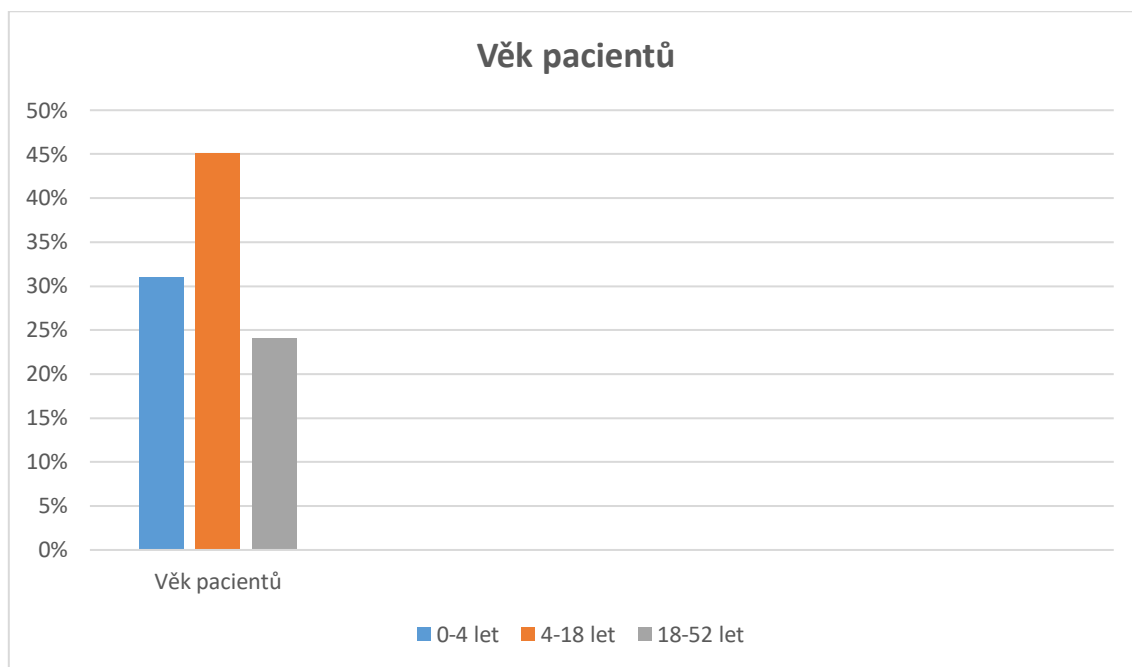
Data získaná jako výsledek dotazníku byla nejprve převedena z papírové do elektronické podoby a zpracována pomocí Microsoft Office 2013 v Excelu. Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek a grafů za použití absolutní a relativní četnosti, případně aritmetického průměru.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

Zde jsou představena výzkumná data (otázky 1-15 dotazníku) a jejich popisná analýza.

První otázka se týkala věkové kategorie pacientů, se kterými pracují sestry daného centra. S ohledem na získaná data lze konstatovat, že 31 % byli pacienti do 4 let, 45 % respondentů odpovědělo, že pracují se skupinou lidí ve věku 4-18 let a nejmenší počet pacientů byl ve věku 18 až 65 let (bylo jich jen 24%).

Do jaké věkové kategorie spadají pacienti, se kterými pracujete?

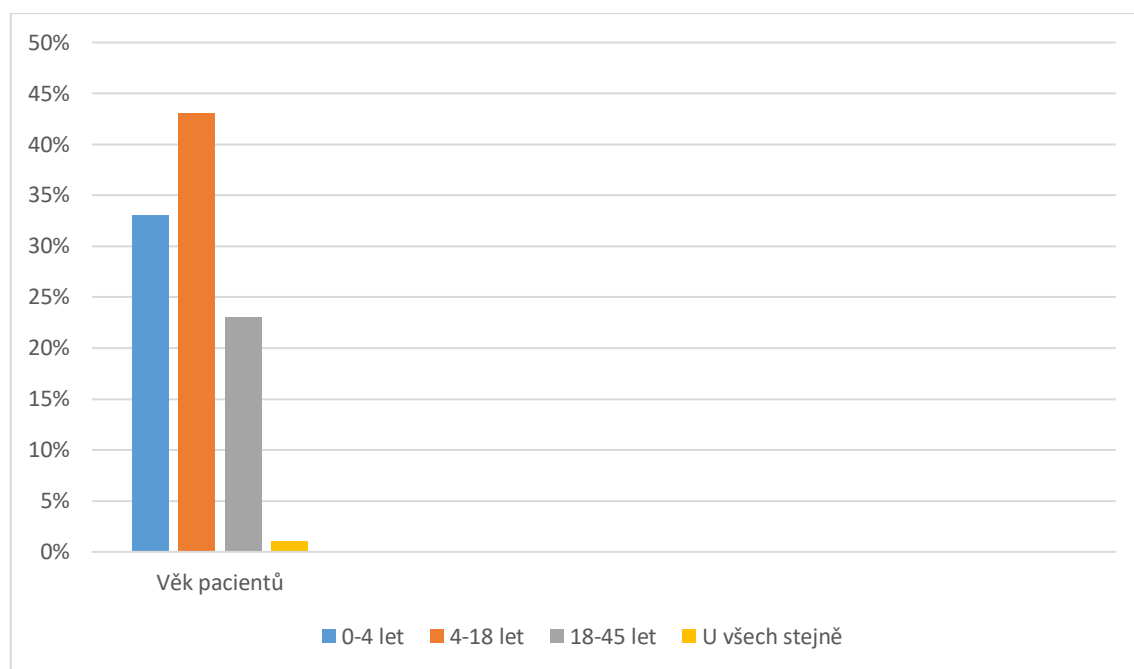


Graf 5 Věk pacientů

Zdroj: autor práce

Další otázka byla zaměřena na to, s jakou věkovou kategorií je nejtěžší pracovat. Nejproblematictějšími pacienty byli podle sester osoby od 4 do 18 let. Na druhém místě podle názoru respondentů je věková kategorie od 0 do 4 let. Takže nejtěžší je pracovat s pacienty od 18 do 45 let. Jenom 1% respondentů považuje, že u všech je to stejně.

S jakou věkovou kategorií podle Vašeho názoru je nejjednodušší pracovat?

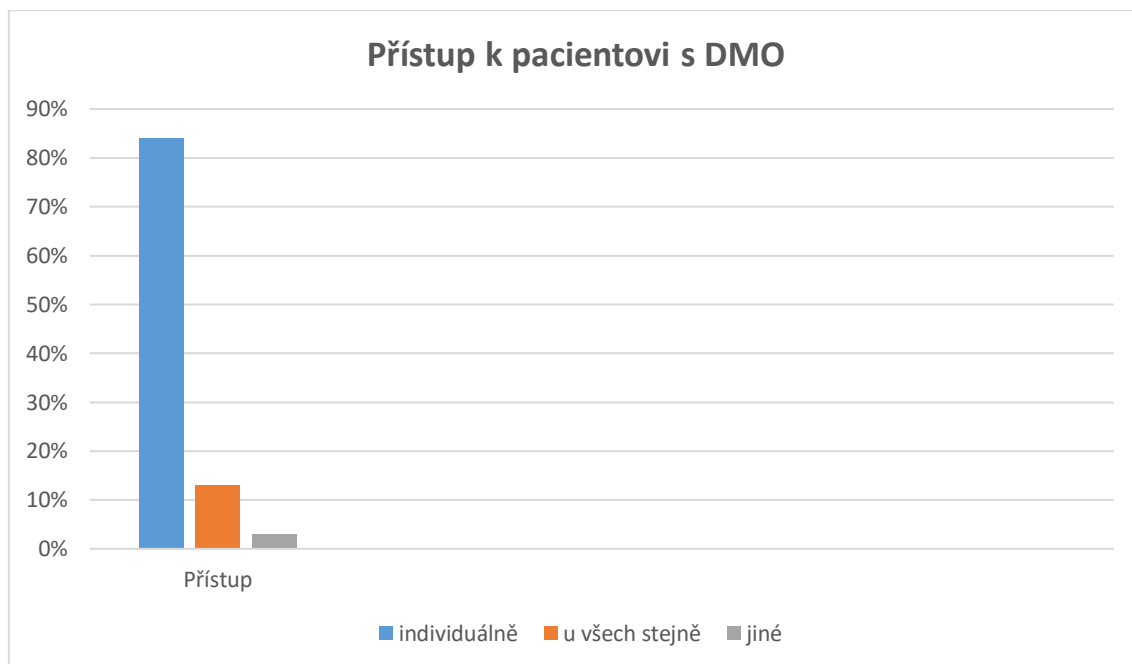


Graf 6 Věková kategorie, se kterou je nejjednodušší pracovat

Zdroj: autor práce

Další otázka byla zaměřena na to, s jakou věkovou kategorií je nejjednodušší pracovat. Nejproblematictějšími pacienty byli podle sester osoby od 4 do 18 let. Na druhém místě podle názoru respondentů je věková kategorie od 0 do 4 let. Takže nejjednodušší je pracovat s pacienty od 18 do 45 let. Jenom 1% respondentů považuje, že u všech je to stejně.

Jaký máte přístup k pacientovi s DMO?

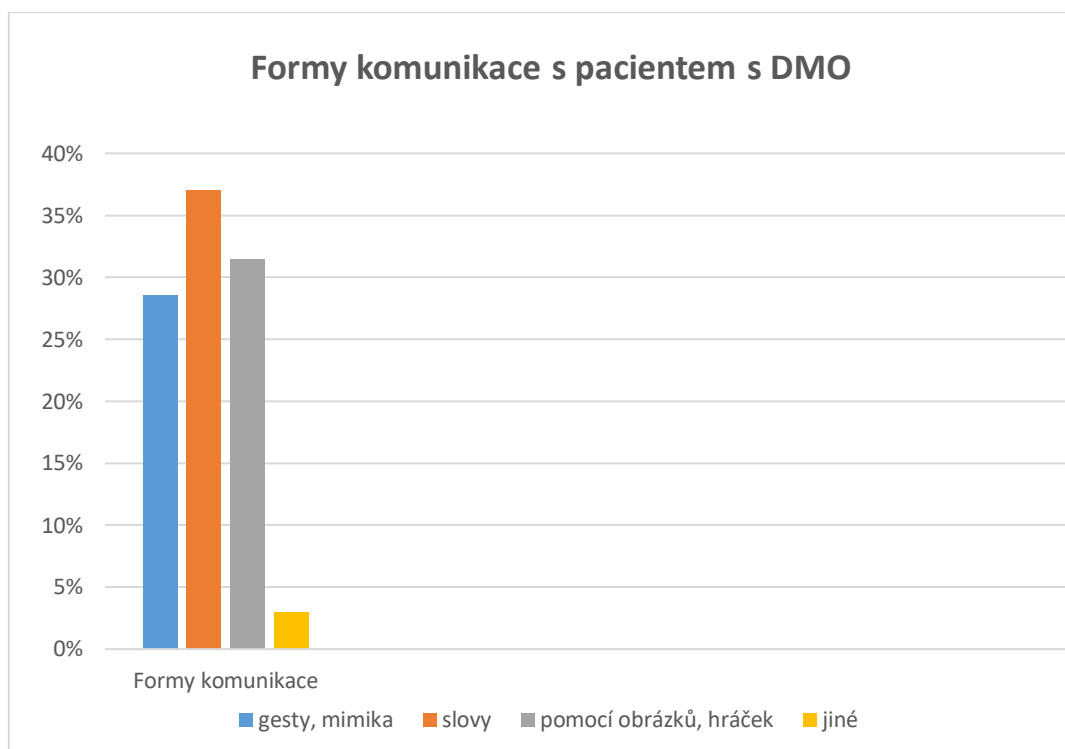


Graf 6 Přístup k pacientovi s DMO

Zdroj: autor práce

Následující otázka se týkala přístupu sester neurologického centra k pacientovi s DMO. Na základě zjištěných dat je patrné, že více než polovina dotázaných sester (84%) přistupuje ke každému pacientovi individuálně. Zbytek si domnívá, že u všech je potřeba přistupovat stejně (13%).

Jakou formou probíhá komunikace s pacientem?



Graf 7 Formy komunikace s pacientem s DMO

Zdroj: autor práce

Po analýze výsledků průzkumu vyšlo najevo, že většina dotázaných sester dává přednost předávání potřebných informací ústně, během rozhovoru, odpovídá na všechny otázky a podrobněji vysvětluje všechna doporučení.

Sestry na oddělení uvedly, že oni se staly obzvláště zručnými v interpretaci neverbálních podnětů (jako je držení těla, výraz obličeje a gesta), protože se často setkávaly s pacienty, kteří nebyli schopni mluvit kvůli svému zdravotnímu stavu, a potřebovali rychle zjistit, jak se zotavují pomocí odpovědí.

Výrok	Souhlasí	Spíše souhlasí	Neví	Spíše nesouhlasí	Nesouhlasí
<i>Agresivita</i>	12	45	10	30	8
<i>Neochota spolupracovat</i>	34	19	6	32	14
<i>Neschopnost se porozumět</i>	30	15	24	16	20
<i>Problémy s chováním</i>	45	28	8	23	1
<i>Další</i>	12	31	62	0	0

Tabulka 1 Problémy během poskytování péče o pacienty s DMO

Zdroj: autor práce

V tabulce 1 jsou uvedeny odpovědi respondentů na otázku, která se týkala problémů během poskytování ošetrovatelské péče o osoby s DMO. Poměrná většina sester (ano 45 osob, spíše ano 28 osob) považuje, že pacienti mají problémy s chováním. Je třeba také uvést, že část sester se domnívá, že při práci s dětmi je nutné mít kromě odpovídajícího vzdělání i základní znalosti v oborech jako je psychologie, pedagogika, sociologie. A proto projevují zájem o tyto disciplíny v té či oné míře.

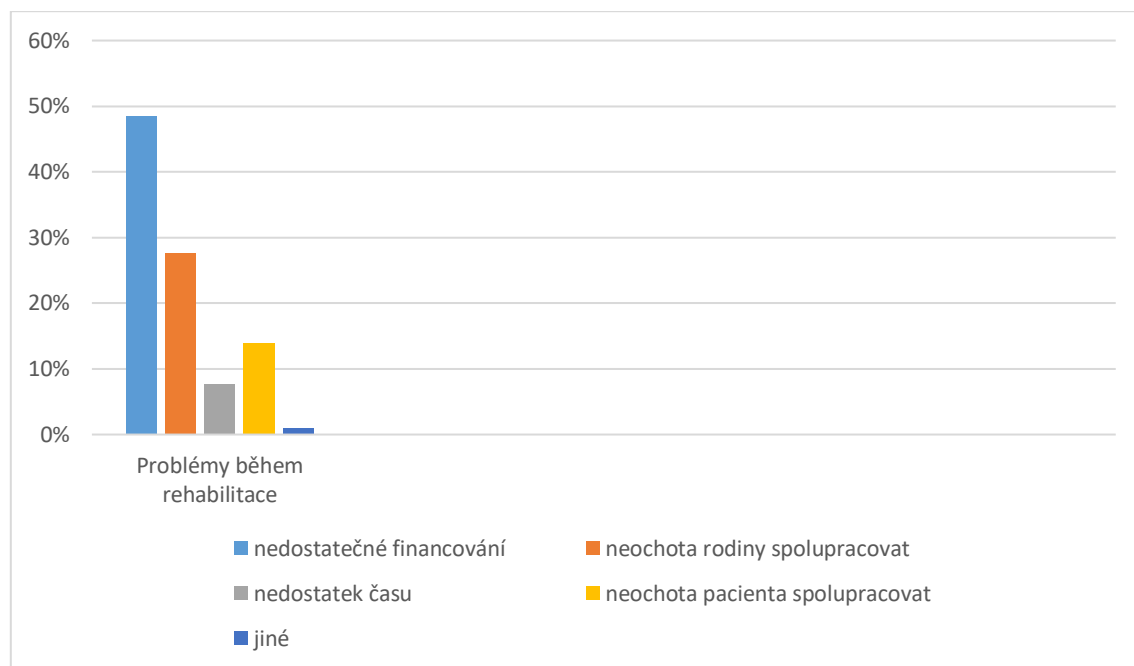
Tabulka 2 Poruchy řeči

Zdroj: autor práce

Poruchy řeči	Absolutní četnost responzí	Relativní četnost
<i>Pomalá řeč</i>	11	10,4%
<i>Dysartie</i>	2	1,9%
<i>Afázie</i>	8	7,6%
<i>Další</i>	0	0%
<i>Nevšimá si toho</i>	84	80%

Ze získaných dat jsem sestavila tabulku, ze které vyplývá, že většina respondentů neurologického centra se k pacientovi chová s porozuměním, a to i přes problémy se řečí u některých z nich.

S jakým problémem během poskytování ošetrovateľské péče o osoby s DMO setkáváte nejčastěji?



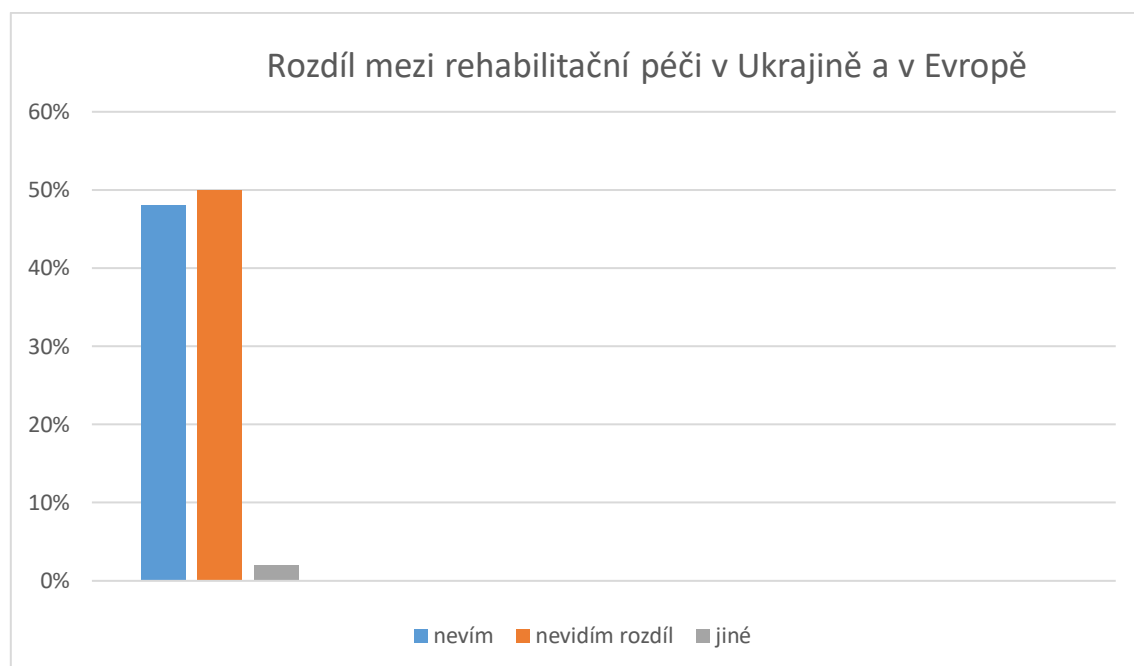
Graf 8 Problémy během rehabilitace

Zdroj: autor práce

Další otázka byla zaměřena na problémy, které mohou vzniknout během provedení rehabilitační péče. 28% uvedlo nedostatek potřebných znalostí od rodičů, 8% nedostatek času, 14% vyzdvihlo neochotu samotného dítěte bojovat s diagnózou a 49% nedostatek peněz v rodině. Mnozí nemají dostatečné finanční prostředky a čas věnovat této problematice náležitou pozornost.

Jak vidíme, jedná se o velmi širokou škálu úkolů, které všechny nelze řešit přímo společně v jednom rehabilitačním centru. Tyto úkoly jsou pro řešení velkého množství budov, zdravotnických i sociálních.

Čím se liší rehabilitační péče o pacienta s DMO v Ukrajině a v Evropě?

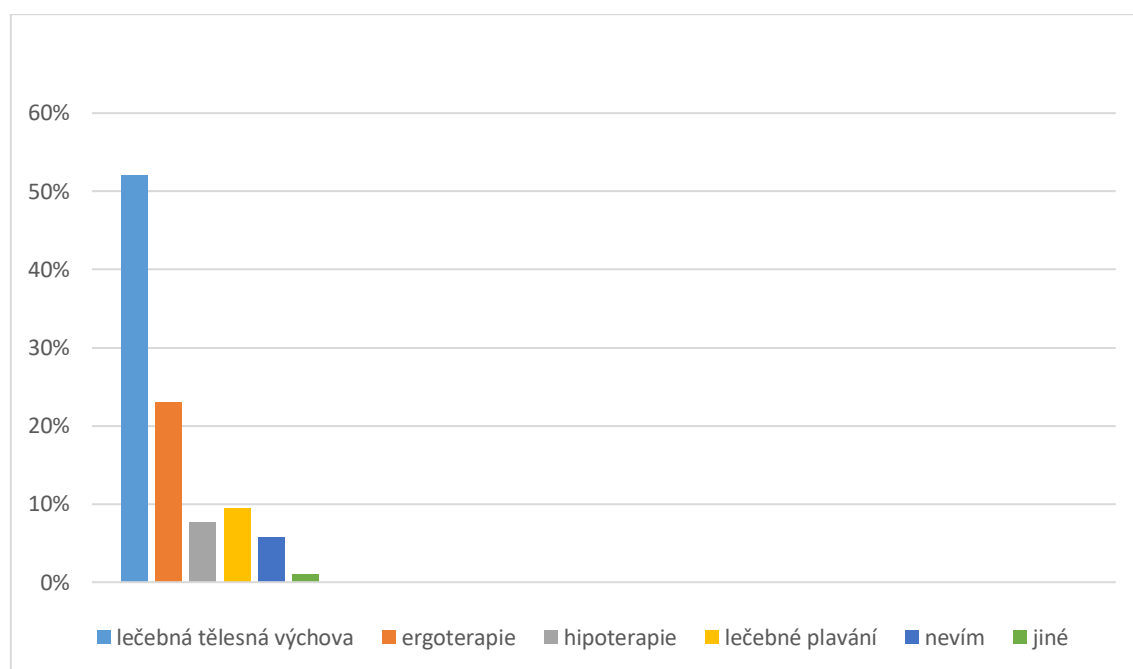


Graf 9 Rozdíl mezi rehabilitační péčí v Ukrajině a v Evropě

Zdroj: autor práce

Z grafu 10 je patrné, že 50% respondentů nevidí žádný rozdíl mezi rehabilitační péčí v Evropě a Ukrajině. 48% nezkoumali toto téma. Jenom jedna sestra zodpověděla na tuto otázku: „Na Ukrajině, na rozdíl od většiny vysoce rozvinutých zemí světa, sociální struktura je stále v počáteční fázi svého rozvoje. V Evropě je všechno úplně jinak, především proto, že ošetrovatelská péče je provedena na základě podrobného a důkladného posouzení stavu osoby s DMO, jeho slabých i silných stránek, možností, na které se lze při práci s pacientem. spolehnout.“

Jaká metoda léčby podle Vašeho názoru přináší zlepšení stavu pacienta s DMO?



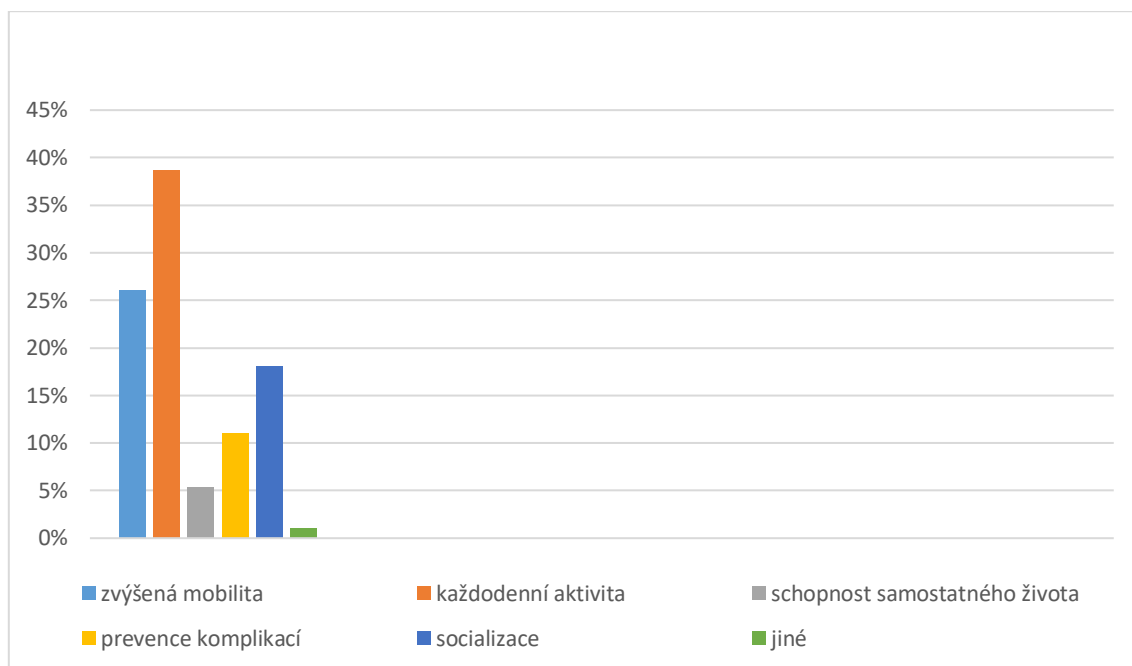
Graf 10 Metoda rehabilitace, která přináší zlepšení stavu pacienta s DMO

Zdroj: autor práce

Další otázka zjišťovala, jaká metoda rehabilitace je podle názoru respondentů nejlepší. Většina sester považuje za nejlepší metodu rehabilitace léčebnou tělesnou výchovu. 10% respondentů si myslí, že léčebné plavání hraje nejdůležitější roli v rehabilitaci. Dokonce 6% dotázaných sester odpovědělo, že neví, jaká metoda je nejefektivnější.

Tým specialistů společně sestavuje rehabilitační kurz, určuje cíle rehabilitace také dohromady s rodiči a pokud možno i s dítětem samotným. Mohou to být cíle zaměřené na zvýšení mobility dítěte, výuku každodenních dovedností a sebeobsluhy, sociální integraci, předcházení opakovaným a dalším komplikacím stavu. Rodiče a příbuzní se učí pečovatelským dovednostem a způsobům, jak napomáhat rozvoji samostatnosti dítěte, k úspěšné rehabilitaci osoby s dětskou mozkovou obrnou.

Jakým způsobem rehabilitace ovlivňuje život osoby s DMO?

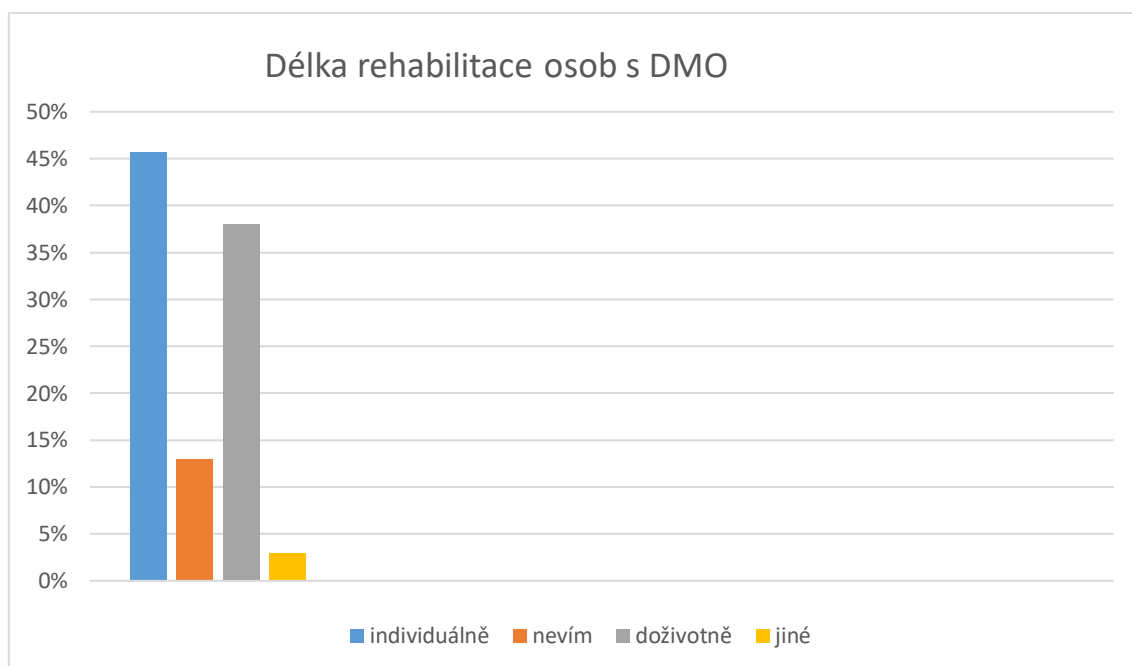


Graf 11 Způsob rehabilitace, který nejvíc ovlivňuje život osoby s DMO

Zdroj: autor práce

V průběhu výzkumu se podařilo identifikovat faktory, které podle názoru respondentů, ovlivňují život člověka s dětskou mozkovou obrnou. Z grafu 12 je patrné, že většina respondentů považuje za nejlepší způsob rehabilitace, který ovlivňuje život pacientů s DMO, každodenní aktivitu. 26% uvedlo, že zvýšená mobilita zlepšuje kvalitu života osob s dětskou mozkovou obrnou. 18% dotazovaných sester si myslí, že největší vliv na člověka s DMO má socializace.

Jak dlouho probíhá rehabilitace ve vašem neurologickém centru?



Graf 1312 Délka rehabilitace osob s DMO

Zdroj: autor práce

V grafu 13 jsou uvedeny odpovědi na otázku ohledně délky rehabilitace v neurologickém centru Djerelo. Podle názoru většiny respondentů rehabilitace probíhá u všech pacientů individuálně. 38% sester uvedlo, že u osob s dětskou mozkovou obrnou rehabilitace trvá celoživotně.

3 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá specifikou ošetrovatelské péče o pacienty s dětskou mozkovou obrnou.

První výzkumná otázka byla zaměřená na to, jak sestry neurologického centra vnímají specifika péče o pacienty s DMO. Jednou z takových specifik je přístup k pacientovi. Podle dotazníku více než polovina (84%) dotázaných sester přistupuje ke každému pacientovi individuálně (viz graf 7). Z výzkumu Fimal L. (2016) vychází, že 78% respondentů uvedlo, že mají individuální přístup k pacientům s dětskou mozkovou obrnou. Lze z toho usoudit, že došli jsme ke stejnému závěru. Koriš T. (2018) považuje, že kvalitu života pacienta s dětskou mozkovou obrnou určují nejen jeho funkční schopnosti (především pohybového aparátu), ale také míra psychické pohody-nepohody, která do značné míry závisí na adaptačních schopnostech, prostředí, okolním personálu a informovanosti pacienta. Je známo, že konečný výsledek léčebných a rehabilitačních opatření prováděných u člověka s dětskou mozkovou obrnou určuje celá řada faktorů, mezi nimiž hraje důležitou roli komunikace se zdravotnickým personálem. Fimal L. (2016) taky uvádí, že hlavním rysem osob s dětskou mozkovou obrnou je nedostatek pozornosti k sobě, značné potíže v komunikaci, protože vyjádření jejich myšlenek, emocí, tužeb a potřeb je často obtížné. Děti s touto poruchou nemohou používat verbální komunikační prostředky, mají totiž poruchy řeči, které jim následně znesnadňují komunikaci s ostatními. Ústní řeč, která hraje dominantní roli v kognitivním a emočním vývoji, je takovým dětem ve většině případů nepřístupná. Ale je to ústní řeč, která slouží jako základ sociální interakce. Pro vytvoření příjemného prostředí je nutné, aby ostatní rozuměli tomu, co chce dítě říci, a reagovali na jeho signály.

Podle výzkumu Polyanskeho M. (2013) můžeme vidět, že většina sester používá ústní formu komunikace v práci s pacientem s DMO (67%). Z mého výzkumného šetření vyplývá, že 37% respondentů komunikuje slovy.

Po analýze získaných dat docházíme k závěru, že účelem činnosti sestry je vytvářet podmínky pro psychickou pohodu a bezpečí pacienta s DMO, uspokojovat jeho potřeby pomocí sociálních, právních, psychologických, léčebných, pedagogických mechanismů pro předcházení a překonávání negativních zkušeností.

Následným specifikem je spolupráce s rodinou osoby s dětskou mozkovou obrnou. Z mého výzkumného šetření vyplývá, že sestry (28% ze 105 respondentů) se domnívají, že velkým problémem je neochota rodiny spolupracovat na rehabilitačním procesu.

Podle Tolstych Y. (2019) rodina se zdravotně postiženým dítětem je rodina se zvláštním postavením, jejíž rysy a problémy jsou dány nejen osobními vlastnostmi všech jejích členů a

povahou vztahů mezi nimi, ale i větším uplatněním při řešení problémů dítěte, blízkost rodiny k vnějšímu světu, nedostatek komunikace. Polyansky M. (2013) uvedl, že v takové situaci, na kterou je rodina zcela nepřipravená, potřebuje pomoc odborníka, který by mohl aktivně vstoupit do její konkrétní životní situace, zmírnit dopad stresu, pomoci mobilizovat vnitřní i vnější zdroje všech členů rodiny.

Polovinkina E. (2017) si myslí, že poněkud podobné potíže mají rodiny dětí s postižením. Odpovědi na otázky rodičů může najít pouze tým, který zahrnuje celou rodinu, sociální pracovníky, lékaře a učitele rehabilitačních center, výchovných a dalších institucí. Přítomnost komplexního programu sanace rodin vychovávajících děti se zdravotním postižením, dlouhodobé a aktuální plány práce specialistů umožňují tyto problémy řešit.

Podle názoru Fimal L. (2016) po rodičích se požaduje, aby přehodnotili své postoje jak ve vztahu k dítěti, tak k jejich příležitostem v jeho výchově, což je stimuluje k hledání efektivnějších způsobů předávání sociálních zkušeností, dalších metod, jak odhalit individuální schopnosti dítěte v existujících sociálních podmínkách a od odborníků - vypracovat koncepci podpory rodiny osoby s dětskou mozkovou obrnou s cílem aktivovat její rehabilitační a socializační potenciál.

Korish T. (2018) uvádí, že rodiče se snaží své dítě vychovávat, vyhýbat se jeho neuroticismu, egocentrismu, sociálnímu a mentálnímu infantilismu, dávat mu odpovídající školení, kariérní poradenství pro následnou práci. Záleží na dostupnosti pedagogických, psychologických, lékařských znalostí rodičů, protože k identifikaci a hodnocení sklonů dítěte, jeho postoje k jeho vadě, reakce na postoj druhých, pomoci mu sociálně adaptovat se, naplnit se pokud je to možné, jsou zapotřebí speciální znalosti.

Podle Tolstych Y. (2019) správná taktika komunikace mezi ošetřujícím personálem a příbuznými osoby s DMO vytváří správnou psychickou rovnováhu v mezilidských vztazích mezi zdravotníkem - pacientem - jeho rodiči.

Můžeme udělat závěr, že rodiče dětí s DMO potřebují informační právní a psychologickou podporu, edukaci v péči o dítě, což by pomohlo v rané fázi pozitivně ovlivnit účinnost rehabilitace a v důsledku toho zlepšit kvalitu života jak dítěte, tak rodičů.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, s jakým problémem během poskytování ošetrovatelské péče o osoby s DMO sestry se setkávají nejčastěji. Z výzkumu Tolstych Y. (2019) vychází, že 78% dotazovaných sester domnívá, že největším problémem během provedení rehabilitace je deficit pracovních zdrojů. Z mého výzkumu vyplývá, že prevalenčním problémem během poskytování rehabilitační péči v centru Djerelo je nedostatečné financování (49% ze 105 respondentů).

Podle Fimal L. (2016) vzhledem ke složitosti řešených úkolů je od ošetroujícího personálu vyžadována dostatečně vysoká kompetence v organizaci ošetrovatelské péče. Problematika dětské mozkové obrny se neomezuje pouze na medicínský aspekt, jde v mnohem větší míře o

společenský problém nerovných příležitostí.

Z výzkumu Polyanskyho M. (2013) vyplývá, že na prvním místě mezi ekonomickými, sociálními, psychologickými, pedagogickými, zdravotními, etickými problémy rodin s dětmi se zdravotním postižením je kladena finanční situace (61% ze 140 respondentů). Podle názoru sester na druhém místě jsou problémy výuky a rehabilitace dítěte pomocí výchovy (25%). Na třetím místě mezi hlavními problémy rodin s dětmi s vývojovým postižením samotní rodiče v průzkumech uvádějí příjem plnohodnotné lékařské péče a sociálních služeb (13% ze 140 respondentů).

Nektova V. (2015) uvádí, že většina rodičů zachází se zdravotníky vřele, s důvěrou a jsou jim vděční za jejich tvrdou práci. Existují však i „obtížní“ rodiče, kteří se snaží získat zvláštní pozornost nemocničního personálu na své dítě hrubostí a netaktním chováním. U takových musí zdravotníci projevovat vnitřní zdrženlivost a udržovat vnější klid, což samo o sobě má na nevychované lidi pozitivní vliv.

Polovinkina E. (2017) považuje, že přes pracovní vytížení by si zdravotnický pracovník měl najít čas na to, aby v klidu odpověděl na všechny otázky. Zvláštní potíže mohou nastat, když se rodiče snaží zjistit diagnózu onemocnění dítěte, objasnit správnost léčby, jmenování postupů. V těchto případech by rozhovor sestry s příbuznými neměl přesahovat její kompetenci. Nemá právo mluvit o příznacích a možné prognóze onemocnění. Sestra by se měla slušně omluvit, hájit neznalost a odkázat příbuzné k ošetřujícímu lékaři nebo přednostovi oddělení.

Podle Romanova S.(2012) problémové chování může být způsobeno špatným zacházením, stresem, záští, úzkostí, bolestí nebo nepohodlím. Belgorodova N. (2016) uvádí, že problémové chování se může objevit v reakci na události prostředí, jako například špatné životní podmínky. Kimchev P. (2020) považuje, že lidé s dětskou mozkovou obrnou mají obvykle mírné až středně závažné problémy s chováním. Existuje důvod se domnívat, že udržováním přiměřené úrovně aktivity, poskytováním náležité péče, podpory a důsledným učením se novým dovednostem lze problém nežádoucího chování vyřešit bez použití dalších léků. Je důležité stanovit realistické cíle pro jednotlivce, aby se maximalizovala kvalita jeho života a snížilo se vystavení nežádoucímu chování.

Dalším problémem podle názoru respondentů je neschopnost se porozumět. 43% dotazovaných sester uvedlo, že občas dochází k nepochopení (viz. tab. 2). Podle Kimcheva P. (2020) většina bariér, které člověku s dětskou mozkovou obrnou brání žít normální život a být produktivním členem společnosti, nesouvisí s člověkem samotným, ale se společností.

Někteří lidé s touto diagnózou mají opravdu problém s vyjádřením a jejich řeč může být pro ostatní nesrozumitelná. Není to však jediná forma komunikace. Lidé s dětskou mozkovou obrnou mohou používat speciální programy na tabletu nebo počítači.

Třetí výzkumná otázka se zabývala znalostmi respondentů ohledně problematiky DMO. Vzhledem na to, kde byl proveden výzkum, jsem rozhodla zaměřit pozornost na specifiku ošetrovatelské péče u osob s dětskou mozkovou obrnou na Ukrajině. Podle Tolstych Y. neurologie, přes všechny své problémy, udělala v posledních letech obrovský pokrok. Ukrajinští specialisté ušli ve vývoji této problematiky dlouhou cestu, objevily se nové metody rehabilitace, které mohou výrazně zlepšit kvalitu života pacientů.

Firmal L. (2016) uvedla, že hlavním úkolem individuálních rehabilitačních programů pro pacienty s dětskou mozkovou obrnou na Ukrajině je postupný rozvoj dovedností a schopností, postupná fyzická a sociální adaptace. Metody, které jsou vyvíjeny individuálně pro každé dítě, postupně korigují motorické vady, zlepšují pohybovou aktivitu, rozvíjejí pacienta emocionálně, osobnostně i sociálně a napomáhají rozvoji samostatnosti v běžném životě. V důsledku systematické rehabilitace může pacient s dětskou mozkovou obrnou infiltrovat společnost a samostatně se adaptovat na pozdější život.

Po analýze získaných dat docházíme k závěru, že se specialisté centra snaží dítě s dětskou mozkovou obrnou nejen naučit určité pohyby, ale začlenit do života pacienta nové aktivity. Dovednosti získané během rehabilitace by měly být neustále trénovány a uplatňovány v reálném životě a zlepšovat její kvalitu.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Pro efektivní rehabilitaci dětí s dětskou mozkovou obrnou je potřeba komplexní program, který zahrnuje osvědčené metody, které zajišťují individuální přístup s přihlédnutím k doprovodným onemocněním. Při sestavování rehabilitačního programu je třeba mít na paměti i potenciální motorické schopnosti dítěte.

Psychologické poradenství má pro rodiče velký význam. Čím dříve je zahájena kvalifikovaná léčba při zachování motorické aktivity dítěte, tím lepší je výsledek. Pacienty s DMO potřebují systematický, individualizovaný výcvik, který se provádí doma a je doprovázeno použitím tréninkového programu.

V rehabilitaci pacientů s dětskou mozkovou obrnou (DMO) hrají důležitou roli:

- cílevědomá zdravotní a hygienická výchova rodiny za účelem formování vysoké úrovně znalostí a lékařské činnosti rodičů v různých otázkách onemocnění dítěte s potřebou rehabilitační léčby;
- praktické školení pro matku nebo jiné členy rodiny v případech předepisování nápravných opatření, která lze realizovat doma;

dodržování kontinuity mezi Dětským rehabilitačním centrem a rodinou dítěte po dobu rehabilitační léčby.

Závěr

V teoretické části jsem zhodnotila a prostudovala teoretické aspekty dětské mozkové obrny a jejich vliv na kvalitu života pacientů s tímto onemocněním. Byli uvedeny hlavní charakteristiky dětské mozkové obrny, specifika tělesného vývoje pacientů s dětskou mozkovou obrnou, byli popsány formy dětské mozkové obrny, dle stávající klasifikace, specifika vývoje osob s tímto onemocněním. Jsem taky popsala metody léčby, charakteristiky péče a fyzické rehabilitace dětí s dětskou mozkovou obrnou. Byla identifikována přímá role ošetrovatelského personálu při pomoci dětem s dětskou mozkovou obrnou.

Ve druhé kapitole jsem na příkladu Neurologického centra Dzherelo provedla studii vlivu péče na kvalitu života pacientů s tímto onemocněním a roli sestry při zlepšování kvality života těchto pacientů a provedla následující závěry.

Dle mého názoru a na základě odvedené práce se domnívám, že sestra hraje jednu z hlavních rolí v péči o pacienty s dětskou mozkovou obrnou. V době ošetřování pacienta je sestra povinná provést maximální možný rozsah opatření ke zlepšení kvality života pacienta.

Praktická sestra potřebuje znalosti z vývojové, sociální a lékařské psychologie, pedagogiky, managementu a práva. Je nutné znát moderní metody prevence, umět správně plánovat aktivity na podporu zdraví, kvalitně provádět základní léčebné výkony, organizovat péči o pacienty s různými formami DMO, a to vyžaduje speciální odbornou přípravu a pokročilý výcvik. Kvalita života je považována za jedno ze základních kritérií pro stav pohody. Do značné míry závisí na informovanosti pacientů s dětskou mozkovou obrnou, jejich rodinných příslušníků a příbuzných o důležitých lékařských zákrocích a následném životním stylu.

I přes současný pokrok ve vývoji technologií pro diagnostiku a léčbu dětské mozkové obrny tak řešení organizačních a sociálních otázek spojených s dětskou mozkovou obrnou zůstává naléhavým problémem, který je třeba napravit. Člověk s diagnózou dětská mozková obrna je obyčejný člověk s určitými zdravotními charakteristikami. Cíle mé bakalářské práce byly splněny.

Seznam literatury

1. **KRŠEK P., LEBL J., ČERNÝ P., DOUŠOVÁ T., KOLÁŘ P., KRAUS J., KYNČL M., LIBÝ P., ROŽENKOVÁ K., SCHEJBALOVÁ A., SOUČEK O., VYHNÁLKOVÁ E. ZOBAN P.** *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Galén, 2020. 36-70 s. ISBN 978-80-7492-476-7
2. **FINNI N.** *Rebenok s cerebralnym paralichem*. Moskva: Terevinf, 2019. 50-89 s. ISBN: 978-5-4212-0538-8
3. **AMBLER Z., BEDNAŘÍK J., RŮŽIČKA E.** *Klinická neurologie. Část všeobecná*, 2. vyd., Praha: TRITON, 2012. 99-109 s. ISBN 978-80-7387-157-4
4. **SEMYONOVA K.A.** *Klinika i reabilitacionnaya terapiya detskih cerebral'nyh paralichej* Moskva: Kniga po Trebovaniyu. 2013. 328 s. ISBN 978-5-458-38655-5
5. **STRANÁK Z., JANOTA J.** *Neonatologie*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. 114 s. ISBN: 978-80-204-3861-4
6. **NEMKOVA S. A.** *Detskij cerebral'nyj paralich. Sovremennye tekhnologii v kompleksnoj diagnostike i rehabilitacii kognitivnyh rasstrojstv*. Moskva: Medpraktika-M. 2013. 357-378 s. ISBN: 978-5-98803-293-9
7. **SEMYONOVA E.V., KLOCHKOVA E.V., KORSHIKOVAMOROZOVA A. E.** *Reabilitaciya Detej s DCP*. Moskva: Azbuka miloserdiya. 2018. 44-67 s. ISBN 978-5-91173-531-9
8. **GOLDBLAT Y.** *Mediko-socialnaya reabilitaciya v nevrologii*. Moskva: Politehnika, 2016. 30-47 s. ISBN: 5-7325-0840-6
9. **MUNTAU, A.** *Pediatric*. 6. vydání. Praha: Grada. 2014. 600-608 s. ISBN 978-80-247- 4588-6
10. **MARKO M.** *Differencial'nyj diagnost v nevrologii*. 4. vyd. Moskva. «Med-press-inform», 2014, 359 s. ISBN: 978-5-00030-088-6, 3-13-592405-H
11. **KOZYAVKIN V.I., BABADAGLY M.O., LUN' G.P.** *Sistema intensivnoj nejrofiziologicheskoy rehabilitacii — Metod Kozyavkina*. Izdatel'stvo "Dizajn-studiya Papuga ". 2012. 240 s. ISBN: 978-966-8041-74-7
12. **RYABOVA E.V.** *Adaptivnaya fizicheskaya kul'tura. Kompleksy uprazhnenij dlya detej s DCP. Gemipareticheskaya forma. Prakticheskoe posobie dlya pedagogov-defektologov*, 2020, ISBN: 978-5-00136-110-7
13. **TRUNOV A.** *Lechenie DCP. Revolyucionnyj metod rehabilitacii Glenna Domana*, 2017, 115-130 s. ISBN: 978-5-00053-289-8
14. **UMNOV V.V.** *Detskij cerebral'nyj paralich. Effektivnye sposoby bor'by s dvigatel'nymi narusheniyami*. SPb.: Desyatka, 2013. 99-109 s. ISBN: 978-5-98330-013-2
15. **REJN S., MEDOUZ L., LINCH-ELLERINGTON M.** *Bobat-Koncepciya. Teoriya i klinicheskaya*

praktika v nevrologicheskoj reabilitacii. Nizhnij Novgorod: Kirillica, 2013. 210-245 s. ISBN: 978-5-9052-2668-7

16. **NOVIKOVA-IVANCOVA T.N.** *Teksty. Metod. posobie dlya raboty logopedov po klochkov formirovaniyu svyaznoj rechi u detej s tyazhelyoj rechevoj patologiej. Kn. 1.* – M.: GBOU g. Moskvy – special'naya (korrekcionnaya) nachal'naya shkola-detskij sad V vida № 1708, 2012. 68 s. ISBN 978-5-89564-069-2
17. **KURENKOV A.L., BATYSHEVA T.T., VINOGRADOV A.V., ZYUZYAEVA E.K.** *Spastichnost' pri detskom cerebral'nom paraliche: diagnostika i strategii lecheniya.*// *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 2012
18. **KLOCHKOVA O.A., KURENKOV A.L. i dr.** *Mnogourovnevye inekcii botulinicheskogo toksina tipa A (Abobotulotoksina) pri lechenii spasticheskikh form detskogo cerebral'nogo paralicha: retrospektivnoe issledovanie opyta 8 rossijskih centrov // Pediatricheskaya farmakologiya*. 2016.
19. **SALKOV V.N., SHMELEVA S.V., KONOVALENKO S.V.** *Detskij cerebral'nyj paralich. Prichiny. Klinicheskie proyavleniya. Lechenie i rehabilitaciya*. Moskva: Geotar, 2020, 100-135 s. ISBN: 978-5-9704-5639-2
20. **DAVID WILSON, MARILYN J. HOCKENBERRY** *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, 2013, Copyright, 1090-1097 s. ISBN: 978-0-323-08343-0
21. **GIANNONI P. , ZERBINO L.** *Cerebral Palsy in Children: A Practical Guide for Professionals*. Springer, 2021, 341-350 s. ISBN-13: 9783030856182
22. **LEVITT S., ADDISON A.** *Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay*. John Wiley & Sons, 2018, 123-202 s. ISBN: 9781119373865
23. **VERESCHAGA I. V., PAJKOVA A. M., MOISEEVA I. V.** *Psihologo-pedagogicheskaya diagnostika detej s tyazhelymi i mnozhestvennymi narusheniyami razvitiya, vklyuchayushchimi narusheniya zreniya i sluha*. Moskva: Terevinf, 2017, ISBN: 978-5-4212-0439-8
24. **SOKOLOVA V. S., ANASTASIADIS A. A.** *Adaptivnoe fizicheskoe vospitanie detej doshkol'nogo vozrasta s detskim cerebral'nyim paralichom*. Monografiya. 2018. ISBN: 978-5-4263-0603-5
25. **NAŇKA O.** *Přehled anatomie*. Praha: Galén, 2020, 265-274 s. ISBN: 978-80-246-1717-6

Přílohy

Příloha A

Vážení respondenti, chtěla bych Vás poprosit o věnování několika minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku. Jsem studentkou posledního ročníku Vysoké školy polytechnické Jihlava a v rámci své bakalářské práce provádím analýzu ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou DMO v Ukrajině. Dotazník je anonymní a zabere okolo pěti minut Vašeho času. U některých otázek je možné více odpovědí. Všem respondentům mockrát děkuji!

1. Pohlaví respondenta

- ☐ žena
- ☐ muž

2. Do jaké věkové kategorie spadáte?

- ☐ 0 - 19 let
- ☐ 20 - 39 let
- ☐ 40 - 59 let
- ☐ 60 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ základní středoškolské bez maturity
- ☐ středoškolské s maturitou
- ☐ vysokoškolské

4. Jakou máte délku praxe?

- ☐ méně než 5 let
- ☐ 5-15 let
- ☐ více než 15 let

5. Jaká metoda léčby podle Vašeho názoru přináší zlepšení stavu pacienta s DMO?

--

6. Do jaké věkové kategorie spadají pacienti, se kterými pracujete?

- ☐ 0-4 let
- ☐ 4-18 let
- ☐ 18-45 let

7. S jakou věkovou kategorií podle Vašeho názoru je nejlehčí pracovat?

- ☐ 0-4 let
- ☐ 4-18 let
- ☐ 18-45 let
- ☐ u všech stejně

8. S jakým problémem během poskytování ošetrovateľské péče o osoby s DMO setkáváte nejčastěji?

- ☐ agresivita
- ☐ neochota spolupracovat
- ☐ neschopnost se porozumět
- ☐ problémy s chováním pacienta
- ☐ jiná odpověď _____

9. Jaký máte přístup k pacientovi s DMO?

- ☐ individuálně
- ☐ u všech stejně
- ☐ jiná odpověď _____

10. Čím se liší rehabilitační péče o pacienta s DMO v Ukrajině a v Evropě?

11. Jakým způsobem rehabilitace ovlivňuje život osoby s DMO?

- ☐ zvýšená mobilita
- ☐ každodenní aktivita
- ☐ schopnost samostatného života
- ☐ prevence komplikací
- ☐ socializace
- ☐ pečovatelský výcvik pro rodiče
- ☐ jiná odpověď _____

12. Jaké řečové problémy pacientů s dětskou mozkovou obrnou komplikují komunikaci během poskytování ošetrovateľské péče?

13. Jakou formou probíhá komunikace s pacientem?

- ☐ gesty, mimika
- ☐ slovy
- ☐ pomocí obrázků, hraček...
- ☐ jiná odpověď _____

14. Jak dlouho probíhá rehabilitace ve vašem neurologickém centru?

- ☐ individuálně
- ☐ u všech stejně
- ☐ nevím

15. Jaké problémy mohou vzniknout během provedení rehabilitační péče?

- ☐ nedostatečné financování
- ☐ nedostatek času
- ☐ neochota rodiny spolupracovat
- ☐ neochota pacienta spolupracovat
- ☐ jiná odpověď _____

Příloha B

Yuliia Berezovska

Polní 12

58601 Jihlava

tel. +420775070265

e-mail: jbereza24@gmail.com

Mgr. Zoreslava Lulchak

Náměstkyně centra rehabilitace Djerelo

Chervonoyi Kalyny Ave, 86A

Žádost o povolení výzkumu

Vážená paní náměstkyně,

Jmenuji se Yuliia Berezovska a jsem studentkou 3. ročníku na Výsoké škole polytechnické Jihlava. Ctěla bych Vás požádat o povolení provedení výzkumu v rehabilitačním centru Djerelo, které je součástí mé BP na téma: „Specifika ošetrovatelské péče u osob s dětskou mozkovou obrnou“. Dotazník bude anonymní a výsledky budou použity výhradně pro potřeby BP.

S pozdravem

Yuliia Berezovska

Datum: 11.12.2021

Podpis:



Mgr. Zoreslava Lulchak

Náměstkyně centra rehabilitace Djerelo