

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Júlia Špalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Júlia Špalová

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech (5341 T 015)

Kombinovaná forma studia

**ROLE SESTRY V EDUKACI RODINY U PACIENTA
S KRVÁCENÍM DO MOZKU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

Plzeň 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bc. Špalová Júlia

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry v edukaci rodiny u pacienta s krvácením do mozku

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

Počet stran – číslované: 90

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 41

Klíčová slova: krvácení do mozku – adaptace rodiny – rehabilitace – neurointenzivní péče

Souhrn:

V diplomové práci jsme se zaměřili především na rodinu pacientů s diagnózou krvácení do mozku. Právě rodinní příslušníci jsou opomíjeným a málo spolupracujícím článkem ošetrovatelského týmu, který však mívá na průběh celkové léčby, rekonvalescence a ošetrovatelské péče často velmi podstatný vliv. Cílem diplomové práce je zjistit, jak rodina přistupuje k pacientovi v průběhu návštěvy na neurochirurgické jednotce intenzivní péče. Prostřednictvím metody skrytého pozorování jsme identifikovali reakce, aktivitu a zájem rodiny týkající se specifické problematiky pacienta s krvácením do mozku, které mohou mít dopad na výslednou kvalitu života pacienta. Dle výsledků šetření se pokusíme vytvořit edukační materiál, který usnadní rodině orientaci v této nenadálé a těžké životní situaci a poskytne rady, jak pečovat o pacienta již v průběhu jeho hospitalizace, případně následně v domácím prostředí.

Abstract

Surname and name: Bc. Špalová Júlia

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Role of a nurse in family education in a patient with brain haemorrhage

Consultant: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

Number of pages – numbered: 90

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 41

Keywords: brain haemorrhage – adaptation of family – rehabilitation – neurointensive care

Summary:

In the diploma thesis we focused mainly on the family of patients diagnosed with brain haemorrhage. Family members are a neglected and little cooperative member of the nursing team, which, however, has a very significant influence on the course of general therapies, convalescence and nursing care. The aim of the diploma thesis is to find out how the family approaches the patient during a visit to a neurosurgical unit of intensive care. Using the hidden observation method, we identified reactions, activity and interest of the family regarding the patient's specific brain haemorrhage issues that may impact on the patient's resulting quality of life. According to the survey, we will try to create educational material that will make it easier for the family to be oriented in this sudden and difficult life situation and provide advice on how to take care of the patient during his or her hospitalization or later in the home environment.

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Jiřímu Freiovi, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při tvorbě mé diplomové práce. Dále děkuji vedení FN Plzeň a vrchní sestře neurochirurgické kliniky FN Plzeň Mgr. Věře Berkové za umožnění výzkumného šetření a poskytnutou literaturu. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD	14
1 ANATOMIE MOZKU A JEHO FUNKČNĚ VÝZNAMNÉ OBLASTI	16
1.1 Cévní zásobení mozku	18
1.1.1. Tepenné zásobení mozku.....	19
1.1.2 Žilní odtok mozku	19
1.2 Komerový systém mozku	19
2 KRVÁCENÍ DO MOZKU.....	20
2.1 Typy krvácení do mozku a jeho projevy.....	20
2.2 Diagnostika krvácení do mozku.....	22
2.2.1 Klinické vyšetření v diagnostice krvácení do mozku.....	22
2.2.2 Grafické metody	24
2.3 Léčba krvácení do mozku	25
3 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE TÝKAJÍCÍ SE PACIENTŮ S KRVÁCENÍM DO MOZKU NA JIP.....	27
3.1 Monitoring fyziologických funkcí	27
3.2 Monitoring intrakraniálního tlaku a role sestry v ovlivnění jeho hodnot u pacienta, drenážní systém	29
3.3 Péče o dýchání pacienta po prodělaném krvácení do mozku.....	31
3.4 Hygienická péče o pacienta na jednotce intenzivní péče	32
3.5 Význam polohování a mobilizace v péči o pacienta s krvácením do mozku	33
3.6 Zvláštnosti ve výživě pacienta s krvácením do mozku.....	36
3.7 Vyprazdňování pacienta na jednotce intenzivní péče	37
3.8 Komunikace s pacientem s krvácením do mozku.....	38
3.9 Možnosti v ovlivnění bolesti pacienta s krvácením do mozku v podmínkách intenzivní péče	40
4 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O PACIENTA S KRVÁCENÍM DO MOZKU	42
4.1 Nemoc jako zátěžová situace	42
4.1.1 Reakce pacienta na nemoc.....	42
4.1.2 Význam rodiny v péči o pacienta	43
4.2 Koordinovaná rehabilitace	44
4.2.1 Stimulace pacienta v bezvědomí	46
4.2.2 Neuropsychologie	48
4.3 Možné sociální otázky plynoucí ze změněné životní situace pacienta a rodiny.	50
4.4 Současná situace v organizaci péče o pacienty s poškozením mozku	51
4.5 Edukační role sestry	52
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	54
5.1 Formulace problému	54
5.2 Cíle výzkumného šetření.....	55
5.3 Metoda výzkumu.....	55
5.4 Popis vzorku respondentů	58
6 ANALÝZA A PREZENTACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	60
7 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	71
DISKUZE	80
ZÁVĚR	91

SEZNAM ZDROJŮ.....	93
SEZNAM PŘÍLOH.....	97
PŘÍLOHY	98

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1, Délka návštěvy

Graf 2, Reakce rodiny na vzhled pacienta

Graf 3, Jednotlivé typy chování rodiny v průběhu návštěv

Graf 4, Chování rodiny v průběhu návštěvy

Graf 5, Podíl rodiny na péči o pacienta

Graf 6, Informace vyžadované rodinou po konzultaci s lékařem

Graf 7, Aktivní zájem rodiny o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Porovnání reakce rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

Tabulka 2, Procentuální vyjádření porovnání reakce rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

Tabulka 3, Pozorované četnosti reakcí rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

Tabulka 4, Očekávané četnosti reakcí rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

Tabulka 5, Porovnání aktivního zájmu R o problematiku P a efektivnosti chování rodiny

Tabulka 6, Očekávané četnosti porovnání aktivního zájmu R o problematiku P a efektivnosti chování rodiny

SEZNAM ZKRATEK

ADL	activities of daily living
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cca	circa (přibližně)
CNS	centrální nervová soustava
CPP	cerebral perfusion pressure (perfuzní tlak mozku)
CT	computerová tomografie
DIOP	dlouhodobá intenzivní a ošetrovatelská péče
DIP	dlouhodobá intenzivní péče
DSA	digitální subtrakční angiografie
EKG	elektrokardiografie
ETCO ₂	end – tidal oxidu uhličitého
FN	fakultní nemocnice
GCS	Glasgow coma scale
hod.	hodina
ICP	intracranial pressure (intrakraniální tlak)
JIP	jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
MAP	mean arterial pressure (střední arteriální tlak)
ml	mililitr
mm Hg	milimetry rtuť
MR	magnetická rezonance

např.	například
OCHRIP	oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče
P	pacient
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
R	rodina
s.	strana
SAK	subarachnoidální krvácení
SpO ₂	saturation of peripheral oxygen (saturace krve kyslíkem)
TCD	transkraniální doppler
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
tzv.	takzvaný

ÚVOD

Krvácení do mozku je onemocnění postihující prakticky všechny věkové kategorie. Současná doba a její zrychlené tempo usnadňují přístup k činnostem, které mohou vést ke vzniku úrazového poškození mozku – extrémní sporty, víkendoví sportovci, dopravní nehody často v kombinaci s užíváním alkoholu a jiných omamných látek. Také v oblasti neúrazového krvácení do mozku nacházíme velký podíl civilizačního vývoje společnosti a chování jednotlivce – obezita, nedostatek pohybu, neléčená hypertenze, užívání antikoncepce. (Kalvach, 2015, s. 63; s. 76) Následné poškození mozku a jeho projevy ve svém důsledku postihují nejen samotného pacienta, ale především jeho rodinu a osoby blízké. (Navrátil, 2012, s. 40) Jsou to právě oni, kdo přebírají role častokrát trvale postiženého pacienta – role matky, role živitele rodiny apod. Problematika informovanosti, zapojení rodiny a doprovázejících osob této skupiny pacientů, je trvale aktuální. Lidé se ocitají v situaci, na kterou se nelze připravit, a je na zdravotnicích, aby jim vhodným způsobem adaptační fázi usnadnili, případně je vedli k žádoucímu cíli. (Lippertová-Grünerová, 2009, s. 42)

Teoretická část práce se věnuje stručnému přehledu anatomie mozku a některým funkčně významným oblastem mozku. Součástí je i orientace v mozkovém cévním zásobení a komorovém systému. Kapitola podávající přehled o typech krvácení do mozku navazuje na diagnostiku a léčbu krvácení do mozku. Zabývá se také rolí sestry v této fázi onemocnění. Oblast specifické problematiky pacientů s krvácením do mozku by měla rodině usnadnit pochopení změněné situace a fungování ošetrovatelského týmu. Tomu by měla přispět i kapitola týkající se psychosociální problematiky a koordinované rehabilitace. Důležitou součástí je především ucelenost a komplexnost poskytovaných informací.

Cílem práce bylo analyzovat přístup rodiny a míru jejího zapojení do péče o pacienta s krvácením do mozku. Výsledná analýza dat posloužila jako základ pro vytvoření edukačního materiálu pro rodinu a blízké pacienta hospitalizovaného na neurochirurgické klinice, jehož charakter a obsah zohledňuje jejich potřeby. Kvalitativní výzkumné šetření proběhlo metodou skrytého, přímého pozorování. (Švaříček, 2014, s. 144) Do vzorku respondentů byli zařazeni rodinní příslušníci pacientů s diagnózou krvácení do mozku, kteří byli hospitalizováni na neurochirurgické klinice jednotce intenzivní péče (JIP). Pozorování bylo zaměřeno na délku návštěvy, reakci

příbuzných na změněný vzhled pacienta, jejich aktivitu v průběhu návštěvy v provádění péče o pacienta.

Mnohaletá zkušenost s prací na neurochirurgické klinice a trvalý kontakt s touto problematikou vyústil k mé volbě daného tématu diplomové práce. Komplexní pojetí v poskytování veškeré zdravotnické péče by mělo být dnes již standardem. Zároveň je potřeba zdůraznit, že případné nedostatečné zapojení rodiny může být také výsledkem špatné či nedokonalé edukace v jejich možnostech. (Powel, 2010, s. 123)

1 ANATOMIE MOZKU A JEHO FUNKČNĚ VÝZNAMNÉ OBLASTI

Mozek je složitý orgán, který řídí a kontroluje činnost lidského těla. Z anatomického hlediska lze mozek dělit na zadní, střední a přední. Zadní mozek tvoří prodloužená mícha, Varolův most a mozeček. Z této oblasti vystupují hlavové nervy a to V. – XII. Z velké uzliny (ganglion Gasseri) při hrotu skalní kosti vycházejí tři větve V. hlavového nervu (trojklanný) a inervují půlku tváře. Drážděním větví tohoto nervu vznikají nezišitelné bolesti nazývané neuralgie. Vnitřní šilhání označované také jako konvergentní strabismus spolu s dvojitým viděním způsobí porucha VI. hlavového nervu (odtahovací nerv), kterým je zajištěn zevní, přímý oční sval. Při krvácení do mozku bývá často poškozen VII. hlavový nerv (lícni) projevující se obrnou svalů ústního koutku, neschopnosti dovržit oční víčko. Poruchy VIII. nervu (sluchový a rovnovážný) se projeví poruchou sluchu až hluchotou, záškuby očních bulbů (nystagmus) a závratí. Hltan, část jazyka, Eustachovu trubici, mandle a měkké patro inervuje IX. nerv (jazykohltanový). Porucha se projeví obtížným polykáním, poruchou chuti, může být snižená produkce slin ve slinné žláze. Nejdelší hlavový nerv X. (bloudivý) zasahuje přes dutinu hrudní až do dutiny břišní. Jeho větve (nervus laryngeus recurrens) inervují svaly hltanu a hrtanu – XI. (přídavný) nerv. V oblastech inervovaných bloudivým nervem se vyšetřují některé reflexy např. okulokardiální nebo dávivý reflex. Svaly jazyka inervuje XII. (podjazykový) nerv. (Fiala, 2105, s. 148)

Nachází se zde také plocha šedé hmoty (retikulární formace), která se podílí na ovlivňování spánku a bdění, dále na udržování svalového napětí, a centrum řízení reflexů pro život nezbytných – reflex ovlivňující pohyb cév, reflex srdeční, dýchací, trávicí. Patologie v oblasti prodloužené míchy nebo retikulární formace způsobí zástavu dýchání a srdeční činnosti. Mozeček je důležitý pro udržování rovnováhy a koordinaci pohybů, ovlivňuje tonus svalů, spolupodílí se na správné řeči. V případě patologických změn v oblasti mozečku vzniká dysartrie – nesrozumitelná řeč (skandovaná řeč). (Tyrliková, 2012, s. 46) Dalším projevem poruchy v této oblasti jsou dva syndromy, a to neocerebellární a paleocerebellární. Při neocerebellárním syndromu pacient není schopen provést cílené pohyby – ataxie. Typická je hypermetrie – velká nepřesnost např. ve snaze dotknout se prstem nosu, adiachokinéza potíže při provádění střídavých pohybů. Typický je tzv. intenční třes, nystagmus, dysartrie, makrografie (velké,

roztřesené písmo). Pro palleocerebellární syndrom je typická ataktická (opilecká) chůze. (Koukolík, 2012, s. 64; Švestková, 2017, s. 137)

Významnou oblastí středního mozku je tzv. čtverhrbolí – zde se nachází podkorová centra zrakové a sluchové dráhy. Přední dva hrbolky jsou zrakovým centrem a končí zde také část vláken zrakového nervu. Hrbolky zajišťují reflexní otočení hlavy za zdrojem světla. Vlákná sluchové dráhy končí na zadních hrbolcích. Zajišťují reflexní otočení hlavy za zdrojem zvuku. Dále II. hlavový nerv (zrakový) je vlastně výchlipkou centrální nervové soustavy, která vystupuje z oční koule. Po zkřížení pokračuje do metathalamu a horní části středního mozku. Porucha v oblasti zrakové dráhy způsobí poruchu zornicových reflexů, zaostřování, omezí rychlé pohyby oční koulí. Může dojít k výpadkům části zorného pole (hemianopsii). Další významné struktury jsou retikulární formace, Sylviusův kanálek a jádra III. a IV. hlavového nervu. Důležitou funkcí III. hlavového nervu (okohybný) je inervace svalů oční koule a svěračů zornice způsobujících miózu. Výsledkem postižení nervu může být i zevní šilhání (divergentní strabismus). Dvojité vidění (diplopii) způsobí porucha IV. hlavového nervu (kladkový), který inervuje horní šikmý oční sval. (Fiala, 2015, s. 150)

Přední mozek je tvořen mezimozkem a koncovým mozkiem. Část mezimozku talamus je nazýván „bránou vědomí“ – zprostředkovává spojení s vyššími oddíly mozku. Nachází se zde třetí mozková komora jejíž spodinu tvoří hypotalamus, na který nasedá hypofýza. Spolu vytváří hypotalamo-hypofyzární systém, který zajišťuje produkci hormonů – v adenohypofýze somatotropní hormon, prolaktin, thyreotropin hormon, folikuly stimulující hormon, luteinizační hormon, adrenokortikotropní hormon a v neurohypofýze oxytocin a antidiuretický hormon. V epitalamu je produkován melatonin. (Stein, 2009, s. 84)

Koncový mozek tvoří pravá a levá polokoule – hemisféra. Jejich vzájemné spojení je prostřednictvím corpus callosum. Dominantní hemisférou je u většiny lidí levá (prakticky 100 % praváků a až 90 % leváků). Také můžeme říct, že levá hemisféra je dominantní pro jazyk, řeč a určuje pochody při řešení problému. Pravá je dominantní pro emoční složku a zvládnutí trojrozměrného prostoru. Na povrchu polokoulí je mozková kůra, kterou členíme na laloky čelní, temenní, týlní, spánkový. Pod ní se nachází vrstva bílé hmoty tvořená vlákny nervových drah, které jí spojují s dalšími částmi centrální nervové soustavy. Jednotlivé okrsky neuronů mozkové kůry vytváří korové analyzáto

zajišťující specifickou funkci. Funkčně se nejedná o samostatná pole, ale o komplexní spolupráci více oddílů kůry. Kůra čelního laloku obsahuje důležitý motorický analyzátor, jehož vlákna vytváří pyramidovou dráhu. (Mraček, 2016, s. 102) Zajišťuje vědomé, úmyslné, naší vůlí ovládané pohyby. V jeho blízkosti je uložený analyzátor kožní citlivosti – oblast temenního laloku. Prostřednictvím této části mozku si uvědomujeme vlastní tělo, dotyk, tlak, chlad, teplo, bolest. Mezi tzv. elokventní – funkčně významné části mozku patří Brocovo motorické centrum řeči nacházející se v čelním laloku. Slouží jednak k tvorbě řeči, ale je aktivní i při aritmetických operacích a zpracovávání hudby. Také se podílí na chápání jazyka a pochopení chování druhých – tzv. mentalizace. Vlákna I. hlavového nervu (čichového) pokračují ze stropu nosní dutiny na spodinu čelního laloku. Hyposmie a anosmie jsou poruchy čichu vyvolané poškozením tohoto nervu. Wernickeovo senzitivní centrum řeči je ve spánkovém laloku. Zrakové dráhy končící v oblasti kůry týlního laloku tvoří zrakový analyzátor. Oblast spánkového laloku je místem kde končí dráhy sluchové a dráhy zajišťující polohu a pohyb těla. Spodní plocha čelních laloků vytváří čichový analyzátor. (Koukolík, 2012, s. 90)

Na mozku dále rozeznáváme mozkové obaly. Pod kalvou se nachází tvrdá plena – dura mater. Jedná se o pevnou blánu, která jde u dětí lehce oddělit od vnitřní plochy kosti. Naopak je tomu u lidí vysokého věku, což je důvodem proč u starých lidí prakticky epidurální hematomy nejsou. Další jsou pavučnice – arachnoidea – bezcévní blána a měkká plena – pia mater, která nasedá na povrch mozku. Mezi arachnoideou a měkkou plenou se nachází subarachnoidální prostor vyplněný likvorem a probíhají zde některé mozkové cévy. (Fiala, 2015, s. 161)

1.1 Cévní zásobení mozku

Mozek tvoří přibližně 2-3 % tělesné hmotnosti člověka, využívá však 20 % srdečního výdeje. Mozkové buňky, neurony, jsou velice citlivé na dodávku kyslíku a již po několikaminutové zástavě oběhu dochází k jejich odumírání. Možnosti cévního řečiště mozku ve vzniku kolaterálního oběhu jsou velice omezené. Na rychlost průtoku krve mozkem má vliv tlak v tepenném a žilním řečišti mozku, intrakraniální tlak, vazkost krve a schopnost místní vazodilatace a vazokonstrikce. (Kalvach, 2010, s. 39; Mraček, 2016, s. 26)

1.1.1. Tepenné zásobení mozku

Zásobení mozku krví zajišťují párové páteřní tepny (*arteriae vertebrales*) a krkavice (*arteriae carotides internae*). Páteřní tepny se dále v úrovni horní části prodloužené míchy spojují v nepárovou *arteria basilaris*. (Fiala, 2015, s. 163) Větve přírodních tepen se vzájemně spojují a vytvářejí na spodině mozku v subarachnoidálním prostoru Willisův okruh, ze kterého odstupuje na každou stranu přední a střední mozková tepna (*arteriae cerebri anteriores et medii*). Jsou to vlastně větve vnitřní karotidy a zadní mozkové tepny. Z okruhu odstupují větve pro zásobení mozečku a krátké větve k prodloužené míše. (Kalvach, 2010, s. 28)

1.1.2 Žilní odtok mozku

Žilní odtok je zajišťován prostřednictvím mozkových žil, které ústí do žilních splavů a následně do žilního systému. Rozeznáváme povrchový a hluboký žilní systém. Povrchový odvádí krev z povrchu mozku, mozečku a mozkového kmene a před vstupem do žilních splavů překlene úsek mezi mozkem a tvrdou plenou tzv. přemostujícími žilami. Hluboký systém má počátek v postranních komorách a odvádí krev z hemisfér a mezimozku. Oba systémy po vzájemném spojení přes *sinus transversus* a *sigmoides* ústí do *venae jugulares internae*. (Beneš, 2017, s. 68; Kalvach, 2010, s. 33)

1.2 Komorový systém mozku

Mozkové komory jsou dutiny uvnitř mozku. Rozeznáváme dvě postranní komory (v každé hemisféře jedna), které jsou spojeny se třetí komorou prostřednictvím *foramen Monroi*. Třetí komora leží mezi oběma thalamy mezimozku. Čtvrtá komora leží mezi prodlouženou míchou a mozečkem. Se třetí komorou je spojena mokovodem – Sylviusův kanálek. Přes *foramen Magendi* putuje mok do *cisterna magna* a přes *foramina Luschkae* do mostomozečkových cisteren, následně do subarachnoidálních prostor. Mozkomíšní mok se tvoří převážně v chorioidálním plexu (postranní komory) v množství cca 500 ml/den. Celkové množství mozkomíšního moku v těle je asi 150 ml. (Fiala, 2015 s. 162; Kalvach, 2010, s. 275)

2 KRVÁCENÍ DO MOZKU

Krvácení do mozku je pojem zahrnující stav vzniklý na podkladě traumatického působení zevní síly, ale i krvácení vzniklé spontánně. Při úrazu hlavy vzniká primární poranění, kdy dojde k přímému poškození mozkových struktur v okamžiku úrazu. A to může být fokální (vyjádřené jako kontuze nebo intracerebrální hematom) a difuzní (komoce mozku a difuzní axonální poranění mozku). (Kalvach, 2010, s. 269) Termín stlačení mozku označuje komplikace uvnitř lebky vzniklé krvácením epidurálním, subdurálním, expanzivně se chovající kontuzí a intracerebrálním hematomem. V posledních letech se pozornost zaměřuje na následky tzv. sekundárního poškození mozku. Bývá dáváno do souvislosti s celkovou hypotenzí a hypoxií. Řadíme sem problematiku edému mozku, hodnot intrakraniálního tlaku (ICP), perfuzního tlaku, ale i změny mozku na molekulární úrovni a v jeho biochemických mechanizmech. (Mraček, 2016, s. 32)

2.1 Typy krvácení do mozku a jeho projevy

Epidurální hematom – jedná se o krvácení mezi kalvu a tvrdou plenu, nejčastěji z porušené arteria meningeae media nebo její větve. Dojde k odloučení tvrdé pleny. Krvácení do vzniklé dutiny ustává, když se intrakraniální tlak a odpor tvrdé pleny vyrovná tlaku v krvácející tepně. Pevná adherence pleny ke kalvě u starších lidí při stejném mechanismu úrazu způsobí krvácení subdurální. Pro epidurální krvácení je typický tzv. lucidní interval. Je to různě dlouhý stav bdělosti mezi dvěma bezvědomími, kdy první nastane okamžitě po úrazu. Je nutná hospitalizace JIP i u pacientů s malým rozsahem krvácení. Častokrát může hematom v průběhu hodin (1-2 hod.) několikrát zvětšit svůj objem. (Navrátil, 2012, s. 81)

Subdurální hematom – lokalizace krvácení je mezi tvrdou plenu a arachnoideu. Ke krvácení dochází při přetržení přemostujících žil nebo zhmožděním cév na povrchu mozku. Až u 15 % bývá oboustranný, často spojený s kontuzí mozku. Obvykle se klinicky projeví do tří dnů od úrazu a v časovém horizontu do třech týdnů pak mluvíme o subakutním subdurálním hematomu. Atrofie mozku typická u starých lidí, případně pravidelných konzumentů alkoholu znamená zvýšené riziko vzniku tohoto typu krvácení (zvýšená fragilita cév, zvýšený pohyb mozku v lebce). Akutní subdurální hematom se

projeví různým stupněm poruchy vědomí, hemiparézou homolaterální (tlak na kmen pod tentoriem) i kontralaterální (útlak mozkové kůry motorického analyzátoru), afázií, anizokorií obvykle na straně hematomu. Může dojít k poruchám vitálních funkcí. U starších pacientů nad 70 let se může vyskytnout chronický subdurální hematom. Vzniká po mnohdy ne příliš závažném úrazu. Klinické projevy se objeví více než 3 týdny (někdy měsíce) po samotném úrazu a typický je u pacientů s poruchou koagulace, chronicky warfarinizovaných, léčených kortikoidy, s nízkým tlakem likvoru po zavedení ventrikulo-peritoneálního shuntu, dehydratovaných pacientů. Počáteční barva hematomu je černá, později po asi třech týdnech po odbourání hemoglobinu čirá, žlutá. (Kalvach, 2010, s. 197) Podstatou je vznik pseudomembrány a může docházet k osmoticky aktivnímu nasávání tekutiny z okolí. Další mechanismus zvětšování objemu hematomu je opakované krvácení z nově vytvořených cév pouzdra. Projevy chronického subdurálního hematomu mohou imitovat demenci, tranzitorní ischemickou ataku, meningitidu. Typické jsou bolesti hlavy, somnolence, poruchy soustředění, poruchy paměti, zvracení, nejistota při chůzi. Prvním projevem může být i epileptický záchvat. V klinickém nálezu se objeví hemiparéza, afázie, zmatenost, meningeální příznaky, měštnání na oční papile. (Seidl, 2014, s. 260)

Kontuze a traumatický intracerebrální hematom – častý sdružený výskyt tvoří klinickou jednotku obvykle lokalizovanou ve frontálních a temporálních lalocích mozku. Je nutné vyšetření computerovou tomografií (CT) s odstupem 12-48 hod., monitorace pacienta na JIP, při projevech nárůstu nitrolebního tlaku operační řešení. Klinické projevy jsou rozmanité. Bývá protrahovaná porucha vědomí, ložisková neurologická symptomatologie závislá na lokalizaci poškození. Lucidní interval se může vyskytnout u všech typů krvácení. (Mraček, 2016, s. 79)

Subarachnoidální krvácení (SAK) – může vzniknout na podkladě traumatu nebo se jedná o spontánní krvácení mezi měkkou plenu a arachnoideou do likvorových cest (ruptura aneurysmatu, prasklá arteriovenózní malformace, krvácivé stavy, tumory, vaskulitidy). Pacient je 4. až 21. den po vzniku spontánního krvácení ohrožen vznikem spasmů mozkového cévního řečiště. Pro klinický obraz je typická náhlá prudká bolest hlavy, porucha vědomí, nauzea, zvracení, meningeální příznaky, světloplachost. (Kalvach, 2010, s. 164) K vyhodnocení neurologického stavu pacienta a jeho následné prognóze po SAK lze použít škálu dle Hunta a Hesse, kde se jako gradus 0 označuje

nepřítomné SAK, jako gradus I žádné příznaky, případně mírná cefalea a pozitivní meningismus. Gradus II odpovídá výrazné cefalee, meningismu, paréze hlavového nervu. Gradus III reprezentuje somnolence, dezorientace, lehký neurologický fokální deficit. Dalším je gradus IV, kdy se jedná o sopor, výraznější neurologický deficit a decerebraci. Poslední je gradus V, který zahrnuje kóma a decerebraci. (Beneš, 2017, s. 120)

Spontánní intracerebrální krvácení – jedná se o velice závažnou komplikaci hypertenze. Časté lokalizace jsou v bazálních gangliích, v talamu, mozečku a mozkovém kmeni. Onemocnění začíná náhlým vznikem hemiparézy, hemiplegie, afázie, cefaley, dezorientace, poruchy vědomí. U postižení nedominantní hemisféry může být neglect syndrom. Pacient může mít stočené bulby na stranu léze. Ložiskové příznaky dle lokalizace krvácení. (Kalvach, 2010, s. 145; Seidl, 2014, s. 117)

2.2 Diagnostika krvácení do mozku

V diagnostice krvácení do mozku hraje důležitou roli klinické vyšetření, jehož součástí je zjištění anamnézy. Potřebné informace získáváme od pacienta nebo od jeho doprovodu. Právě rodinný příslušník nebo jiná doprovázející osoba napomáhá k objektivizaci a relevanci údajů získaných od pacienta, mnohdy trpícího poruchou vědomí. Zajímá nás mechanismus vzniku potíží, případný úrazový faktor, délka trvání potíží, jejich charakter, možný vliv alkoholu a jiných omamných látek. Důležité je znát přidružená onemocnění pacienta a jeho alergickou a také farmakologickou anamnézu – především užívání antikoagulancií a antiagregancií může ovlivnit načasování neurochirurgické operace. (Tyrlíková, 2012, s. 124)

2.2.1 Klinické vyšetření v diagnostice krvácení do mozku

Stav vědomí pacienta je vyhodnocován v předem daném intervalu a je prováděn záznam do dokumentace nejčastěji po 1 hod., u rizikových pacientů i častěji. Vědomí je stav, kdy je člověk schopen přiměřeně reagovat na změněné podněty z okolí. Poruchy dělíme na kvantitativní a kvalitativní. Mezi kvantitativní poruchy patří somnolence – pacient reaguje na oslovení, je spavý. U hlubší poruchy vědomí soporu – pacient reaguje pouze na bolestivé podněty účelnými obrannými reakcemi. Další stupeň semikóma – pacient reaguje neúčelnými reakcemi, které nevedou k obraně. Následuje kóma,

charakterizované decerebračním postavením končetin. Dále hluboké kóma bez jakékoliv reakce organismu na podráždění, u kterého se vyskytují poruchy dýchání a krevního oběhu. K posouzení stavu a vývoje vědomí pacienta lze použít různé škály, nejčastěji Glasgow Coma Scale (GCS). Pacient v hlubokém bezvědomí získá 3 body, plně spolupracující pacient 15 bodů. Hodnocená je reakce pacienta nejdříve na oslovení, poté na algický podnět. Hodnotíme nejlepší slovní a motorickou odpověď a otevírání očí. Tato stupnice nevyovídá o lateralizaci postižení a může být zkreslená přidruženým onemocněním pacienta (porucha sluchu, kvadruplegie). (Frei, 2016a, s. 53) Při posuzování stavu vědomí musíme odlišit psychogenní kóma způsobené psychiatrickým onemocněním. Při syndromu locked-in pacient vlivem poruchy mozku trpí kvadruparézou a výpadkem některých mozkových nervů. Při plném vědomí je schopen komunikovat pouze pohyby očí. Apalický syndrom je často označován jako bdělé kóma. Je charakterizován střídáním cyklu spánku a bdění, otevíráním očí bez fixace objektů. Pacienti mají stavy vystupňovaných vegetativních funkcí jako tachykardie, tachypnoe, extrémní pocení. Není však možné navázat s nimi kontakt. Typická je pro ně flexe horních končetin a extenze dolních končetin. Nejsou schopni polykat potravu. Akinetický mutismus není poruchou vědomí v pravém slova smyslu. Porucha mozku způsobí ztrátu spontánní pohyblivosti a řeči pacienta. Vymizí jeho emoční projevy, nekomunikuje s okolím, je však schopen orálního automatismu. Hypersomnie se projeví zvýšenou potřebou spánku. Pacienta je možno probudit a navázat kontakt, ale vzápětí okamžitě usíná. (Lippertová-Grünerová, 2013, s. 5; s. 6)

Zajímá nás také šířka a reaktivita zornic, postavení a pohyblivost očních bulbů. Alarmujícím příznakem může být jednostranné rozšíření zornic s vymizelou fotoreakcí jako následek útlaku III. hlavového nervu při transtentoriální herniaci. K rozšíření zornic může dojít po proběhlém epileptickém záchvatu, nebo při poranění duhovky v minulosti. Jako následek těžké poruchy mozkového kmene nacházíme oboustrannou fixovanou mydriázu zornic, která může signalizovat ischemické postižení celého mozku, případně smrt mozku. Známkou poškození středního mozku je chybění fotoreakce zornic se zachovalou normální velikostí. Naopak miotické zornice jsou často výsledkem podávání opioidů a barbiturátů nebo jako projev léze pontu. (Beneš, 2017, s. 63)

Kvalitativní poruchy vědomí se projeví změnou některých psychických funkcí. Může se jednat o vnímání, paměť, myšlení, jednání, afektivitu a jiné. Rozeznáváme

obluzené vědomí (dále se dělí na zmatenost a delirium) a mráкотné stavy. Při zmatenosti má pacient porušenou integritu obsahu psychiky. Může trpět iluzemi a halucinacemi a má porušené vnímání a myšlení. Může trpět dezorientací autopsychickou (neuvědomuje si svoji osobu), allopsychickou (není orientován místem, kde se nachází) a časovou (neví v jakém časovém období se nachází). Tyto stavy mohou být krátkodobé i dlouhodobé a pacient má většinou na dané období amnézii. U deliria se jedná o akutní stav zmatenosti, který se vyvíjí během krátké doby (maximálně dny) a stav pacienta v jeho průběhu kolísá. Časté jsou prodromální příznaky – úzkost, noční děsy, bolesti hlavy. K psychickým poruchám podobným zmatenosti se přidávají somatické příznaky – třes, ataxie, dysartrie, svalové záškuby. Dále se u deliria objevují příznaky porušených autonomních funkcí – teplota, tachykardie, pocení, inkontinence. Mráкотné stavy jsou podobné jako delirium, ale je pro ně typická náhlá ztráta a stejně rychlý návrat vědomí. Pacient má na stav také amnézii. (Tomek, 2014, s. 32) Péče o pacienta s kvalitativní poruchou vědomí je velice náročná a vyžaduje vysoce specifický přístup všech členů ošetrovatelského týmu. Je potřeba chránit pacienta před projevy autoagrese, případně agresi vůči jeho okolí. Sestra, která tráví s pacientem v podmínkách JIP prakticky 24 hod. denně, má větší možnost odhalit změny ve zdravotním stavu pacienta a včas na ně vhodně reagovat. (Smrčka, 2013, s. 81)

Dále je hodnocena hybnost končetin, svalová síla a svalový tonus. Je potřebné určit jejich lateralizaci. Pacient může trpět poruchou hybnosti končetin na jedné straně těla nazývanou hemiparéza. Existují od lehké – frustní formy po těžké se spastickým držením končetin. Mluvíme o centrální paréze. Těžší stupeň poškození mozku se projeví hemiplegií – úplná obrna poloviny těla postiženého. Důležitý je také vývoj příznaků a patří k pravidelnému vyhodnocování stavu pacienta sestrou. U pacientů při vědomí zjišťujeme mozečkové funkce a poruchy řeči. Horní a dolní meningeální příznaky se vyšetřují u všech pacientů. (Švestková, 2017, s. 177; s. 178; s. 180)

2.2.2 Grafické metody

Počítačová tomografie (CT) je základní pomocná metoda při zjišťování onemocnění nebo poranění mozku. Spočívá v odlišné absorpci rentgenového záření

různým typem tkání. Jako hyperdensita se zobrazí krevní sraženina (obsahuje velké proteinové molekuly a málo vody), ale i kost a kalcifikace. Jako hypodensita s tmavým zobrazením na CT se projeví tkáň s vysokým obsahem vody nebo tuku a to např. mozkomíšni mok, edém, ischemie. Vyšetření se provádí buď nativně nebo po aplikaci kontrastní látky intravenózně. (Kalvach, 2010, s. 197; s. 205)

Mozková angiografie se nejčastěji provádí jako tzv. panangiografie (vyšetření karotických i vertebrálních tepen). Slouží především k diagnostice aneuryzmat a arteriovenózních malformací, zúžení či uzávěru cév, zjištění cévního zásobení nádorové tkáně. V dnešní době používáme digitální subtrakční angiografii (DSA), prostřednictvím které lze vytvořit trojrozměrné rekonstrukce. Katetrizací arteria femoralis či arteria axillaris je aplikovaná kontrastní látka přímo do mozkových tepen a dojde k dynamickému zobrazení mozkového cévního řečiště. Je nutná spolupráce pacienta, v případě neklidu je pacient farmakologicky tlumen, případně uveden do celkové anestezie. (Seidl, 2014, s. 152)

Magnetická rezonance (MR) má v porovnání s CT vyšší rozlišovací schopnost. Pro její menší dostupnost a délku trvání (až 1 hod.) není metodou první volby v diagnostice krvácení do mozku. (Kalvach, 2010, s. 241)

Transkraniální dopplerovská sonografie (TCD) slouží k diagnostice stavu průtoku krve hlavními mozkovými tepnami. U pacientů po subarachnoidálním krvácení může odhalit vazospazmy, projevující se sníženým průtokem krve. Vyšetření se provádí bez zvláštní přípravy pacienta. (Tomek, 2013, s. 78)

2.3 Léčba krvácení do mozku

Dle typu krvácení, závažnosti stavu pacienta a rizik plynoucích z povahy onemocnění volí neurochirurg vhodný postup v následné léčbě. Ten může být konzervativní, spočívající v umístění pacienta na JIP. Zde je sestrou a přístrojově pečlivě monitorován jeho neurologický stav, reaktivita zornic, fyziologické funkce, vnitřní prostředí. Obvykle je připravován na možnost akutního operačního řešení při zhoršení celkového stavu. V prvních dnech nepřijímá nic per os, jsou mu objednány krevní deriváty, případně se upravuje eventuální porucha koagulačních parametrů. O vývoji krvácení do mozku se pravidelně informujeme prováděnými CT kontrolami mozku.

(Stein, 2009, s. 377) Operační postup v léčbě krvácení do mozku volí lékař po zvážení celkového stavu pacienta. Zpravidla jde o výkon akutní a předoperační příprava se omezuje na život zachraňující úkony jako je zajištění dýchacích cest, zajištění alespoň dvou žilních vstupů, případně centrálního žilního katetru, úpravu koagulačních parametrů. Veškeré kroky mají zajistit zdárný průběh jak samotného operačního výkonu, tak období rekonvalescence.

Neurochirurgická operace spočívá v provedení trepanace lebky, kraniotomie, případně osteoplastické či osteoklastické dekompresivní kraniektomie. Operační rána je krytá sterilním obvazem, na který se ve vybraných případech nasazuje kompresivní obvaz s molitanovým polštářkem. Sleduje se prosakování krve obvazem. Časně po operaci je možné opakovaně doplňovat obvaz na hlavě z důvodu prosáknutí krví. Velice alarmujícím příznakem je obvaz prosáklý mozkomíšním mokem a je nutné neprodleně informovat lékaře. (Mraček, 2016, s. 156) Pooperační monitoring se odvíjí od celkového stavu pacienta, nutnosti umělé plicní ventilace, řešení přidružených nemocí. Jednou z možností řešení krvácení do mozku je endovaskulární výkon prováděný na rentgenovém pracovišti. Vpichem se v oblasti třísla přes femorální tepnu zavede katetr pod rentgenovou kontrolou. U pacienta se provádí anesteziologické předoperační vyšetření, případně interní vyšetření, rentgen plic v indikovaných případech. V den výkonu musí být nalačno, podá se mu premedikace, při nespolupráci je uveden do celkové anestezie. Po výkonu je kompresivní obvaz v místě vpichu ponechán 24 hod. Je nutné zajistit, aby nedošlo k flexi v kyčelním kloubu a sledovat prokrvení komprimované končetiny. Může dojít ke krvácení z místa vpichu. Pacient dodržuje 24 hodin klid na lůžku. (Kalvach, 2010, s. 399)

3 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE TÝKAJÍCÍ SE PACIENTŮ S KRVÁCENÍM DO MOZKU NA JIP

Ošetrovatelská péče o pacienty s krvácením do mozku probíhá na specializovaných pracovištích – neurochirurgie, neurologie, rehabilitační oddělení, lůžka následné péče a v posledních letech také na neurorehabilitačních odděleních. Výsledná kvalita života pacienta závisí také na vzájemné koordinaci všech úrovní péče. Důležité je také, aby sestra pečující o tyto pacienty uměla rozpoznat změny v jejich zdravotním stavu a adekvátně na ně reagovala. (Navrátil, 2012, s. 40; Tomek, 2013, s. 26)

3.1 Monitoring fyziologických funkcí

Pacient v akutním stádiu nemoci je hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Jeho fyziologické funkce jsou trvale monitorovány. Sestra musí znát nejen fyziologické rozmezí jednotlivých hodnot, ale i své kompetence a povinnosti v případě jejich patologie.

Tlak krve (TK) – je monitorován neinvazivně prostřednictvím monitoru v předem daném časovém intervalu. Pro získání adekvátních hodnot je nutné použít manžetu správné velikosti. Šířka manžety má tvořit 20-30 % obvodu končetiny. Častěji je tlak krve měřen invazivně, kontinuálně pomocí arteriálního katetru zavedeného cestou arteria radialis, někdy arteria femoralis, arteria brachialis. Výhodou katetru je možnost provádění odběrů krve. Klade však zvýšené nároky na ošetrovatelskou péči. Katetr je asepticky ošetřován, pečlivě fixován, aby nedošlo k dislokaci hlavně u neklidných pacientů. Udržování optimálních hodnot je důležité pro zachování dostatečné perfuze mozkové tkáně. Systémová hypotenze může mít za následek sekundární poškození mozku a tím výrazně zhoršuje vyhlídky pacienta na kvalitní přežití (outcome). Naopak hypertenze zvyšuje riziko dalšího krvácení do mozku. Podáváním vazopresorů, antihypertenzív, analgetik, barbiturátů a jiných léčiv ovlivňuje sestra hodnoty krevního tlaku. Nezastupitelné místo má zde ošetrovatelská péče – úprava polohy pacienta, aplikace chladu, tepla, ovlivnění strachu, neklidu apod. (Tomek 2013, s. 134)

Centrální žilní tlak – je tlak v oblasti horní duté žíly v místě přechodu do pravé síně. Výsledné hodnoty slouží k informaci o funkci pravé komory srdeční a objemových

parametrech intravaskulárního řečiště. Podmínkou je zavedený centrální žilní katetr. (Bartůněk, 2016, s. 161)

Puls-bradykardie – hlavně v kombinaci s vysokým TK a následnými poruchami dechu, je alarmujícím příznakem nitrolební hypertenze, tzv. Cushingův trias. Tachykardie nás může informovat o míře analgosedace u ventilovaných pacientů, je to častokrát jediný projev bolesti u pacientů s poruchou vědomí, např. v kombinaci s hypotenzí nás informuje o možné nedostatečné volumoterapii.

Elektrokardiogram (EKG) – při poškození centrální nervové soustavy (CNS) jsou časté poruchy srdečního rytmu. Monitorování srdeční frekvence a rytmu slouží také k vyhodnocování účinku aplikovaných léků. Sestra vyhodnocuje EKG záznam o patologii informuje lékaře, případně zahájí kardiopulmonální resuscitaci (KPR). (Tomek, 2013, s. 165)

Dýchání – poruchy respirace jsou u pacientů s onemocněním mozku poměrně časté. Sestra pečuje o průchodnost dýchacích cest, vyhodnocuje frekvenci a efektivitu dýchacích pohybů, graficky zobrazených pomocí EKG elektrod umístěných na hrudníku. (Tomek, 2013, s. 138) Důležitým parametrem u neurochirurgických pacientů je sledování rytmu dýchání. Případné patologie ve smyslu Cheyneovo-Stokesovo dýchání, Biotovo dýchání mohou svědčit pro zhoršování celkového stavu pacienta. Sestra kontroluje nasycení hemoglobinu kyslíkem (SpO_2) – pulzní oxymetrií. Jedná se o neinvazivní metodu založenou na schopnosti hemoglobinu pohlcovat světlo na základě jeho úrovně nasycení kyslíkem. Ke kontrole alveolární ventilace slouží sledování hodnoty oxidu uhličitého ve vydechovaném vzduchu na konci výdechu ($ETCO_2$). Hypoventilace vedoucí k hypoxii mozku výrazně zhoršuje sekundární poškození mozku. (Bartůněk, 2016, s. 149)

Tělesná teplota (TT) – je jeden z nejdůležitějších sledovaných parametrů. TT měříme buď neinvazivně na povrchu těla nebo invazivně, kdy je teplotní čidlo zavedeno do mozku nebo jako součást Swanova-Ganzova katetru. Speciální katetry k měření tělesné teploty je možné zavést do močového měchýře, jícnu, rekta. Hypertermie může vést ke zvýšenému průtoku krve mozkem, čímž se zvyšují jeho metabolické nároky provázené zvýšenou spotřebou kyslíku a glukózy a zvýšenou produkcí kysličníku uhličitého. (Navrátil, 2012, s. 43) Je potřebné dosahovat normotermie, případně lehké

hypotermie v přísně indikovaných stavech. V podmínkách intenzivní péče nejčastěji prostřednictvím celotělového chlazení povrchu těla speciální přikrývkou, včetně chlazení hlavy. Krátkodobě lze pacienta chladit pomocí speciálního jícnového chladicího katetru. S úspěchem jsou aplikovány chladné infuzní roztoky. Můžeme provádět výplach žaludku chladným fyziologickým roztokem. Ve výjimečných případech, vzhledem ke zvýšenému riziku infekce, je možný výplach močového měchýře chladným fyziologickým roztokem. (Šamáková, 2011, s. 81)

Laboratorní parametry jsou základním vstupním vyšetřením všech pacientů přijímaných na JIP. Důležité informace týkající se krevní srážlivosti, hodnot krevního obrazu, biochemické parametry krve pacienta vypovídají o jeho celkovém zdravotním stavu a předurčují další postupy v léčbě. V rámci předoperační přípravy pacienta se mu odebere vzorek krve na určení krevní skupiny a objednání krevních derivátů. Vyšetření acidobazické rovnováhy dle Astrupa je součástí kontroly ventilačních parametrů. U neurochirurgicky léčených pacientů je někdy nutné laboratorní biochemické vyšetření mozkomíšního moku, které může například vypovídat o probíhajícím zánětu centrální nervové soustavy. Specifické vyšetření sloužící k průkazu přítomnosti mozkomíšního moku v tekutině vytékající z nosu nebo ucha nás informuje o komunikaci nitra lebky s vnějším prostředím. (Bartůněk, 2016, s. 120-128)

3.2 Monitoring intrakraniálního tlaku a role sestry v ovlivnění jeho hodnot u pacienta, drenážní systém

Monroova-Kellieho hypotéza říká, že dutina lební je pevná schránka, ve které se nacházejí tři nestlačitelné komponenty – mozková tkáň, mozkomíšní mok a krev. Má-li být zachován stacionární tlak v dutině lební, dojde při zvětšení objemu jednoho ke zmenšení objemu druhého. Po vyčerpání kompenzačních mechanismů (přesun mozkomíšního moku do spinálního kanálu, elasticita mozkové tkáně, snížení krevního objemu v mozkových cévách) dochází ke zvýšení hodnot ICP. (Tomek, 2014, s. 58) Může také dojít až k posunu mozkové hmoty – tzv. mozkové herniace. Jedná se buď o středočárový posun, subfalxiální herniace (pod volný okraj falxu), tentoriální herniace – temporální konus (temporální lalok se posune do tentoriální incisury). U tonzilární

herniace – okcipitální konus – se mozečkové tonzily dostanou pod úroveň foramen magnum. (Seidl, 2014, s. 266)

Je důležité rozeznat možné příznaky nitrolební hypertenze. Důvodem je především fakt, že ne všichni pacienti mají zavedené intrakraniální čidlo k měření ICP. Zpočátku se nitrolební hypertenze nemusí nijak projevit. Mezi časté příznaky řadíme především bolest hlavy různé intenzity a lokalizace. Vnímání bolestivosti je vyšší především v horizontální poloze a ustupuje ve vertikální poloze. Dále nauzea, zvracení (častokrát náhlé, prudké, bez nauzey) a závrať. Objevují se poruchy vědomí kvantitativní i kvalitativní. Reflexní snahou organismu vedoucí k udržení dostatečného perfuzního tlaku mozku (CPP) je tzv. Cushingův reflex – hypertenze a bradykardie. (Tyrliková, 2012, s. 52). Objektivně lze zjistit městnavou papilu očního nervu, epileptické záchvaty, oligurie jako následek tlaku na diencefalon, poruchy dechu až zástava dýchání. Při temporálním konu vzniká paréza okohybného nervu projevující se mydriázou a ptózou očního víčka. Pacienti jsou však ohrožení i nitrolební hypotenzí vznikající např. při ztrátě mozkomíšního moku po traumatické fraktuře lebky, zvýšeným odvodem drenážního systému. Mozkomíšní mok může být drénován prostřednictvím zevní komorové drenáže, nebo lumbální drenáží. Sestra sleduje množství a barvu likvoru. Dále zajišťuje katetr před vytažením či zalomením u neklidných pacientů, dbá na zajištění dostatečného přepouštěcího tlaku drenážního systému, který je závislý na množství odvedeného likvoru, stavu pacienta a ordinace lékaře. Obvykle sestra zajišťuje, aby drenážní systém odvedl 8-10 ml likvoru za 1 hod. Dodržováním zásad aseptického přístupu je riziko vzniku infekce do 10 dnů od zavedení pouze minimální. Někdy mohou mít pacienti zavedený i podtlakový drén do subdurálního prostoru. Slouží k odvádění krve z místa operačního výkonu. V případě patologie může u tohoto typu drénu dojít k nasávání mozkomíšního moku a následnému ohrožení zdraví a života pacienta. V tomto případě je nutné neprodleně drén uzavřít a ve spolupráci s lékařem odstranit. Soubor příznaků nitrolební hypotenze a hypertenze je téměř totožný. Rozlišovacím znakem typickým pro nitrolební hypotenzi, je bolest hlavy ve vertikální poloze těla. Ta ustupuje v horizontální poloze. (Navrátil, 2012, s. 75; Tyrliková, 2012, s. 54)

V neurointenzivní péči se k monitoraci ICP používají nitrolební čidla. Mohou být intraparenchymová tlaková čidla, případně intraventrikulární, které zároveň slouží k derivaci likvoru. Oba typy čidel se zavádějí na nedominantní hemisféře z tzv. Dandyho

bodů. (Navrátil, 2012, s. 78) Fyziologická hodnota je do 10 mm Hg. Naměřená hodnota slouží k výpočtu CPP. $CPP = \text{střední arteriální tlak (MAP)} - \text{intrakraniální tlak (ICP)}$. Hodnotu MAP získáváme pomocí zavedeného arteriálního katetru. Hodnota CPP bývá obvykle udržována nad 60 až 65 torrů. Nezastupitelná role sestry spočívá v dokonalé znalosti možných příznaků, a především v jejich časném odhalení a uskutečněním vhodných preventivních a terapeutických opatření. Sestra svými intervencemi předchází možnému vzestupu ICP, a hlavně udržení CPP, čímž předchází sekundárnímu poškození mozku. Jedná se především o šetrnou manipulaci při ošetrovatelských výkonech jako je hygiena, polohování, odsávání. Kritickým pacientům na umělé plicní ventilaci se před manipulací s nimi podává bolusově krátkodobě působící svalový relaxans, případně opioid, barbiturát. Někdy je nutné omezit provádění ošetrovatelských činností, případně je na nezbytně nutnou dobu úplně vynechat, např. polohování, hygienu. (Tomek, 2013, s. 90)

3.3 Péče o dýchání pacienta po prodělaném krvácení do mozku

U pacientů s krvácením do mozku v těžkém zdravotním stavu je obvykle nutné zajistit průchodnost dýchacích cest a optimální ventilační parametry. Jakékoliv omezení dodávky kyslíku buňkám mozkové tkáně může mít fatální následky. Patologie či otok v oblasti dechového centra v prodloužené míše způsobí náhlou zástavu dechu s nutností neodkladného zavedení endotracheální kanyly a umělé plicní ventilace. Mechanickou překážkou v provádění dýchacích pohybů může být ochrnutí jazyka a měkkého patra při poškození hlavových nervů. V kombinaci se ztíženým polykáním a vysokým rizikem opakované aspirace potravy do dýchacích cest vyžaduje tento stav zajištění dýchacích cest prostřednictvím časně tracheostomie. Její provedení je nezbytné také při poranění obličejové části lebky často spojené s masivním otokem měkkých tkání obličeje, či nutností mezičelistní fixace při jejich zlomeninách. (Tomek, 2013, s. 153)

Umělá plicní ventilace je indikována u některých pacientů po operacích mozku z důvodu nutné analgosedace při zvýšených hodnotách ICP. V akutním případě lze krátkodobě použít k zajištění dýchacích cest u pacientů se zachovalou spontánní dechovou aktivitou ústní nebo nosní vzduchovod. Nosní vzduchovod se zavádí pomocí gelu. Častou komplikací jeho zavádění je krvácení. Ošetrovatelská péče o pacienta se zavedenou endotracheální kanylou spočívá v několika oblastech. Je důležitá správná

fixace kanyly pomocí náplastí a tkaničky, případně podložení molitanovou podložkou k zajištění správné polohy. Jestliže se vyskytuje riziko skousnutí kanyly zuby pacienta, je možné jí opatřit protiskusovou vložkou. Je potřebné dbát na prevenci vzniku otlaků a kanylu v pravidelných, obvykle dvanáctihodinových intervalech přemístit do opačného ústního koutku. V dokumentaci tuto skutečnost zaznamenat spolu s číselným označením hloubky fixace endotracheální kanyly. Kontrola tlaku v obturační manžetě pomocí speciálního manometru je prováděná obvykle 2x denně nebo při slyšitelných zvukových fenoménech svědčících pro únik dechové směsi. Sestra dbá na prevenci zalomení a dislokaci kanyly např. fixací svojí rukou v průběhu odsávání pacienta, manipulací s pacientem, při jeho náhle vzniklém neklidu. Tracheostomická kanyla je fixována ke krku pacienta tkalounem, případně speciálním fixačním proužkem. Okolí kanyly je možné krýt pomocí nastřížených sterilních čtverců. Obvykle se provádí převaz 2x denně nebo při znečištění odsávanými sekrety. V případě patologického nálezu na kůži v okolí tracheostomické kanyly je možné jí ošetřit použitím speciálních materiálů, např. na bázi stříbra. Zvláště u pacientů při vědomí je nutná prevence dislokace a vytažení kanyly. V rámci péče o dýchací cesty je nezbytné odsávání sekretů i z jejich dolních úseků, a to dle individuálních potřeb pacienta nebo v minimálním intervalu 2-3 hod. (Frei, 2016a, s. 43)

Kašel může výrazně zvyšovat intrakraniální tlak, a proto bývá pacient v indikovaných případech před odsáváním z dýchacích cest bolusově tlumen barbiturátem. Sestra sleduje množství, vazkost, barvu, patologické příměsi, zápach odsávaného hlenu a vše zaznamenává do dokumentace. Součástí péče o dýchání pacienta v podmínkách JIP je i aplikace kyslíkové terapie. Jedná se o léčebnou metodu zajišťující dostatečnou oxygenaci tkání lidského těla při zachovalé spontánní ventilaci pacienta. Podávaný kyslík musí být vždy zvlhčován, někdy je možné zajistit ohřátí vdechované směsi pomocí speciálních přístrojů. Cesta podání je pomocí kyslíkových brýlí, kyslíkové polomasky, Ventihó – maskou, Ayreovo – T. (Bartůněk, 2016, s. 83; Šamáková, 2011, s. 78)

3.4 Hygienická péče o pacienta na jednotce intenzivní péče

Hygienická péče u pacientů hospitalizovaných na JIP je prováděná obvykle 2x denně s přihlédnutím na aktuální stav pacienta. Zahrnuje umytí celého těla včetně

genitálií. Součástí je aspekce stavu pokožky se zaměřením na predilekční místa. Poté je pokožka ošetřena vhodným krémem či olejem např. ve formě rozprašovače, kdy odpadá možná traumatizace pokožky masáží na predilekčních místech. Pravidelně ve dvou až tříhodinových intervalech je čištěna dutina ústní. Roztoky používané k výplachům a vytírání dutiny ústní pomocí mulových tampónů musí odpovídat aktuálnímu hygienicko-epidemiologickému plánu daného zařízení. Pacienti po traumatu lebky mohou trpět krvácením z dutiny ústní i nosní a je potřeba zvýšené péče o poranění. Dochází ke stagnaci krve případně mozkomíšního moku v dutině nosní, nosohltanu, a to vše může působit jako rezervoár pro pomnožení choroboplodných zárodků s následným vznikem zánětu vedlejších dutin nosních. V případě nutnosti zajištění dýchacích cest endotracheální kanylou a následnou umělou plicní ventilací dochází u pacientů 2x denně ke změně fixace kanyly. Jejím přemístěním do opačného ústního koutku předcházíme vzniku otlakům v dutině ústní. (Šamáková, 2011, str. 68)

Velkým problémem při ošetřování pacienta bývá neschopnost dovřít oční víčko, kdy hrozí v extrémních případech až rohovkový vřed. Je možné aplikovat oční kapky, gely nebo nasadit prefabrikovanou plastovou oční komůrku jako prevenci vysychání očních spojivek. Zvýšenou pozornost si zaslouží oblast uší, kde se může hromadit krev vytékající z operační rány, případně po temporobazálním poranění i mozkomíšní mok. Po vyčištění ucha pomocí sterilních čtverců s borovou vodou je možné aplikovat do ucha antibiotické kapky jako prevence vzniku zánětu. V celém průběhu provádění hygienické péče se sestra snaží pacienta aktivizovat, zapojovat do prováděných činností a vhodnou motivací dosahovat co nejvyšší úrovně sebestarání. Samozřejmostí je zachování intimity pacienta a respektování jeho zvyklostí při provádění hygienických úkonů, jako je například teplota vody na mytí, výběr kosmetiky, způsob čištění zubů. (Tomová, 2016, s. 52)

3.5 Význam polohování a mobilizace v péči o pacienta s krvácením do mozku

První krok v rámci včasné rehabilitace pacientů spočívá ve správně provedeném polohování a pasivních pohybech končetin. S ohledem na jejich celkový stav se začíná s polohováním již od příjmu do zdravotnického zařízení. (Green, 2016, s. 248) Limitující faktory jsou hlavně zvýšené hodnoty ICP, kardiovaskulární nestabilita, jiná přidružená

onemocnění chirurgicko – ortopedického charakteru. Doporučené základní formy polohování se mění dle individuálních potřeb pacienta. Obvyklý interval 2 až 3 hod. může být prodloužen použitím vhodné antidekubitní matrace až na 4 hod., a to do té doby, než pacient zvládá samostatně měnit polohu. Správným polohováním lze působit v oblasti prevence vzniku dekubitů, kontraktur, redukci spasticity, regulace svalového tonu. Dále zajišťuje fyziologickou pohyblivost kloubů a předchází vzniku poškození periferních nervů. Neméně důležité je také ovlivnění vigility a pozornosti, zlepšení oběhové cirkulace, prevence pneumonie. Častokrát je manipulace s pacientem kontraindikována. Vhodnou polohou pacienta lze docílit snížení vysokého ICP – elevace horní poloviny těla o 15 až 30 stupňů, vyhnout se konstrikci krčních žil. (Stein, 2009, s. 413; s. 414)

V případě, že pacient podstoupil dekompresivní kraniektomii je potřebné podkládat hlavu měkkým válečkem pod krk tak, aby neležel na části lebky s odstraněnou kostní ploténkou. Rozeznává se polohování na zádech, na straně a na bříše. Při poloze na zádech, která by neměla převažovat, je nutné zabránit hyperextenzi krční páteře, která zvyšuje napětí extenzorů v celém těle. Obrovským komplikacím lze předejít udržováním hlavy v lehké flexi použitím vysokého polštáře. Oblast pánve paretické strany je podkládaná polštářem, tím se docílí otočení kyčle dovnitř, brání retrakci pánve, zevní rotaci a addukci. Podložení paretického ramena brání jeho protrakci. Pacientům je potřeba zajistit lehkou extenzi v lokti, zápěstí a prstech. Hrozí také hyperextenze v oblasti bederní páteře, která může ztížit dýchání, znemožnit flexi a rotaci trupu a tím oddálit mobilizaci pacienta. Při poloze na boku paretické strany je trup v lehké rotaci dozadu zajištěn polštáři. Postižená ruka tvoří s tělem úhel 90 stupňů, předloktí je v supinaci. Dolní končetiny podložíme v krokové pozici. Poloha na zdravé straně – trup v úhlu 90 stupňů vzhledem k podložce, paretická ruka podložená polštářem směřuje nahoru. Dolní končetiny v pozici kroku, paretická končetina opět podložena polštáři. Není žádoucí plantární flexe. Poloha na boku má velký význam v drenáži bronchiálního sekretu. Proto je nutné pacienta odsát z dýchacích cest vždy před změnou polohy a následně po ní. Změnu polohy provádějí dvě a více osob. Jakoukoliv aktivitu pacienta je nutné zařadit do procesu polohování. Slouží k pozdějšímu nácviku mobilizace a vertikalizace. (Green, 2016, s. 250) Nejeefektivnější poloha v rámci zlepšení ventilace plic a prevenci pneumonie je poloha na bříše a je vhodné ji zařadit alespoň 1x denně. Ne každý pacient je však schopen umístění do této polohy. S ohledem na celkový stav pacienta začíná nácvik mobilizace již v podmínkách JIP v akutní fázi onemocnění. (Švestková, 2017, s. 216)

Začíná se se zvedáním horní části těla až do sedu na lůžku. To umožňuje navodit správné držení hlavy a trupu. Spolupracující pacient se učí provádět tzv. bridging. Vleže na zádech pacient pokrčí nohy a zvedne pánev, tím přenáší váhu svého těla na obě nohy a efektivně se připravuje na nácvik stoje. Je výhodou použít k vertikalizaci tzv. sklopný stůl. Co nejdříve to jde, je pacient polohován do sedu, nejdříve na lůžku se svěřenýma nohama z postele, později opouští lůžko a je umístěn do křesla. Je nutné polohu pravidelně kontrolovat a upravovat a myslet na zvýšené riziko pádu u pacienta. Zpočátku je možné umístit pacienta do křesla na omezenou dobu, maximálně 1 hod. Dobu strávenou mimo lůžko je postupně prodlužována a myslí se na to, že abnormální poloha pacienta zvyšuje riziko vzniku svalových kontraktur. (Lippertová-Grünerová, 2013, s. 89) Provádění balančních cviků v sedě je účinným prostředkem nácviku stoje. Právě schopnost stoje je u pacientů po poškození mozku jedním z hlavních léčebných cílů. Nejdříve se učí přenášet váhu svého těla na obě dolní končetiny. I když se zpočátku jedná o tzv. pasivní stoj, má jednoznačný pozitivní vliv na senzomotorické funkce pacienta. (Stein, 2009, s. 343) Stoj snižuje spasticitu na dolních končetinách a umožní nácvik nových pohybových vzorců. Při dlouhodobé nečinnosti organismu dochází ke vzniku osteoporózy a zvyšuje se riziko vzniku fraktur. Snažíme se tomu předcházet právě mobilizací pacienta. Pozitivním přínosem je i zlepšené vnímání a pozornost. Snižujeme obavu z pohybu. (Lippertová-Grünerová, 2013, s. 91)

Současně probíhá dle individuálně sestaveného plánu pasivní pohybování hlavy, trupu a končetin. Hlava je polohována v mírné flexi a jsou prováděny zpočátku pasivní pohyby všemi přirozenými směry. V rámci terapie s pacientem se provádí flexe a rotace v oblasti trupu včetně manipulace s costosternálními klouby. Pasivní pohybování končetin slouží hlavně k zachování fyziologického rozsahu kloubů. K pasivnímu pohybu na dolních končetinách lze využít speciální přístroj (motodlaha) s nastavitelným rozsahem pohybu. (Green, 2016, s. 247) Důležitou součástí každého cvičení je dechová gymnastika, která se dělí na základní a speciální. Základní koordinuje pohyb s přirozeným rytmem dýchání. Speciální je rozdělená na klidové, statické dýchání, kdy pacient nacvičuje prohloubené dýchání a mění rytmus dýchání. U dynamického dýchání zapojuje končetiny a trup, nesmí zadržovat dech. U vědomě prohloubeného dýchání směřuje nádech do konkrétní oblasti hrudníku. Sestra svojí rukou umístěnou na hrudník pacienta provádí lehkou masáž, poklep či vibraci na konci výdechu. U pacientů na umělé

plicní ventilaci je potřebné po každém provedení dechové rehabilitace odsátí uvolněného bronchiálního sekretu z dýchacích cest. (Smrčka, 2013, s. 83)

3.6 Zvláštnosti ve výživě pacienta s krvácením do mozku

V akutním stádiu je příjem živin u pacientů výhradně parenterální cestou. Speciální roztoky, dnes již připravovány centrálně, jsou aplikovány zavedeným periferním, případně centrálním žilním katetrem. Výhodou je podávání přesně definovaného množství živin dle individuálních potřeb pacienta a rychlejší úprava metabolických nároků organismu. Nevýhodou je nefyziologický způsob podání, riziko předávkování, riziko vzniku infekce spojené se zavedeným katetrem, ale i vyšší cena. (Tomek, 2013, s. 186) Co nejdříve se přechází na enterální výživu, zpočátku pomocí nasogastrické nebo nasojejunální sondy. Dlouhodobějším řešením je perkutánní endoskopická gastrostomie, při neúspěchu léčby poruch polykání. Příjem stravy přináší i určitý požitek a sociální interakci. Také proto se co nejdříve přechází na příjem potravy fyziologickou cestou. Orální příjem je možný, jestliže je pacient při jasném vědomí, aktivně udrží hlavu, polyká sliny, je schopen odkašlat. Při podezření na poruchu polykání (dysfagii) proběhne klinické vyšetření zaměřené na všechny fáze polykání – orálně přípravná, orálně transportní, faryngeální a ezofageální. (Neubauer, 2010, s. 55)

Kromě klinického logopeda se na diagnostice může podílet také otorinolaryngolog a rentgenolog, který posuzuje dynamiku procesu polykání. Typickým projevem poruchy polykání je aspirace potravy do dýchacích cest. Následky závisí na hloubce aspirace, konzistenci a kyselosti stravy, obranných mechanismech dýchacích cest. Strava může z úst vypadávat (drooling), dostávat se nad hlasivky bez aspirace (penetrace), vytékat z nosu (rinorea), vracet se zpět do úst (reflux), putovat ze žaludku do jícnu bez přítomnosti dávivého reflexu (regurgitace), být bez kontroly v ústech působením snížení orální motility (leaking). (Stein, 2009, s. 184)

Orientační vyšetření, které nám ukáže možnou aspiraci, je test vody dle Danielse. Pacient polkne lžičku vody a je sledován na přítomnost těchto příznaků – kašel ihned po polknutí, změněný (vlhký) hlas, dávení, dysfonie, dysartrie, abnormální kašel. Přítomnost alespoň dvou příznaků svědčí pro pozitivitu testu. (Neubauer, 2010, s. 64) Určité kompenzační postupy mohou léčbu dysfagie zlepšit. Jedná se hlavně o tělesnou polohu

při příjmu potravy. Jde o nalezení vhodné polohy těla, postavení hlavy k tělu, sklon a změna polohy v průběhu polykání tak, aby vyhovovala danému pacientovi. Vždy záleží na schopnosti a možnosti spolupráce pacienta. Dalším kompenzačním postupem je nalezení vhodné konzistence potravy. Zcela nevhodné jsou např. drobné potraviny (tvaroh), mléčné výrobky (zvyšují nepoddajnost hleny), tekutiny, tuhé potraviny (ovoce, zelenina). Je vhodné začínat s potravou kašovitě konzistence jako je pudink, mletý banán, zahuštěná tekutina. Příjem tekutin činí potíže nejdéle. Je výhodou, jestliže je podáváno jídlo, které má pacient rád. Neocenitelnou roli zde hraje rodina, která pomáhá s výběrem vhodných potravin. Existuje soubor cvičení zaměřených na koordinaci svalů potřebných k polykání. Jsou to otevírání úst, pohyby jazyka, posilování jazyka pomocí dřevěné lopatky, cvičení rtů a tváří, motorická cvičení krčních svalů. Koordinaci struktur potřebných k polykání zlepšují tzv. polykací manévry. Jsou to supraglotické polykání – pacienta vyzveme k nádechu nosem a zadržení dechu v průběhu polykání. Ihned po polknutí pacient zakašle, aby došlo k odstranění případných zbytků potravy. Dále super – supraglotické polykání – sklopením arytenoidní chrupavky směrem k epiglottis v průběhu a po polknutí. Při tzv. usilovném polykání je pacient před každým polknutím vyzván k maximálnímu úsilí. Mendelsonův manévr – je velice náročný na spolupráci pacienta, a proto zdaleka není vhodný pro všechny. Pacient si musí uvědomovat kontrakci krčních svalů, zvedání hrtanu v průběhu polykání. Je možné držení hrtanu v elevaci rukou. Sestra po konzultaci s logopedem používá zvolenou metodu nácviku vhodnou pro daného pacienta. (Stein, 2009, s. 187)

3.7 Vyprazdňování pacienta na jednotce intenzivní péče

Pacient na JIP má obvykle zavedený permanentní močový katetr a sestra sleduje množství, barvu, zápach, příměsi v moči. Je zpravidla zaznamenávaná hodinová diuréza, měří se specifická hmotnost moče. Močový katetr je napojený na uzavřený drenážní systém umožňující odběr moči bez nutnosti rozpojení systému. Může být také vybaven dalším lumenem pro měření tělesné teploty. Je nezbytné zajišťovat dostatečný přísun tekutin. Sestra sleduje známky lokální a celkové infekce. Před odstraněním močového katetru se provádí trénování močového měchýře jeho uzavíráním na 2 až 4 hod. Drenáž močového měchýře se v indikovaných případech zajišťuje pomocí perkutánní

epicystostomie. Sestra dále sleduje bilanci tekutin, kterou v šestihodinových intervalech vyhodnocuje a zaznamenává do dokumentace. (Šamáková, 2011, s. 74)

Vyprazdňování stolice je z pohledu pacienta velice intimní záležitost a jako k takové se k ní přistupuje. Respektování studu a zábran je samozřejmostí. Mohou být možnou příčinou poruchy vyprazdňování. (Powell, 2010, s. 68) Sestra sleduje odchod plynů, frekvenci vyprazdňování, konzistenci, množství a příměsi stolice. U pacientů s krvácením do mozku je důležité dbát na pravidelné vyprazdňování a již preventivně se u některých typů krvácení podává projímadlo od přijetí do nemocnice. Právě usilovné zapojování břišního lisu může vést ke stoupaní nitrolebního tlaku, které není žádoucí. Po obnovení peristaltiky by se měla dostavit stolice do 2 až 3 dnů. Při neúspěchu se podávají glycerínové čípky či kapénkové klysmo. U těžké zácpy se může objevit paradoxní průjem, který je potřebné odlišit od klasického průjmu vyvolaného nevhodnou stravou nebo infekčním agens či antibiotiky. Paradoxní průjem je stav, který je způsobený přítomností skybal v ampuli rekta a vyžaduje jejich digitální vybavení zkušeným lékařem. Pacienti v bezvědomí trpí inkontinencí stolice a vyžadují zvýšenou hygienickou péči o oblast genitálií. (Tomek, 2014, s. 189)

3.8 Komunikace s pacientem s krvácením do mozku

I pacient v bezvědomí určitým způsobem vnímá své okolí. Může si uvědomovat zvuky, hlasy, doteky. Většinu taktilních podnětů přijímá jako bolestivý stimul, jako např. odběry krve, převazy ran, odsávání z dýchacích cest. Výsledkem je pocitování strachu a stresu z neznámého prostředí a cizích lidí. (Šamáková, 2011, s. 73) Proto je vhodné zařadit při péči o pacienta tzv. iniciační rituál zahrnující oslovení (nejlépe jménem) a dotek na vždy stejnou část těla. Je vhodné uchopit pacienta za ruku, případně za rameno. I v běžném životě jsou tato gesta vnímána pozitivně a jsou používána k pozdravu. (Lippertová-Grünerová, 2013, s. 40)

Již v období, kdy je pacient v bezvědomí nebo pod vlivem analgosedace, probíhá tzv. pasivní komunikace. Jde o jednostrannou komunikaci ošetřujícího personálu, který slovně komentuje veškeré činnosti prováděné u pacienta. Právě pacienti s krvácením do mozku tvoří specifickou skupinu. Poškození mozku vede ke změnám jejich chování, kdy se často projevují jako děti. Je vhodné zvolit přátelský přístup, trpělivě vše opakovaně a

jednoduše vysvětlovat. Úroveň komunikace je přizpůsobena jejich případnému zlepšujícímu se stavu. Neklidný, zmatený pacient se opakovaně orientuje sdělením, kde se nachází. Je potřebné „vyplnit“ jeho utkvělou, nutkavou potřebu (vypnout žehličku). (Šamáková, 2011, s. 71) Endotracheální či tracheostomická kanyla vytváří specifickou komunikační bariéru. Je důležité najít vhodnou techniku dorozumívání. Nehybný pacient může např. odpovídat na dotazy otevíráním očí. Používá se předtištěná abeceda, psaní, odezírání ze rtů, piktogramy apod. Pacient musí mít dostatek času se vyjádřit, klidné, tiché prostředí. V prvních dnech hrají důležitou roli projevy neverbální komunikace – výraz v obličeji, grimasa, odvrácení tváře, gesta apod. Zapojení rodiny do nalezení vhodné komunikační techniky může zvyšovat pacientovu motivaci k uzdravení. Při vzájemné komunikaci se mluví jasně, stručně, používají se jednoduché věty. Překážkou může být obvaz zakrývající uši. Komunikaci ztěžuje i vliv tlumících léků, bolest, porucha krátkodobé paměti. Pacienti s omezenou možností komunikace trpí ztrátou kontaktů, tím se snižuje jejich kvalita života a může docházet k jejich sociální izolaci. (Tomová, 2016, s. 26; s. 30)

Nemožnost vyjádřit se při expresivní afázii (Brocova) může vést k projevům vzteku až agrese a ošetřující personál musí na tuto možnost připravit i rodinné příslušníky. Při senzorické afázii (Wernickeova) nerozumí mluvenému slovu, může plyně mluvit, ale neschopností vlastní kontroly řeči sluchem vznikají zkomoleniny a záměna slov. U globální afázie nemluví a nerozumí, někdy je schopen pouze opakovat řečové automatizmy (kletby, vulgarizmy). Nejtěžší formy tohoto typu afázie jsou označovány jako sociální smrt. Amnestická fatická porucha doprovází všechny typy afází, kdy chybí schopnost pojmenovat daný předmět. Při kondukční fatické poruše pacient není schopen opakovat slyšenou řeč, má potíže s opisováním. Je způsobená poruchou spojení Brocova a Wernickeova centra. Při transkortikální fatické poruše vše zopakuje, ale nerozumí obsahu. U velkého množství pacientů nelze očekávat úplný návrat řečových funkcí, proto je terapeutickým cílem dosáhnout alespoň minimální komunikace k zajištění potřeb každodenního života. Již na JIP začíná logopedická terapie, která je vysoce individuální a předpokládá aktivní účast rodinných příslušníků. (Heřmanová, 2012, s. 144; Tomová, 2016, s. 52)

3.9 Možnosti v ovlivnění bolesti pacienta s krvácením do mozku v podmínkách intenzivní péče

Bolest patří mezi subjektivní prožitky. Slouží jako varovný signál, který nás upozorňuje na možné zhoršení stavu. U neurochirurgických pacientů může být bolest hlavy prvním příznakem nitrolební hypertenze, jedná se o bolest akutní, má vyšší intenzitu a má ochranný charakter. Sestra vyhodnocuje a pravidelně zaznamenává lokalizaci bolesti, její intenzitu, kvalitu, typ a faktory zhoršující bolest (poloha hlavy, těla, kašel). (Tomek, 2014, s. 564) V podmínkách JIP je používána vizuální analogová škála, kde pacient na nakreslené přímce začínající bodem, kdy se bolest nevyskytuje a končící nesnesitelnou bolestí označí bod vnímání své bolesti. Obdobně lze využít numerickou analogovou škálu bolesti, kdy je přímka opatřena body 0-10, kde 0 značí žádnou bolest a číslo 10 nesnesitelnou. Zakroužkováním čísla pacient vyjádří, jak vnímá bolest. U některých pacientů trpících poruchou komunikace lze využít obličejovou škálu bolesti. Součástí denního dekurzu pacienta je záznam o bolesti, kde se minimálně každé dvě hodiny provádí zápis s hodnocením aktuálního stavu. Vyjádření bolesti u pacientů s krvácením do mozku může být ztíženo přítomnou poruchou řeči, tracheostomickou kanylou, umělou plicní ventilací, poruchou vědomí. Sestra musí pečlivě sledovat a vyhodnocovat neverbální projevy pacienta, které mohou být způsobeny právě bolestí – neklid, zmatenost, agresivita, grimasa v obličeji, pláč, zrychlený puls, zvýšený tlak krve, zrychlené dýchání, nauzea, zvracení, zpocení. Intenzita bolesti může být malá, střední a silná. Je na pacientovi, aby určil její stupeň a je nutné mu vždy věřit. Dále sestra vyhodnocuje kvalitu bolesti (např. tupá, ostrá, bodavá, tlaková, svíravá). U pacientů po proběhlém krvácení do mozku se lze setkat s bolestí související se spasticitou končetin, přetěžováním kosterně-svalového aparátu a používáním patologických pohybových vzorců. Vznikají také jako následek porušené cévní cirkulace v trvale staženém svalu. Vlivem chronické hypoxie svalů dochází k aktivaci nociceptivních vláken. (Salsbury, 2018, s. 230) Typická je bolestivost ramene u lidí trpících hemiparézou. Je třeba si uvědomit, že vnímání nepohodlí, a především bolesti výrazně ovlivňuje proces rehabilitace a je nutné včas adekvátně reagovat na pocity a projevy pacienta. (Švestková, 2017, s. 204; s. 205)

Při ošetřování pacienta trpícího bolestí je důležitá trpělivost a empatie ze strany ošetřujícího personálu. Zvýšená pozornost, zájem a respekt k individuálním projevům

mohou sloužit jako psychologické prostředky k tišení bolesti. Důležitá je vhodná úlevová poloha a včasné podávání analgetik. Pacientům s krvácením do mozku může bolest vyvolávat světlo a hluk. Snažíme se o eliminaci těchto vlivů. (Šamánková, 2011, s. 74)

K mírnění bolesti může přispět odvádění pozornosti např. poslechem hudby, počítáním, rytmickým dýcháním. Právě zde může významnou roli sehrát rodina pacienta svou přítomností a zaměstnáním pacienta. Lze také nabídnout doplňkové metody k tišení bolesti – aplikace chladu, tepla, masáže a jiné. Farmakologické tlumení bolesti v intenzivní péči je nejvíc využívanou metodou. Aplikují se neopioidní analgetika (ibuprofen, paracetamol, indometacin), opioidy (morfin, sufentanyl, fentanyl) a adjuvantní lékové skupiny (antidepresiva, anxiolytika, centrální myorelaxancia, antiepileptika, lokální anestetika). Nejčastější způsob aplikace je intravenózně formou bolusového podání nebo kontinuálně, lineárním dávkovačem. Lze také využít podání perorální, rektální a výjimečně intramuskulární. Ostatní cesty podání jako nazální, transdermální a epidurální jsou využívány spíše k mírnění chronické bolesti. (Hakl, 2018, s. 210) U pacientů v kritickém stavu je podávána tzv. analgosedace, kombinace analgésie se sedací. Posouzení její hloubky usnadňuje zavedené intrakraniální čidlo. Stoupání hodnot nitrolebního tlaku může ukazovat na pacientem pociťovanou bolest i bez vnějších projevů. Skóre dle Ramseye vyjadřuje subjektivní posouzení míry analgosedace hodnotící osobou. U minimální analgosedace pacient reaguje na oslovení, může být ovlivněno vědomí, není vliv na dýchání a kardiovaskulární systém. Střední analgosedace je stav, kdy pacient odpovídá na dotazy po mírné stimulaci dotekem. Je zachované spontánní dýchání a normální činnost kardiovaskulárního systému. U hluboké analgosedace pacient reaguje na silný algický podnět cíleným pohybem, bývá nutné zajistit volné dýchací cesty. (Green 2016, s. 254)

4 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O PACIENTA S KRVÁCENÍM DO MOZKU

4.1 Nemoc jako zátěžová situace

Krvácení do mozku většinou postihne člověka náhle, někdy pouze s minimem prodromálních příznaků, často nespecifických. Na rozdíl od dlouho trvající nemoci, kdy pacient prochází určitým vývojem své nemoci, má kolikrát i několik měsíců na vyrovnání s měnícím se zdravotním stavem. Má čas přehodnotit svůj žebříček priorit a potřeb, uspořádat si vztahy v rodině. Náhlý vznik a dramatický průběh krvácení do mozku mění život nejen samotnému pacientovi, ale především jeho rodině a blízkým a vyžaduje od nich rychlou adaptaci na novou situaci. (Powell, 2010, s. 59; Smrčka, 2013, s. 80)

4.1.1 Reakce pacienta na nemoc

Pacient se dostává do krizové situace, ve které řeší změnu své identity, své životní role. Ocitá se v novém, neznámém prostoru. Stýká se s cizími lidmi, očekává od nich sociální oporu. Trpí nedostatkem kontaktů s blízkými lidmi, trpí pocity osamění, opuštěnosti. Pocity úzkosti doprovází pocit strachu z následného vývoje jeho zdravotního stavu, z vyšetření, léčebných metod. (Heřmanová 2012, s. 149) Obava ze změněného tělesného vzhledu, jak bude přijat okolím. A hlavně se mu změní životní perspektiva, náhled do budoucna. V neposlední řadě je pacientova psychika ovlivněna strachem ze smrti. (Gurková, 2017, s. 24)

Etapy zvládnutí nemoci zahrnují v první řadě fázi šoku, kdy dojde k ustrnutí a zděšení. Pacient se odpoutáním od reality snaží překlenout období náhlé změny zdravotního stavu. Může docházet k popření existence nemoci. Jako druhá nastane fáze, ve které se po psychické stránce navrácí do reality. Projevuje se negativisticky, odmítá ošetření, pociťuje bezmoc, hněv, zlost. Ve třetí fázi pacient vědomě utíká z centra dění, smlouvá s osudem, mění se jeho pohled na novou situaci. Poslední fáze, smíření se s danou situací a vyřešení krizové situace, nenastane u všech pacientů. Kvalitní ošetrovatelská péče respektuje jednotlivé fáze adaptace na nemoc. Ošetřující personál citlivě a adekvátně reaguje na individuální projevy pacientovy osobnosti. (Šamánková, 2011, s. 120) Mnohdy velice expresivní projevy pacienta kladou vysoké nároky na práci

ošetřujícího personálu. Je výhodou jeho příprava na krizové situace i formou speciálních kurzů, např. kurzu asertivního jednání, zvládnání agresivního pacienta, sebeobranu atd.

4.1.2 Význam rodiny v péči o pacienta

Význam rodiny v komplexním pojetí péče o pacienta je nezastupitelný a nesmírně důležitý. Rodina slouží jako zdroj informací o zdravotním stavu pacienta, přímým podílem na péči mu poskytuje psychickou a fyzickou oporu. Aktivace a stimulace nejen u bezvědomých je velkým přínosem pro jejich další vývoj. Důležitou rolí je obhajoba práv a zájmů jejich blízkého související např. s výběrem zdravotnického zařízení a následné rehabilitační péče. (Šamáková, 2011, s. 96)

Aktivní přístup ze strany rodiny v době po propuštění zlepšuje pacientovi vyhlídky do budoucna. Nemoc způsobuje velkou fyzickou a psychickou zátěž nejen pro samotného pacienta, ale především obrovskou emoční zátěž pro rodinné příslušníky a osoby blízké. (Powell, 2010, s. 126) V první fázi po sdělení diagnózy následuje šok doprovázený často neadekvátními reakcemi ze strany příbuzných. Jsou zmatení, cítí paniku, mnohdy jim chybí schopnost plně si uvědomovat poskytované informace. Potřebují ujištění, že jejich příbuzný přežije. V tomto období se zdravotníci setkávají až s projevy agrese ze strany příbuzných, kteří často viní personál ze stavu, v jakém se pacient nachází. Mají pocit, že se nedělá vše pro uzdravení jejich příbuzného a dožadují se stále nových vyšetření a intervencí ze strany lékaře. Další fáze nastává v době objevení se i zcela minimálního příznaku zlepšení zdravotního stavu pacienta. Rodina podlehne euforii a až nerealisticky očekává plné uzdravení. Dochází k popření zřejmých ukazatelů vývoje stavu pacienta a rodina vytěšňuje negativní informace ze strany ošetřujícího personálu. Je to zcela přirozená obranná reakce organismu na obrovskou psychickou zátěž. Následuje období, v němž rodina pořád věří v plné uzdravení a očekává návrat ke stavu před vznikem krvácení do mozku. V probíhajícím období rehabilitace si rodina všimá příliš malého pokroku ve vývoji zdravotního stavu. Následují pocity zoufalství, úzkosti, smutku. Nežádka se vyskytují agresivní projevy, vztek, obviňování sebe, třetí osoby, zdravotnického personálu. Agresivní chování ze strany rodiny může být formou slovní agrese, případně jako fyzické napadení. Každý zdravotník musí být připravený případnou konfliktní situaci řešit a efektivně zvládnout. (Tomová, 2016, s. 116) Obvykle až po propuštění do domácího ošetřování si příbuzní uvědomí rozměr a charakter

postižení, objevují poruchy vnímání a chování, které v nemocničním prostředí nebyly tak zvýrazněné. Tato fáze je charakteristická projevy deprese, hlubokého smutku, zlosti na straně rodiny. Vlivem šoku v počátečních fázích probíhajících po vzniku onemocnění pacienta dochází k vytěšňování nepříjemné pravdy a zkreslenému vnímání sdělených informací. Je nezbytné podávat je opakovaně a ujišťovat se o jejich správném pochopení. Poslední fáze, projevující se adaptací rodiny na změněnou situaci vyvolanou nemocí jednoho člena, může nastat až po velmi dlouhé době, někdy po letech. Rodina přijme dotyčného ve stavu, v jakém se nachází, a snaží se zajistit mu rozvíjení v rámci jeho možností. Bohužel ne všechny rodiny zvládnou dojít do posledního stádia a překonat vzniklou krizovou situaci. Mnohdy dochází jejím vlivem k velkému narušení funkce rodiny, jejich vzájemných vazeb, a může dojít k jejímu rozpadu. (Powell, 2010, s. 135)

Ideální adaptace rodiny na náhle vzniklé onemocnění s možností trvalých následků nejen zajistí péči o postiženého pacienta, ale umožní uspokojování potřeb všech členů rodiny. V průběhu celého procesu adaptace je důležitý citlivý individualizovaný přístup k rodinným příslušníkům spočívající v správně vedené komunikaci. Zohledňování aktuálního psychického stavu při výběru formy sdělení o stavu pacienta je nevyhnutelností. Směřování příbuzných na odbornou péči je ideálním stavem v průběhu celého procesu adaptace a nemělo by končit hospitalizací pacienta. (Lippertová-Grünerová, 2009, s. 65)

4.2 Koordinovaná rehabilitace

Mezi laickou veřejností je pojem rehabilitace široce rozšířen, každý si pod ním představí určitou část procesu fyzikální terapie, balneologie, ergoterapie a jiných odvětví. Odborná veřejnost definovala komplexní rehabilitační programy zahrnující všechny oblasti možných terapeutických postupů po prodělaném onemocnění. Koordinovaná rehabilitace je proces, který je ucelený, koordinovaný a cíleně zaměřený na snížení následků postižení jedince. Cílem je dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti a funkčního začlenění do sociálního prostředí a pracovního procesu. (Navrátil, 2012, s. 45) Současná medicína nabízí široké možnosti léčby pacientů s krvácením do mozku. Kvalitní přednemocniční péče, spolupráce s traumacentry, iktovými centry, neustále se vyvíjející diagnostické metody a operační postupy, umožní přežití i pacientům s dříve smrtelným poškozením mozku. To s sebou přináší nutnost následné péče o pacienty s různým

stupněm funkčních následků. (Švestková, 2017, s. 216) V roce 2007 vznikla sekce neurorehabilitace ve Společnosti Rehabilitační a fyzikální medicíny. Jedná se o rehabilitaci pacientů s neurologickou problematikou. (Švestková, 2017, s. 241)

Z psychologických důvodů je pacient rehabilitačním týmem nazýván rehabilitantem. Velká plasticita mozku, především u mladých lidí, nabízí velké možnosti v následné péči. Výrazných úspěchů se dá dosáhnout právě vhodně nastavenou rehabilitací. Po vzniku iktových center v České republice byla zřízena i lůžka včasné rehabilitace s jasně definovanou personální a technickou vybaveností. Tento proces s sebou přináší nutnost vybudování sítě specializovaných ambulantních zařízení zaměřených na fyzioterapii, ergoterapii, logopedickou péči. Samozřejmostí je zajištění celoživotního vzdělávání pracovníků a zvýšení informovanosti zdravotníků i laické veřejnosti. Výsledná kvalita života pacienta závisí především na včasném zahájení neurorehabilitace, a hlavně na její návaznosti v průběhu hospitalizace a následné ambulantní péči včetně rodinné, sociální a pracovní oblasti života. (Tomek, 2013, s. 224)

U osob s neurologickým postižením se rehabilitace neorientuje na diagnózu, ale na jejich deficitní a osobní schopnosti v kontextu jejich sociálního zázemí. Multidisciplinární týmová péče ideálně začíná již v akutní fázi onemocnění na JIP a může trvat řadu měsíců a let, nebo do konce života. U některých pacientů se může začít již druhý, třetí den od začátku hospitalizace. Podmínkou je stabilizace hodnot ICP, kardiopulmonálních parametrů. (Green, 2016, s. 254) Začíná se rehabilitací léčebnou a ošetrovatelskou, která je zaměřena na prevenci vzniku komplikací souvisejících s imobilizačním syndromem. Navazuje funkční individualizovaná terapie trvající 3-4 hod. denně. Někdy je možná i souběžná práce dvou terapeutů. Veškeré aktivity fyzioterapeuta a ergoterapeuta jsou zaměřené na dosažení co nejvyšší míry mobility rehabilitanta a jeho samostatnosti v aktivitách denního života (ADL). V rámci logopedické péče se usiluje o nalezení vhodného způsobu komunikace. V neposlední řadě neuropsycholog provádí trénink kognitivních funkcí jako je např. paměť, pozornost, úroveň koncentrace, chování. Bohužel dosud patří muzikoterapie a arteterapie v kontextu včasné rehabilitace k sporadicky nabízeným aktivitám. Sociální pracovník může významným způsobem pomoci především rodině a blízkým hledat možnosti pacienta v zařazení do běžného pracovního života. Podá informace o nároku na možné pomůcky, finanční příspěvky na péči, jak zařídit domácnost. (Cerebrum, 2014, s. 7)

Navazující lázeňská léčba může znamenat výrazné zlepšení v celkovém stavu rehabilitanta. Vzdělávací oblast rehabilitace je zaměřená na obnovu původních znalostí a dovedností nebo se zaměřuje na osvojení nových poznatků s ohledem na budoucí zaměření. V rámci pracovní rehabilitace pracovník Úřadu práce jako člen multioborové komise nabízí pracovní možnosti danému jedinci s ohledem na úroveň jeho vzdělání, praxi, a hlavně efektivitu procesu vzdělávací rehabilitace. Široká škála možných rekvalifikačních kurzů je také jednou z možností zařazení rekonvalescenta do pracovního procesu. Zde se nabízí široké možnosti pro využití dobrovolnické služby a zařazení dobrovolníků do procesu rehabilitace. Jako vhodný doplněk rehabilitace se nabízí tzv. volnočasová rehabilitace. Odvíjí se od aktivit daného jedince v době před vznikem nemoci, jsou přizpůsobeny jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu, a i nadále vhodně rozvíjeny. Dochází zde k uspokojování potřeb seberealizace. (Smrčka, 2013, s. 83)

4.2.1 Stimulace pacienta v bezvědomí

Pro úspěšné vedení a dosažení pozitivních výsledků v procesu neurorehabilitace je nejdůležitější a zároveň nejtěžším krokem snaha o zlepšení vědomí pacienta. Dříve zastávaný názor, že pacienti jsou schopni rehabilitace až po nabytí určitého stupně vědomí, a s tím související spolupráce, dnes již naštěstí neplatí. S komplexní rehabilitací se začíná již u bezvědomých pacientů na jednotkách intenzivní péče. Moderní rehabilitační postupy jsou efektivní tím více, čím dříve se s nimi začne. Komplexní terapie pacientů v kómatu je náročná a vyžaduje spolupráci specialistů s rodinou pacienta, včetně jejího zapojení do procesu stimulace. Stimulace u pacienta začíná po stabilizaci kardiovaskulárních funkcí a optimalizaci hodnot intrakraniálního tlaku. Dále když pacient není pod vlivem kompletní analgosedace a netrpí-li akutní infekcí. Doba stimulačního působení je asi 2x denně dvěma rozdílnými bloky trvajících přibližně hodinu. Ne každý pacient zvládne vzniklou zátěž a je potřebné sledovat jeho reakce a projevy nepohodlí, u bezvědomých zpočátku vyjádřených vegetativními projevy. Třes, zvýšený svalový tonus, hyperventilace, neklid, tachykardie, opocení a hypertenze mohou vypovídat o přetížení pacienta, a naopak může terapie působit negativně. Je vhodné zajistit v průběhu stimulace snížené působení ostatních stimulů, což je v podmínkách intenzivní péče velice problematická záležitost. Řešení nabízí např. provádění stimulace ve speciální místnosti, jestliže je to z prostorových a provozních důvodů možné. Období mezi stimulací a

prováděním lékařských a ošetrovatelských úkonů by mělo být obdobím klidu a má sloužit ke zlepšenému vnímání času pro pacienta. Přesné schéma provádění stimulace prakticky není dané. Postupy vycházejí z individuality pacienta, a především z jeho reakcí na aplikovanou metodu. Stimulace nemá být nikdy násilně ukončena při prvních projevech pacienta ve smyslu komunikace s okolím. Obvykle se začíná s taktilní stimulací, působení tlaku až do vyvolání bolesti (pacient by ji neměl pociťovat), působení teploty, vnímání pohybu. To vše pacientovi umožňuje vnímání hranic svého těla prostřednictvím terapeutické formy bazální stimulace. (Tomová, 2016, s. 113) Veškerá ošetrovatelská péče má respektovat stanovený denní režim pro pacienta. Vytvoření individuálního prostředí, ve kterém se bude pacient cítit příjemně, lze pomocí fotografií z jeho života, obrázků od jeho dětí, vlastních polštářů atd. Léčebná stimulace pacientů v kómatu může být farmakologická, s využitím elektrických a magnetických impulzů, sensorická a bazální stimulace, navázání dialogu. (Lippertová-Grünerová, 2013, s. 50)

První blok stimulace je tvořen dvěma celky. První taktilní stimulace spočívá ve využití tlaku, teploty a vibrace na povrch pacientova těla. Je výhodou, jestliže je do provádění jednotlivých úkonů zapojená rodina pacienta. Jedná se o provádění masáží, hlazení, klepání, stimulace s použitím kartáčků, molitanových či plastových míčků, aplikaci tepla a chladu. Nesmírně důležitý je rituál pozdravení. Účelem tohoto celku je informovat pacienta o povrchu jeho těla. Druhým celkem prvního stimulačního bloku je propioceptivní, vestibulární a kinestetická stimulace probíhající vždy současně. Pacienta informuje o hmotnosti jeho těla. Spočívá vlastně v pasivním polohování končetin a následnou vertikalizací, která zlepšuje rovnováhu a napomáhá orientaci v prostoru. Druhý blok stimulace je zahajován orofaciální stimulací. Jedná se sice o stimulaci taktilní, zaměřenou na uvědomění si vnímání této části těla, ale je vhodná na přípravu ke stimulaci gustatorické a olfaktorické. Vzhledem k vysokému riziku aspirace tuhých částí potravy jsou ke gustatorické stimulaci využívány chuťové esence či potraviny typu med, tekutá čokoláda, zmrzlina ve velmi malém množství. S výběrem vhodného typu poživatin je nutná porada s rodinou. Vyhneme se tak odmítání a nespolupráce ze strany pacienta při nevhodně zvolené potravíně. (Tomová, 2016, s. 112) Čichové vjemy podpoří např. parfém, mýdlo, voda po holení přinesené rodinou pacienta. Nezbytná je také spolupráce v oblasti akustické stimulace, kdy se výběr pacientem poslouchané hudby či audioknihy řídí doporučením rodiny. Pozitivně může působit také nahrávka hlasu všech rodinných příslušníků včetně dětí, domácích mazlíčků, známých zvuků (např. oblíbené činnosti).

Vizuální stimulace probíhá již u bezvědomých pacientů, kteří nejsou schopni otevřít oči. Můžeme použít různě barevné světlo aplikované přes víčka pacienta případně pasivně oči otevřít. V okolí pacienta lze umístit vhodné množství barevných stimulů, pohyblivých předmětů (různé hračky, barevný lapač snů). I zde platí zásada o nepřetěžování. Nadměra předmětů může působit rušivě a ve výsledku kontraproduktivně. Jestliže to stav pacienta dovoluje, je výhodou rozšiřovat zorné pole pacienta zvednutím horní poloviny těla nebo pootočením hlavy. Žádná z aplikovaných forem stimulace pacienta nesmí působit bolest a musí mu být příjemná a nejlépe známá a oblíbená. Pro správné fungování a návaznost procesu stimulace je nezbytná spolupráce rodinných příslušníků a osob pacientovy blízkých. Správně vedená dokumentace o jejím průběhu je nezbytností a pomáhá určit vhodnost zvoleného postupu a dalších kroků. (Lippertová-Grünerová, 2009, s. 29)

4.2.2 Neuropsychologie

Profese psychologa je součástí prakticky všech multidisciplinárních týmů. V posledních třech desetiletích vzniká cílená neuropsychologická péče, zpočátku zaměřená na diagnostiku poruch řeči a apraxii. Postupně se klinická neuropsychologie věnuje diagnostice a léčbě poruch vnímání, paměti, pozornosti, inteligence, myšlení a řešení problémů, poruchám chování, emocionálního projevu, vyrovnávání se s následky onemocnění, vizuálnímu vnímání. Zároveň však vždy pracuje s pacientem komplexně. Současně s tréninkem deficitů psychického rázu dochází i k rehabilitaci motorických funkcí, které mohou limitovat práci neuropsychologa. (Kulišťák, 2017, s. 277)

V roce 2018 vznikla v České republice Česká asociace pro neuropsychologii sdružující odborníky věnující se této problematice. Nejdůležitější součástí diagnostiky je určení deficitů týkajících se neuropsychologie a posouzení jejich stupně důležitosti pro daného člověka. Spolupráce rodiny a osob blízkých je v této fázi péče o pacienta nezbytná. Terapeut potřebuje přesné informace o psychickém a emocionálním stavu daného pacienta v předchorobí. Jen tak může adekvátně vyhodnotit případné patologie a vhodně na ně reagovat. Léčebným cílem neuropsychologické intervence je jednak náprava porušených kognitivních funkcí, ale také kompenzace deficitů nácvikem nových postupů. Základem zůstává pomoc při vyrovnání se s následky nemoci a hledání nového směru v životě při nemožnosti k návratu do života původního.

Pacienti po prodělaném krvácení do mozku mohou trpět organickým psychosyndromem. Neuropsychologie se zabývá i jedním z jeho projevů – poruchou orientace týkající se místa, času, osoby. Pacienti dezorientovaní místem opouští lůžkové oddělení a nejsou schopni návratu. Je tak výhodou hospitalizace na polouzavřených odděleních. Časem je pacient orientován použitím hodinek, kalendářů, opakovaným sdělením data a času. Porucha orientace v základních osobních údajích může vyústit v poruchu chování a afektivním projevům. Další syndrom, jako následek poškození mozku, je porucha koncentrace a pozornosti. Potíže v této oblasti mohou být i trvalého rázu. V počátcích je schopnost koncentrace omezená na velmi krátkou dobu a je vysoce individuální. Terapeut vždy vychází při plánování tréninku z momentální situace. Poruchy v oblasti vizuálního vnímání se týkají jednoho nebo obou očí, ve smyslu jeho omezení až slepoty. Může nastat výpadek vizu určité části zorného pole. Následkem poškození nervů vzniká porucha motility očí, dvojité vidění. Vizuální neglect syndrom je poměrně častý následek centrální poruchy zrakového vnímání. (Kulišťák, 2017, s. 279)

Terapie se zaměřuje na aktivaci pacientovy pozornosti z porušené části zorného pole. Trénink vnímání zorného pole lze rozšířit i o speciální přístroj (Elex). Pacient je sledováním a čtením běžícího textu na obrazovce monitoru nucen zapojit zrakové vnímání také na poškozené straně. Poruchy vnímání mohou nastat i v oblasti sluchu, chuti, čichu. Jako následek poškození mozku často nastane porucha paměti ve smyslu retrogradní amnézie, kdy si postižený nepamatuje různě dlouhý úsek svého života, od minut až po roky. Kvalitu života může výrazně omezovat porucha krátkodobé paměti – postižený si nepamatuje, co dělal před pár minutami. Velkým společenským problémem bývá možná porucha sociálního chování, kdy pacient ztrácí morální zábrany a nedodrжуje potřebu odstupu od ostatních osob. Opakovaně vyhledává pozornost ošetřujícího personálu voláním a křikem. Vyhledává úzký tělesný kontakt mnohdy společensky nepřijatelný. Poruchy afektu při slovním nebo tělesném kontaktu projevující se neadekvátním smíchem či pláčem bývají terapeuticky těžko ovlivnitelné. (Smrčka 2013, s. 81; Šamáková, 2011, s. 72)

Důležitým prvkem v terapii je vhodná motivace daného pacienta. Je nezbytné si stanovit lehce splnitelné cíle, postupy v terapii průběžně vyhodnocovat a určovat cíle nové. Nastavení nesplnitelných cílů v počátku léčby může vyústit v pocity beznaděje, marnosti a deprese. Motivačně působí zapojení rodinných příslušníků a předmětů

z domácího prostředí. V počátcích onemocnění má pacient natolik narušené myšlení a plánování, že se jeho potřeby spojují pouze s uspokojením základních pro život nezbytných činností – najíst se, napít, spát atd. Často myšlenky pacienta ustrnou na jedné konkrétní situaci, činnosti. Pacient není schopen plánovat a uspořádat si denní režim. Problémem může být změna prostředí a osob v jeho bezprostřední blízkosti. Narušená schopnost flexibility může způsobit odmítání spolupráce s novým terapeutem. Již od časných fází nemoci mohou pacienti trpět depresivními projevy a je vhodné okamžitě na ně reagovat nejen cílenou psychoterapeutickou léčbou, ale i podáním antidepressivních medikamentů. (Tomová, 2016, s. 101)

4.3 Možné sociální otázky plynoucí ze změněné životní situace pacienta a rodiny

Již od počátku vzniku onemocnění se pacient i jeho rodina potýkají se změněnou sociální situací, na kterou se v případě náhle vzniklého krvácení do mozku nelze připravit. Nejistotu a obavy prohlubuje fakt, že nelze zpočátku odhadnout, zda se jedná o problematiku dočasného či trvalého rázu. Narušená funkce rodiny s sebou přináší nutnost rychlé adaptace na změnu rolí v životě. Krizová situace může nastat, jestliže je postiženým žitel rodiny, dítě, matka samoživitelka. Ostatní členové rodiny přebírají jejich funkce a k náročné péči o ně musí zvládnout role nové. (Powell, 2010, s. 137)

Častokrát dochází k tomu, že se rodina izoluje od okolí a prohlubuje se míra její frustrace. Socioekonomický vliv nemoci se může projevit ztrátou zaměstnání. Někdy si změněný zdravotní stav vyžádá nutnost rekvalifikace a hledání nové pracovní pozice. To vše mnohdy vyústí k rozvoji depresivních stavů. Návratem do domácího prostředí rodina zjišťuje, že nejde o návrat k původnímu stavu, ale naopak se musí vyrovnat se zjištěnými omezeními. Ta mohou zhoršovat další průběh nemoci a rekonvalescence. Intervence sociálního pracovníka přispívají ke kvalitnější adaptaci celé rodiny na novou situaci již v průběhu hospitalizace pacienta. Existuje možnost požádat o invalidní důchod. Dále je možné dlouhodobé ošetrovné, což je peněžitá dávka z nemocenského pojištění poskytovaná ošetřující osobě. Ta musí písemně souhlasit s ošetrováním konkrétní osoby. Podmínkou je nutnost celodenní péče po dobu alespoň 30 dnů. Ošetřující osobou může být příbuzný, registrovaný partner nebo osoba žijící ve společné domácnosti, která má shodné místo trvalého bydliště. Po dobu ošetrování nesmí mít ošetřující osoba žádný

výdělek a je umožněno libovolné střídání osob v ošetřování. Sociální pracovník pomáhá pacientovi a příbuzným v orientaci při uplatnění celé škály dávek státní sociální podpory. Jedná se např. o příspěvky na zvláštní pomůcky k pohybu, přijímání stravy, hygieně, inkontinenci. Příspěvek na pořízení a provoz motorového vozidla, úpravu bytu. Patří sem i zajištění pobytu v ústavu sociální péče, případně domácí pečovatelské služby. Funkce sociální pomoci je hlavně poradenská a výchovná, má ukázat směr a možnosti zvládnutí péče o příbuzného i v domácím prostředí. Po vypracování plánu sociální podpory je nezbytná zpětná vazba zaměřená na efektivitu ve využívání poskytnutých zdrojů. Cílem je zmírnit dopad změněné životní situace na fungování rodiny a zabránit jejímu sociálnímu vyloučení ze společnosti, kterým je reálně v danou chvíli ohrožená. (Šamánková, 2011, s. 65; s. 66)

4.4 Současná situace v organizaci péče o pacienty s poškozením mozku

Pacienti trpící onemocněním mozku jsou obvykle hospitalizováni na neurochirurgických odděleních, multioborových jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačních lůžkách. Mohou být umístěni v traumacentrech a komplexních cerebrovaskulárních a iktových center. Následná péče o pacienty s poruchou vědomí je poskytována na odděleních chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP), dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), dlouhodobé intenzivní péče (DIP). Koncepce cerebrovaskulárních center počítá s péčí následnou, rehabilitační a je součástí třístupňového systému stanoveného věstníkem ministerstva zdravotnictví České republiky (Věstník 2/2010). (Cerebrum, 2013) Materiálně technická vybavenost, personální a organizační potenciál ukotvený ve standardech, je na vysoké úrovni v komplexních cerebrovaskulárních a iktových centrech. Pro následnou cerebrovaskulární péči mimo centra toto zajištění bohužel chybí. Systém různých úrovní péče, jaký je dostupný pacientovi po cévní mozkové příhodě, však chybí např. pro pacienty po poranění mozku. (Švestková, 2017, s. 305) Ti musí být bohužel častokrát následně hospitalizováni na odděleních dlouhodobě nemocných či standardních odděleních chirurgických bez poskytnutí adekvátní neurorehabilitační péče. Vysoké náklady spojené s poskytováním kvalitní přednemocniční a navazující akutní péči na intenzivních lůžkách nenacházejí odezvu ve výsledcích péče následné. Ta je častokrát podhodnocena a neumožňuje návrat pacienta do pracovního procesu a brání

samostatnému žití ve vlastní rodině. O potřebné návazné zdravotní a sociální péči mohou informovat, či do jisté míry zajišťovat, neziskové organizace. Ty však často fungují na dobrovolnické bázi, a i zde se projevuje jejich omezená kapacita v poskytování služeb. (Cerebrum, 2014, s. 16)

4.5 Edukační role sestry

Profese zdravotní sestry zahrnuje mnoho povinností, rolí, kompetencí. V současné době je kladena do popředí významná role edukační. Tu v podstatě zastává sestra v průběhu výkonu celé své pracovní činnosti. Edukační proces je uvědomělý, cíleně zaměřený. Jedná se vlastně o učení, vzdělávání, vysvětlování. Edukátor edukuje, edukant je objekt učení. Současný pokrok v medicíně, nové postupy, sofistikované technologie s sebou přináší zvýšené nároky na znalosti a kompetence sester. Zároveň nastává situace, kdy sestra, coby prostředník mezi světem medicíny a laikem v pozici pacienta či jeho rodinných příslušníků, slouží jako zdroj informací. Jsou kladeny vysoké nároky na její teoretické znalosti, praktické dovednosti, komunikační schopnosti verbální i neverbální, projevy empatie a snahy pomáhat. Aktivně vyhledávat oblasti, ve kterých lze uplatnit edukační proces a vhodná motivace edukanta ke spolupráci, je nedílnou součástí práce každé sestry. Velmi důležitým cílem edukace je získat pacienta a jeho blízké k aktivní účasti na procesu léčby. Je potřebné učinit je spoluodpovědnými za své zdraví a průběh léčení. (Tomová, 2016, s. 118)

Edukace se týká prevence, procesu léčby, ale i mírnění následků poruch neodstranitelných. Narušení smyslových a mentálních funkcí u pacientů po proběhlém krvácení do mozku tvoří edukační bariéru. Na základě individuální diagnostiky sestra přizpůsobí rozsah a formu sdělení. V žádném případě se však nesmí stát, že je pacient z procesu edukace vyloučený pro svoje omezení ve smyslovém a mentálním vnímání. Obtížná role sestry při práci s tímto typem pacientů spočívá ve vyhodnocení jejich momentálního stavu a určení způsobu a obsahu sdělení. Vypjatá emoční situace vyplývající z náhlé změny zdravotního stavu často až vylučuje spolupráci rodinných příslušníků na péči o pacienta. Trpělivým a empatickým přístupem získáváme důvěru rodinných příslušníků a snažíme se je co nejvíce aktivizovat. S tím souvisí správné načasování edukace. Zklidněný a o zdravotním stavu informovaný pacient či rodinný příslušník se lépe zapojí do procesu edukace. Naopak neklidný, bolestí trpící a unavený

pacient bude hůře spolupracovat nebo odmítat účast na procesu úplně. Je výhodou používání edukační dokumentace např. ve formě edukačních standardů. Vhodně zvolené edukační letáky, brožury, tiskopisy doplňují mluvené slovo edukátora. Pomáhají nasměrovat příbuzné na relevantní zdroje informací. Zároveň je nutné respektovat individuální zkušenosti a představy pacienta a příbuzných o léčebném procesu. (Gurková, 2017, s. 9)

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Formulace problému

Péče o pacienty s krvácením do mozku musí být vždy komplexní a poskytovaná na vysoce odborné úrovni. Špičková přednemocniční péče a perfektně provedená operace mozku s použitím nejmodernější technologie ještě pacientovi nezaručí úspěšný návrat ke svým původním životním rolím. Každá oblast péče věnovaná lidem s poškozením mozku má nezastupitelnou roli. Jak péče intenzivní, na které přímo závisí život pacienta, tak následná neurorehabilitace, logopedie, ergoterapie apod. Vzniklý psychický či fyzický deficit jako následek poškození mozku je řešen multidisciplinárním týmem zdravotníků, a neméně důležitou roli v něm hraje i rodina a nejbližší okolí samotného pacienta, a to jak v průběhu hospitalizace, tak následně v domácím prostředí. (Lippertová-Grünerová, 2013, s. 6)

Zejména proto je praktická část práce zaměřená na sledování přístupu rodiny a osob blízkých k pacientovi. Velká pozornost je věnovaná hlavně jejímu aktivnímu podílu na péči o pacienta, její ochotě ke spolupráci a reakcím na změněný vzhled pacienta. Reakce blízkých mohou být negativně ovlivněny i specifickým prostředím JIP zahrnujícím velké množství přístrojů, zvukové alarmy a omezený prostor. Nepříznivě mohou působit i projevy pacienta plynoucí z podstaty onemocnění mozku, jako je např. zmatenost, agresivita, psychomotorický neklid, hlasité slovní projevy, nevhodné chování a mnoho dalších. (Powell, 2010, s. 93) Doba strávená rodinou u jeho lůžka byla další oblastí pozorování. Následným porovnáním reakcí rodinných příslušníků na vzhled pacienta a prostředí nemocničního pokoje s délkou návštěvy se pokusíme zjistit, zda spolu souvisí. Zajímá nás, jestli negativně reagující rodinný příslušníci tráví kratší dobu u lůžka svého příbuzného. Jednou z pozorovaných oblastí byl i fakt, nakolik rodina považuje informace sdělené lékařem za dostačující a zda vyžaduje informace doplňující. V poslední části pozorování jsme se zaměřili na aktivní projevy zájmu rodiny o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku.

Kvalitativním výzkumným šetřením, jehož metodou bylo skryté pozorování a následnou analýzou takto získaných dat o chování a aktivitě rodinných příslušníků lze vyhodnotit oblasti, které poslouží k tvorbě edukačního materiálu. Ten by mohl rodině pomoci v adaptaci na nenadálou situaci a zvýšit míru jejího zapojení do péče o blízkého již v průběhu hospitalizace na jednotce intenzivní péče a následně v domácím prostředí.

Takovýto podpůrný materiál navíc v současnosti zcela chybí a adaptace rodiny a nejbližších je tak o to těžší. (Walker, 2013, s. 67)

5.2 Cíle výzkumného šetření

CÍL č. 1

Analyzovat přístup rodiny a způsob jejího zapojení do péče o pacienta s krvácením do mozku.

Výzkumné otázky:

1. Ovlivní charakter závažnosti vzhledu hospitalizovaného pacienta délku návštěvy?
2. Jakým způsobem projevují blízcí zájem o stav pacienta během návštěvy?
3. Jakým způsobem se rodina aktivně zapojuje do péče o pacienta?
4. Jsou informace o zdravotním stavu pacienta podané lékařem rodinou vnímány jako dostačující?
5. V jakých oblastech se rodina aktivně zajímá o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku?

CÍL č.2

Na podkladě analýzy získaných dat sestavení vhodného edukačního materiálu, který usnadní rodině péči o pacienta s krvácením do mozku již v průběhu hospitalizace a následnou péči v domácím prostředí.

5.3 Metoda výzkumu

Pro realizaci praktické části diplomové práce jsme použili metodu skrytého pozorování, které probíhalo bez vědomí rodinných příslušníků a pacienta. Šetření však bylo schváleno vedením organizace a vzhledem k jeho anonymitě se probandů nikterak nedotklo, ani nezasáhlo do průběhu jejich návštěvy ve zdravotnickém zařízení. Rodinné příslušníky pacientů jsme doprovázeli v průběhu celé návštěvy a veškerou aktivitu ve snaze o péči, zapojení se do ní či získávání informací jsme ponechali na nich. Tato metoda byla zvolena záměrně, aby nedošlo k nežádoucímu ovlivnění chování návštěvy ze strany

zdravotníků, a tím nebyla zkrslena získávaná data. Byl zohledněn také fakt, že se jedná o velice náročné období a zvolená metoda eliminuje další zátěž, a to nejenom psychickou. Kvalitativní výzkum je naturalistický a zkoumané oblasti se v něm reálně vyskytují. Kvalita získaných dat je silně ovlivněná vzájemným vztahem výzkumníka a zkoumaných osob. Z definovaných rolí výzkumníka (cizinec, návštěvník, zasvěcený, domorodec), jsme se identifikovali s rolí domorodce. (Švaříček, 2014, s. 76) Uvědomujeme si i uváděné vysoké nároky spojené s touto rolí, a to ve smyslu možného nedostatečného odstupu a omezené schopnosti vnímat věci ne jako dané a samozřejmé. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na přiznání významu lidského prožitku. Především se jedná o jeho podstatu a komplexnost, které můžou být předmětem jejich popisu. (Frei, 2016b, s. 55)

Záměrně jsme zamítli formu kvantitativního výzkumného šetření prostřednictvím dotazníku, který by pro naše potřeby zcela zbytečně rodiny pacientů zatěžoval. Zároveň jsme předpokládali malou návratnost možného dotazníkového šetření právě z uvedených důvodů. Možnost provedení rozhovoru také nepovažujeme za vhodnou a zbytečně traumatizující.

Nejdříve byly stanoveny cíle pozorování a s tím související výzkumné otázky. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici (FN) Plzeň na jednotce intenzivní péče neurochirurgické kliniky v období od února do srpna 2018. Dlouhé období pozorování bylo určeno především s ohledem na povahu problematiky a získání co největšího vzorku respondentů. Byl udělen souhlas manažerkou FN pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků viz příloha A. S výzkumným šetřením souhlasilo také vedení neurochirurgické kliniky FN Plzeň viz příloha B.

K zajištění objektivizace, sjednocení a optimální analýzy dat byl sestaven pozorovací arch s jasně danými parametry pozorovaných jevů, situací apod. Pozorovací arch obsahuje šest oblastí rozdělených na dva okruhy. V prvním okruhu jsme se zaměřili na délku návštěv, reakci příbuzných a blízkých na celkový vzhled a okolí pacienta, zajímal nás aktivní přístup rodiny k péči o pacienta. Sledovali jsme také vlastní chování rodiny, její ochotu k vykonávání konkrétních činností u pacienta. Jednou z pozorovaných oblastí bylo i následné vyžadování doplňujících informací týkajících se pacienta rodinou po konzultaci s lékařem. Druhý okruh se týkal aktivního zájmu rodiny o specifickou povahu onemocnění a její povědomí o možnosti získat kontakt na další odbornou péči viz příloha C. Právě tyto oblasti považujeme za zcela zásadní a zjištěné skutečnosti

korespondují s údaji potřebnými k tvorbě edukačního materiálu. Po proběhlém pozorování byl proveden zápis do námi vytvořeného pozorovacího archu. (Walker, 2013, s. 49) Získaná data byla následně zakódována a dále analyzována. V rámci zajištění vyšší spolehlivosti výzkumu bylo použito opětovné kódování dat. Po jejich vyhodnocení byla data ztvárněna prostřednictvím grafů a tabulek v programu Microsoft Excel. Některé údaje byly pro lepší přehlednost zařazeny do specifických kategorií. Součástí všech grafů a tabulek jsou jejich legendy a podrobný popis s vysvětlením zpracovány v programu Microsoft Word. V kapitole týkající se interpretace dat se snažíme graficky znázorněná data doplnit přepisem vlastních poznámek týkajících se jednotlivých oblastí. Ve vytvořených kontingenčních tabulkách byly provedeny testy nezávislosti (χ^2 -test). Zjištěním očekávaných a absolutních četností a výpočtu jejich rozdílu bylo stanoveno testové kritérium. Jeho hodnota odpovídá součtu výsledných hodnot. Pro další postup bylo nutné vypočítat stupeň volnosti. Tato hodnota nám vypovídá o velikosti tabulky. Určili jsme si hladinu významnosti testu. Prostřednictvím funkce chí-kvadrát v programu Microsoft Excel byla vypočítána kritická hodnota. Její porovnání s testovým kritériem nám určí vzájemnou souvislost hodnot v tabulkách. (Hendl, 2016, s. 156)

Otázka objektivity je ve kvalitativním výzkumu velice diskutabilní. Existují daná kritéria, která mohou zajistit validitu výzkumného šetření. (Švaříček, 2014, s. 31) Důvěryhodnost, potvrditelnost a autenticita získaných dat nám určují vnitřní validitu. Ke zvýšení vnitřní validity výzkumu jsme použili některé základní techniky sloužící k tomuto účelu. Jedná se o použití už výše zmiňovaného pozorovacího archu, který kromě jasně daných okruhů a oblastí pozorování obsahuje doplňující informace týkající se např. osobního vztahu blízkých k osobě pacienta, náš subjektivní názor na efektivnost proběhlé návštěvy pro pacienta, konkrétní činnosti, které rodina u pacienta vykonává či odmítá vykonávat. Další technikou, kterou jsme se snažili podpořit důvěryhodnost výzkumu, je výběr výzkumníků. Jedná se o sestry pracující na neurochirurgické klinice FN Plzeň. Všechny sestry účastníci se výzkumu měly zkušenost v práci s tímto typem pacientů zajištěnou minimálně dvouletou praxí na tomto oddělení a byly proškoleny v souvislosti s prováděným šetřením. Kritérium dvou let praxe pro zařazení do výzkumného šetření pro naše potřeby nevypovídá o době nutné pro dostatečnou erudici v oboru. Spíše vycházelo z aktuálního složení týmu sester na JIP a bylo námi považováno za dostatečné. Byla nutná spolupráce s ostatními členy ošetrovatelského týmu, právě s ohledem na možné ovlivnění průběhu návštěvy rodinných příslušníků a procesu vlastního

pozorování. Výběr prostředí jednotky intenzivní péče korespondoval s naším přímým vztahem k danému pracovišti a vnímáním potřeby věnovat se právě této problematice zahrnující neexistenci edukačního materiálu pro námi zvolenou cílovou skupinu. Po vytvoření edukačního materiálu a eventuálních úpravách doporučených státnicovou komisí u obhajoby diplomové práce využijeme techniku audit kolegů, kdy požádáme vrchní sestru neurochirurgické kliniky a sestry pracující na JIP o jejich názor na vytvořený edukační materiál. Zjištěné skutečnosti využijeme k jeho rozšíření a doplnění.

O vnější validitě výzkumu vypovídá jeho přenositelnost a aplikovatelnost. (Švaříček, 2014, s. 36) V rámci kvalitativního výzkumu se zvažuje, za jakých podmínek lze závěry daného výzkumného šetření použít i na jiné skupiny lidí, v našem případě kliniky, zdravotnická zařízení. Nutno podotknout, že naším cílem bylo od počátku zaměřeno na blízké pacientů s konkrétní diagnózou krvácení do mozku hospitalizovaných právě na neurochirurgické JIP FN Plzeň. Výsledným edukačním materiálem pak následně ovlivnit jejich chování vedoucí ke zkvalitnění života pacienta. Přenositelnost a aplikovatelnost námi zjištěných výsledů výzkumného šetření ztvárněných v edukačním materiálu je proto malá, právě s ohledem na její konkrétní zaměření. Jedním z kritérií kvalitativního výzkumu je i jeho spolehlivost, která však na rozdíl od výzkumu kvantitativního bývá nízká. Dá se říct, že závisí na osobě výzkumníka. Ten může přikládat stejným výsledkům různou váhu, a může interpretovat stejná data z jiného úhlu pohledu. (Švaříček, 2014, s. 39) Naším záměrem bylo pracovat s daty zjištěnými výzkumem a uvědomujeme si, že není přípustné si některá fakta domýšlet. K zajištění spolehlivosti výzkumného šetření bylo použito již zmiňované opětovné kódování dat.

5.4 Popis vzorku respondentů

Pro potřeby našeho pozorování byla z celé škály diagnóz, vyskytujících se na neurochirurgické jednotce intenzivní péče, vybrána skupina pacientů s krvácením do mozku. Záměrně nebylo specifikováno, zda se jedná o krvácení původu spontánního nebo úrazového. Především proto, že výsledná symptomatologie je téměř totožná a nám to umožnilo pozorovat větší skupinu respondentů. Skupina pacientů například s nádorem mozkové tkáně má taktéž podobné symptomy. Ovšem z drtivé většiny se jedná o plánované přijetí do nemocničního zařízení. Diagnóza jim byla sdělena již dny, týdny,

před nástupem k hospitalizaci a měli čas se „připravit – informovat“. Rodina této skupiny pacientů je obvykle spolupracující a aktivní v péči. Předpokládáme však, že výsledný edukační materiál může být přínosem i pro tuhle skupinu pacientů a jejich blízké. Byli zařazeni i pacienti s diagnózou nádor mozku, přijímání akutně, kdy jako první projev nemoci bylo krvácení do tumoru.

Po stanovení základní diagnózy určující výběr vzorku rodinných příslušníků bylo určeno další kritérium. Z pozorování byla vyloučena první návštěva u akutně přijímaného pacienta. Jedná se totiž o velice emotivní okamžik a prakticky vždy bývá z různých důvodů omezena časově ze strany personálu. Z našeho pohledu by tak došlo k ovlivnění a hrubému zkreslení výsledků. Z totožného důvodu jsme vyřadili skupinu pacientů bez neurologického deficitu po prodělaném krvácení do mozku. Taktéž jsme do pozorování nezařadili rodinné příslušníky, kterým byl průběh návštěvy přerušen z provozních, technických a některých dalších jimi neovlivněných důvodů. Záměrně jsme do výzkumného šetření zařadili nejbližší příbuzné a blízké. Důvodem byl alespoň předpoklad z naší strany, že se budou nějakým způsobem podílet na péči o pacienta v domácím prostředí. Nebylo to ale striktně dané jako podmínka pro zařazení. Brali jsme v úvahu fakt, že rozhodnutí pečovat o příbuzného s neurologickým deficitem je velice obtížné a vyžaduje delší čas na zvažování této možnosti. Do pozorování nebyli zařazeni přátelé, kolegové z práce, známí. Vzhledem k omezeným prostorovým možnostem neurochirurgické JIP zahrnovala každá návštěva rodiny maximálně dvě osoby.

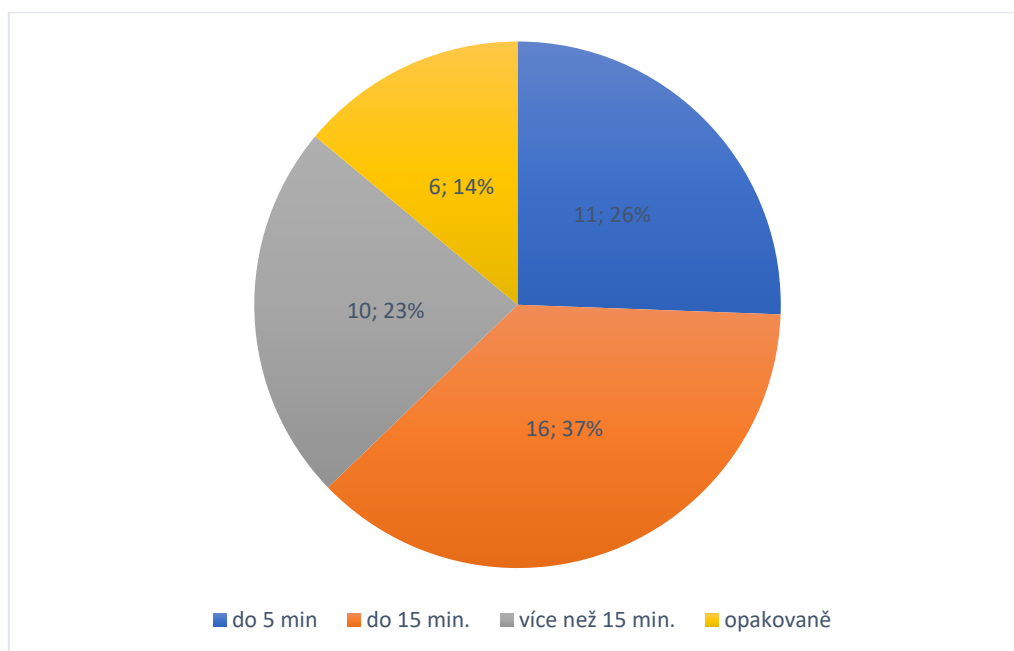
Dlouhé časové období určené pro sběr informací (únor až srpen 2018) bylo zvoleno záměrně. Bohužel z povahy onemocnění plyne fakt, že se jedná častokrát o nemocné závislé na alkoholu, drogách, nemocné bez domova, a tudíž i bez rodiny.

Do prováděného výzkumného šetření se podařilo zařadit celkem 43 respondentů, a to zejména s ohledem na výše zmíněné. Pozorování se nám podařilo uskutečnit zcela anonymně – včetně analýzy a vyhodnocení dat. (Walker, 2013, s. 30)

6 ANALÝZA A PREZENTACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

Následující graf 1, který zobrazuje délku návštěvy, považujeme za důležitý právě s ohledem na zjištění nejčastější doby strávené rodinou u lůžka pacienta. Výsledná doba nám může sloužit k tvorbě edukačního materiálu. Určí nám časovou jednotku, se kterou může sestra počítat při plánování vhodných aktivit.

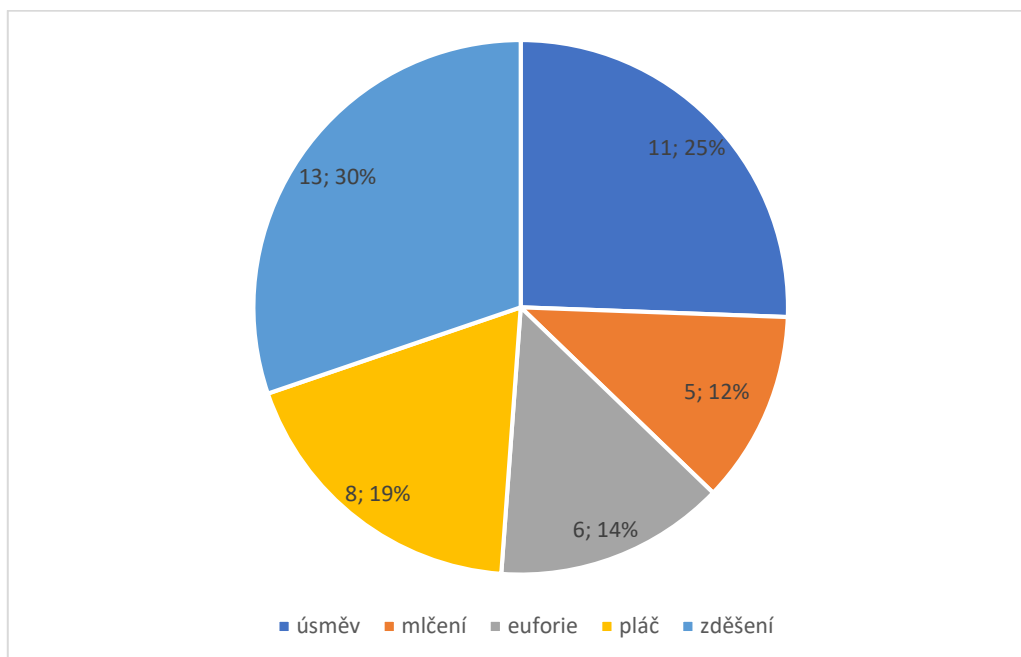
Graf 1, Délka návštěvy



Graf 1 ukazuje dobu strávenou jednotlivými rodinnými příslušníky u lůžka pacienta. Výsledná délka návštěvy je rozdělená do čtyř časových intervalů. V prvním intervalu do 5 minut bylo pozorováním zařazeno 11 rodin (26 %). Nejvyšší počet rodin absolvovalo návštěvu do 15 minut a to celkem 16 (37 %). Více než 15 minut se zdrželo na návštěvě 10 rodin (23 %). Nejmenší zastoupení má 6 rodin (14 %), které přišly na návštěvu opakovaně v průběhu jednoho dne, a časová dotace tak rovněž překročila v součtu vždy 15 minut.

Za důležitý moment průběhu návštěvy rodiny a jejího přínosu pro pacienta považujeme první reakci rodinných příslušníků právě na vzhled pacienta a prostředí samotné neurochirurgické JIP. Převládající reakce jsme rozdělili do pěti kategorií zobrazených grafem 2.

Graf 2, Reakce rodiny na vzhled pacienta



Graf 2 znázorňuje konkrétní reakce rodinných příslušníků na vzhled pacienta při jejich vstupu do nemocničního pokoje. Jednalo se o převažující reakci patrnou na mimice obličeje a postoji rodinných příslušníků. Nejvyšším počtem 13 (30 %) byla výzkumným šetřením zjištěna reakce námi označená jako zděšení. Na druhé místo jsme na základě pozorování zařadili úsměv a projevy radosti ze spatření pacienta rodinou. Tomuto typu projevu odpovídalo 11 rodin (25 %). Celkem 8 rodin (19 %) reagovalo pláčem, mnohdy trvajícím celou dobu strávenou u lůžka. Šest rodin (14 %) vykazovalo známky neadekvátní euforie, která nesouvisela s danou situací a byla pacientem při vědomí vnímána negativně. Do kategorie nazvané mlčení jsme zařadili 5 rodin (12 %). U této skupiny rodin nebylo možné odhadnout jejich pocity a pouze mlčeli.

Zjištěné údaje, které jsme vyjádřili grafem 1 a 2 slouží k následnému porovnání a zjištění možné závislosti zkoumaných jevů. Vyjádřili jsme je prostřednictvím tabulky 1 a následně v procentuálních hodnotách v tabulce 2.

Tabulka 1, Porovnání reakce rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

	pozitivní	neutrální	negativní	CELKEM
do 5 min.	0	1	10	11
do 15 min.	1	6	9	16
více než 15 min.	5	4	1	10
opakovaně	5	0	1	6
CELKEM	11	11	21	

Tabulka 1 přehledně zobrazuje reakce rodiny na celkový vzhled pacienta a vztah této reakce na délku jejich návštěvy. V rámci pozorování byly porovnávány reakce rodiny rozdělené do tří skupin, které jsme pojmenovali: pozitivní, neutrální a negativní. Jako pozitivní reakci jsme určili úsměv a radostný výraz ve tváři. Z celkového počtu 43 pozorování pozitivně reagovalo 11 rodin. Neutrální reakce nám zastupuje mlčení a projevy neadekvátní euforie, která neodpovídala dané situaci. Nebylo možné jí označit za projev velké radosti. Tuhle skupinu reprezentuje 11 rodin. Jednoznačně negativním projevem označujeme pláč a zděšení patrné na mimických projevech v obličeji, zaražení v chůzi, přikrytí úst rukama. S velkým rozdílem tento typ reakce počtem 21 rodin převažuje. Následující tabulka nám vyjadřuje procentuální zastoupení jednotlivých údajů z tabulky 1.

Tabulka 2, Procentuální vyjádření porovnání reakce rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

	pozitivní	neutrální	negativní	CELKEM
do 5 min.	0 %	9,09 %	47,62 %	25,58 %
do 15 min.	9,09 %	54,55 %	42,86 %	37,21 %
více než 15 min.	45,45 %	36,36 %	4,76 %	23,26 %
opakovaně	45,45 %	0 %	4,76 %	13,95 %
CELKEM	25,58 %	25,58 %	48,84 %	

Výsledné hodnoty pozorovaných jevů nám poslouží k provedení testů nezávislosti a vymezení jejich vzájemných vztahů. Zajímá nás, jestli je délka návštěvy rodinných příslušníků u lůžka pacienta ovlivněná jejich první reakcí na celkový vzhled pacienta a jeho okolí? Délku návštěvy jsme rozdělili na dvě kategorie. První zahrnuje interval do 15 min. a druhá interval více než 15 min.

Tabulka 3, Pozorované četnosti reakcí rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

Pozorované četnosti	pozitivní	neutrální	negativní	CELKEM
do 15 min.	1	7	19	27
více než 15 min.	10	4	2	16
CELKEM	11	11	21	43

Tabulka 3 nám popisuje hodnoty četností námi pozorovaných jevů. Pozitivně reagovalo celkem 11 ze 43 rodin, z toho 1 se rodina zdržela do 15 min. a 10 rodin více než 15 min. Neutrálně reagovalo také 11 rodin, z toho 7 rodin se zdrželo do 15 min. a 4 rodiny více než 15 min. Negativní reakce byla pozorována u 21 rodin, kdy 19 z nich se zdrželo u svého blízkého do 15 min. a 2 více než 15 min. Následující tabulka 4 vyjadřuje výsledné hodnoty očekávaných četností z námi pozorovaných dat.

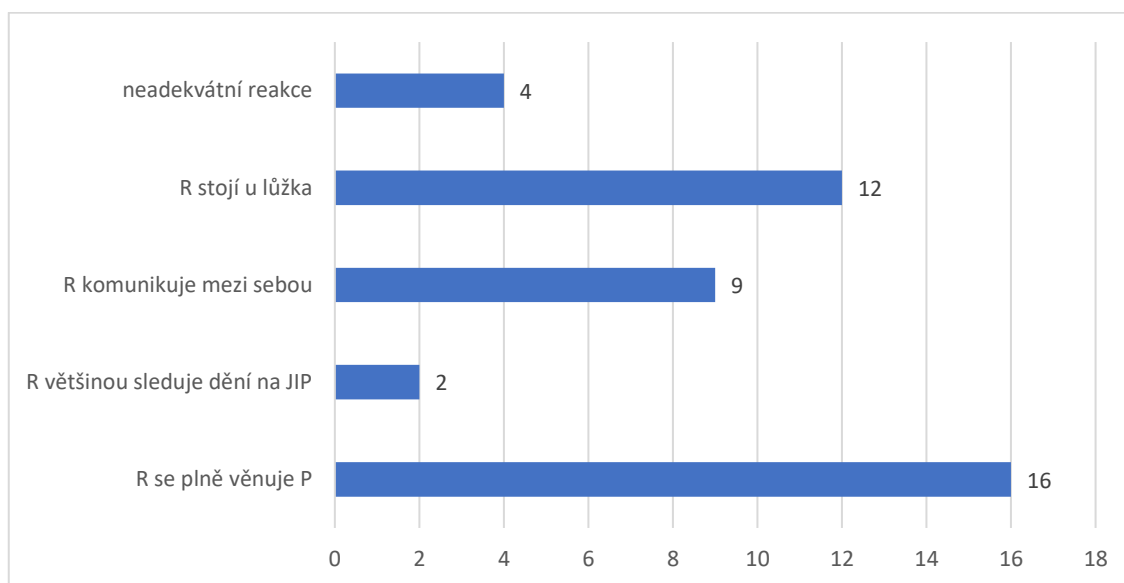
Tabulka 4, Očekávané četnosti reakcí rodiny na vzhled pacienta a délky návštěvy

Očekávané četnosti	pozitivní	neutrální	negativní	CELKEM
do 15 min.	6,91	6,91	13,19	27
více než 15 min.	4,09	4,09	7,81	16
CELKEM	11	11	21	43

Následujícím statistickým testováním byly zjištěné hodnoty testového kritéria 20,47. Sloužil nám k tomu výpočet rozdílu mezi očekávanými a skutečnými četnostmi. Výpočet byl proveden pomocí vzorce $(n_{11}-o_{11})^2/o_{11}$. Bylo nutné vypočítat stupeň volnosti. Tato hodnota nám vypovídá o velikosti tabulky a byla zjištěna hodnota 2. Hladina významnosti α byla námi stanovená na 5 %. Kritická hodnota byla vypočítaná v programu Excel pomocí vzorce funkce = CHISQ.INV.RT (hladina významnosti; stupeň volnosti). Byla zjištěna kritická hodnota 5,99. Z uvedených hodnot plyne, že hodnota testového kritéria je větší než kritická hodnota. To znamená, že zkoumané hodnoty spolu souvisí.

Údaje zobrazené v následujícím grafu 3 vypovídají o typech chování rodinných příslušníků v průběhu návštěvy. Považujeme je za důležité pro zjištění převažujícího typu chování, které může mít ve výsledku vliv na uspokojování potřeb pacienta a následnou kvalitu jeho života.

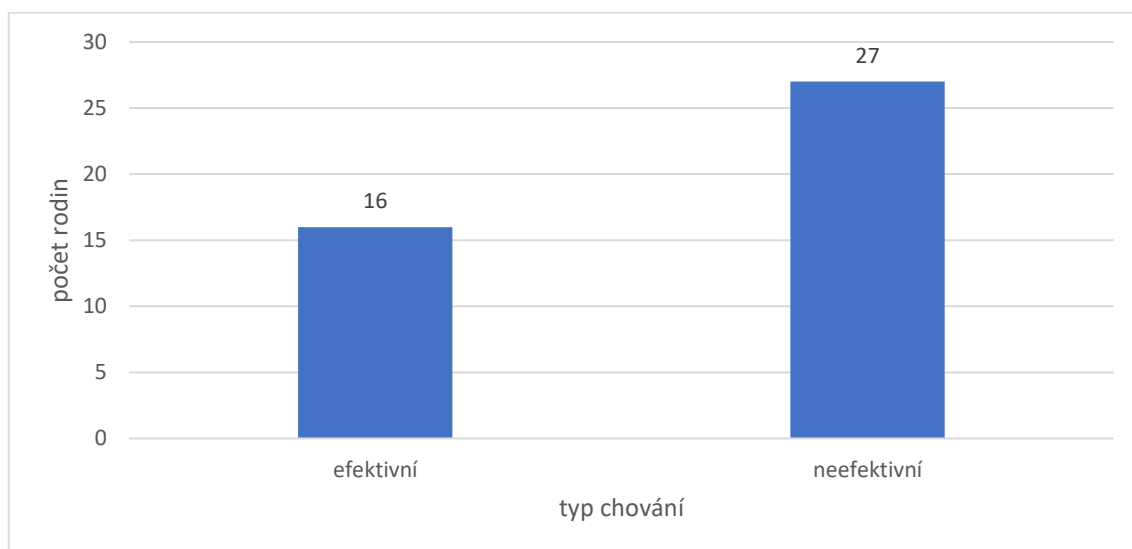
Graf 3, Jednotlivé typy chování rodiny v průběhu návštěv



Graf 3 nám zobrazuje jednotlivé typy chování rodiny, které jsme rozčlenili na několik oblastí. Dle převažujícího typu chování jsme na základě pozorování zařadili do první oblasti, kdy se rodina pacientovi plně věnovala, či zaměřovala pozornost většinou na pacienta, celkem 16 rodin z celkového počtu 43 rodin (37 %). U 2 rodin (5 %) jsme pozorováním zjistili, že se převážnou část návštěvní doby věnovaly sledování dění na JIP. Na pacienta promluvily většinou málo a prakticky se mu nevěnovaly. Komunikací mezi sebou strávilo návštěvu u pacienta dohromady 9 rodin (21 %). Nedošlo k zapojování pacienta do konverzace. Velká část rodin, celkem 12 (28 %), pouze stála u lůžka a nekomunikovala s pacientem. U 4 rodin (9 %) se vyskytla neadekvátní reakce ve smyslu agrese vůči pacientovi, personálu, obviňování sebe či jiné osoby. Zjištěné typy chování mohou mít přímý vliv na průběh pacientovy nemoci a ve výsledku ovlivňovat kvalitu jeho života.

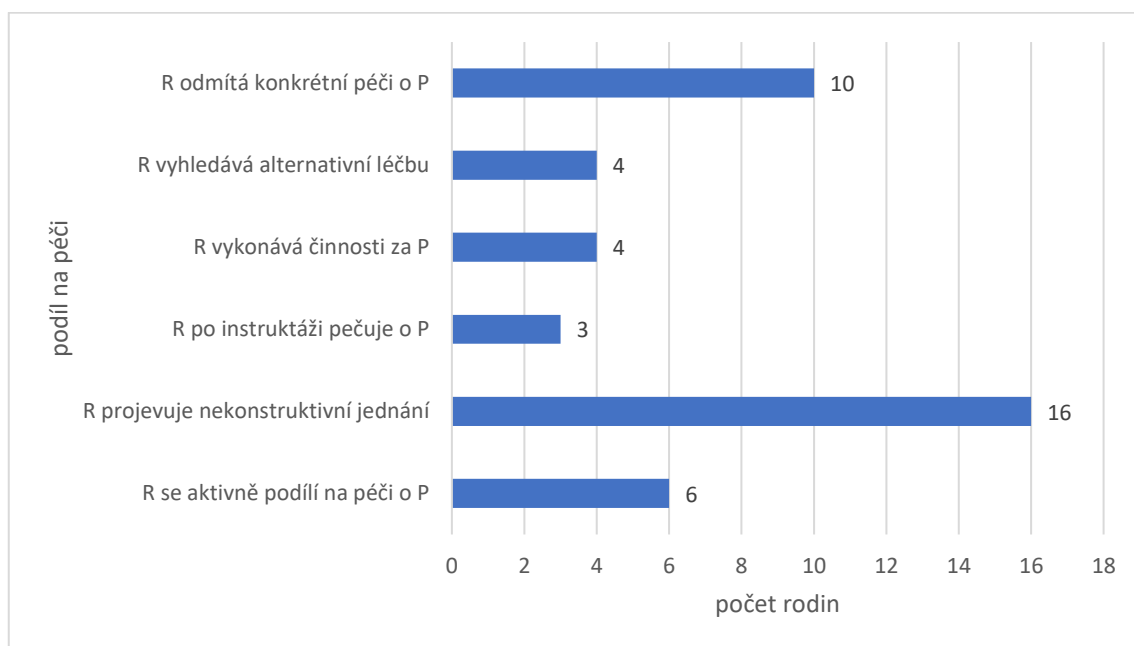
Chování rodiny a blízkých jsme v následujícím grafu 4 rozdělili na dvě oblasti. První zahrnují ty, co jsou z našeho pohledu pro pacienta přínosné a druhé, které jsou pro něj neefektivní.

Graf 4, Chování rodiny v průběhu návštěvy



Graf 4 nám přehledně znázorňuje chování rodiny v průběhu návštěvy a její zájem o stav pacienta. Z důvodu přehlednosti jsme projevy chování rozdělili na efektivní, které mohou znamenat pro pacienta určitý přínos. Počtem 16 (37 %) rodin jsme sem zařadili rodiny, které se pacientovi plně věnovaly větší část doby strávené u lůžka. Druhou skupinu 27 rodin (63 %) tvoří z našeho pohledu neefektivní chování rodinných příslušníků. Jako neefektivní jsme vyhodnotili chování, kdy rodina větší část návštěvy, někdy celou, strávila sledováním okolí a dění na JIP, pacientovi se nevěnovala. Tento typ chování jsme pozorovali u 2 rodin (5 %). Celkem 9 rodin (21 %) strávilo návštěvu komunikací mezi sebou, pacienta do konverzace nezapojovaly. Některé rodiny celou svoji přítomnost u lůžka strávili mlčením, nekomunikovaly. Celkem jsme zaznamenali 12 rodin (28 %) tohoto typu chování. U 4 rodin (9 %) se vyskytly projevy neadekvátní reakce ve smyslu agrese vůči personálu, pacientovi, obviňování sebe, jiné osoby nebo personálu.

Graf 5, Podíl rodiny na péči o pacienta

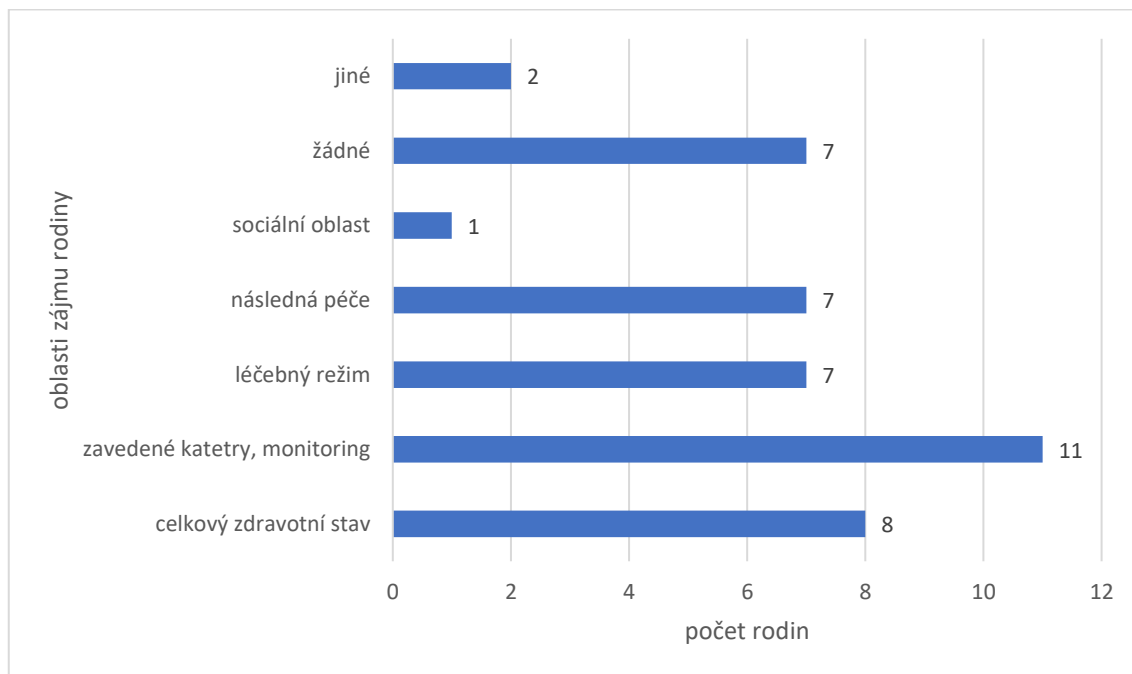


Graf 5 nám ukazuje, jaký konkrétní podíl rodiny na péči o pacienta jsme v průběhu pozorování zjistili. Rozdělili jsme si je na šest oblastí a zařadili každou rodinu do jedné z nich. Těchto šest oblastí bylo zvoleno z důvodu výskytu námi předpokládaných typů chování. Byl dán prostor pro vytvoření i dalších možností a zvolena oblast jiné. Zvolených šest oblastí stačilo na zařazení všech rodinných příslušníků. Vždy se jednalo o typ projevu převažující v daném časovém úseku. Rodiny, které se aktivně podílely na péči o pacienta a nevyhýbaly se prakticky žádné činnosti potřebné v danou chvíli, byly zastoupené počtem 6 z celkového počtu 43 rodin (14 %). Největší zastoupení má skupina rodin vyjadřujících nekonstruktivní myšlenky, a to 16 rodin z celkového počtu 43 (37 %). Rodiny slovně naznačily svůj strach z možného poškození pacienta svojí aktivitou, odvolávaly se na vlastní neznalost problematiky. U tří rodin (7 %) se po velice krátké instruktáži povedlo přimět rodinu k péči o pacienta. Celkem 4 rodiny (9 %) pochopily svojí roli v péči o příbuzného tak, že za něj vykonávaly prakticky všechny činnosti. Převažující podíl na péči ve smyslu aplikování alternativního přístupu se podařilo pozorováním identifikovat u 4 rodin (9 %). Dle grafu 5 je jasné patrné i druhé největší zastoupení rodin, které se přímo odmítly podílet na péči o pacienta v konkrétních činnostech, a to celkem 10 rodin (23 %).

Pro potřeby tvorby edukačního materiálu, který jsme si stanovili jako druhý cíl diplomové práce, považujeme za nutné zmapovat oblasti, ve kterých rodinní příslušníci

vyžadují doplňující informace poté, co proběhl jejich rozhovor s lékařem. K tomu nám slouží graf 6.

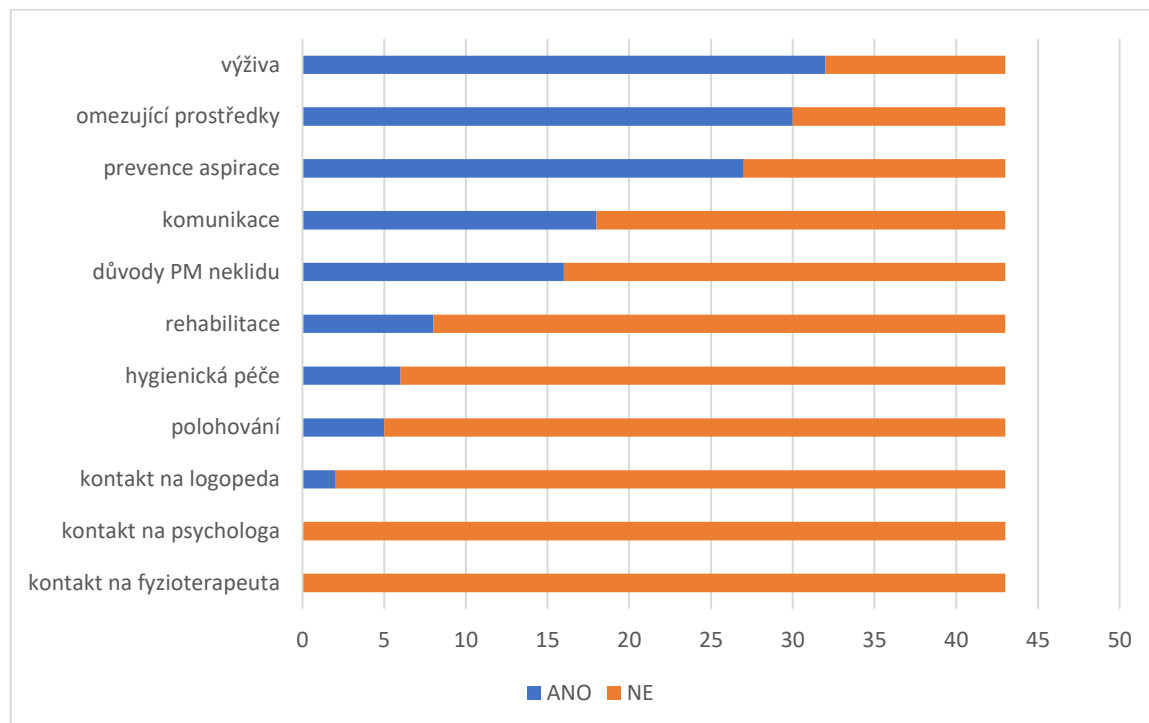
Graf 6, Informace vyžadované rodinou po konzultaci s lékařem



Graf 6 nám znázorňuje oblasti, ve kterých vyžaduje rodina doplňující informace po konzultaci s lékařem. Rozdělili jsme si je na sedm částí. Vzhledem k tomu, že se některé rodiny zajímaly o více oblastí zároveň, do grafické podoby jsme znázornili oblast dominantní jejich zájmu. Z pozorování byla vyloučena první konzultace rodiny s lékařem, právě s ohledem na silné emotivní projevy doprovázející tento okamžik. Rodina se v ten moment zaměřuje pouze na sdělení týkající se přežití pacienta. Samotný fakt, že jejich blízký bude žít, považují za dostačující. Pouze v 7 (16 %) případech jsme se setkali s tím, že rodina nevyžadovala informace žádné, a sdělení lékaře považovala za dostatečné. Tento jev jsme pozorovali po našem předchozím dotazu na úplnost lékařem poskytnutých informací. Do oblasti označené jako „jiné“ jsme zařadili dvě rodiny (5 %). V jedné z nich se jednalo o rodinu, která vyžadovala informace ohledně osobních věcí pacienta a dožadovala se vydání cenností, které patřily pacientovi. Ve druhém případě se rodina zajímala o postup policie při vyšetřování trestného činu spáchaném na pacientovi. V obou dvou případech se jednalo prakticky o jedinou oblast zájmu ze strany rodinných příslušníků. Pouze jedna rodina projevila zájem o oblast týkající se sociální problematiky. Další nevýrazné rozdíly v počtu zaznamenala oblast týkající se následné péče 7 (16 %),

léčebného režimu 7 (16 %), zavedených katetrů a monitoringu 11 (26 %), a celkového zdravotního stavu 8 (19 %).

Graf 7, Aktivní zájem rodiny o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku



Graf 7 ukazuje oblasti, ve kterých se rodina aktivně zajímá o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku. Tato část pozorování vypovídá nejen o vlastním provádění uvedených činností rodinou, ale i o náznaku zájmu (dotazem) o tyto specifické aktivity. Z našeho pohledu tvoří námi zvolených 11 aspektů péče o takto nemocné lidi jádro veškerého snažení celého ošetrovatelského týmu. Výsledkem našeho výzkumného šetření byl fakt, že nikdo z rodinných příslušníků neprojevil zájem o kontakt na fyzioterapeuta a psychologa, pouze dva vyjádřili přání setkat se s logopedem. Tento z našeho pohledu velmi nepříznivý fakt vypovídá o nutnosti a potřebě specificky zaměřeného edukačního materiálu přizpůsobeného chodu neurochirurgické JIP. Graf 7 nám vzestupně zobrazuje jednotlivé oblasti, kde byl zájem rodiny o danou problematiku projeven. Celkem 5 rodin (12 %) se buď podílelo nebo projevilo zájem o polohování pacienta. Hygienickou péči, i třeba v malém rozsahu, vykonávalo celkem 6 rodin (14 %). Na rehabilitaci se podílelo, či projevilo zájem, celkem 8 rodin (19 %). Důvody psychomotorického neklidu a změněný psychický stav chápalo 16 rodin (37 %). Aktivní snahu o nalezení vhodných způsobů komunikace projevilo dohromady 18 rodin (42 %). Rodin aktivně působících v rámci prevence aspirace bylo 27 (63 %). Souhlas

s používáním omezujících prostředků vyjádřilo 30 rodin (70 %). Nejvíce zájmu rodiny projevíly o výživový léčebný režim, a to počtem 32 (74 %). Čtyři rodiny neprojevily zájem ani v jedné oblasti z námi vybraných. A nepozorovali jsme žádnou rodinu, která by projevila zájem o všechny zvolené oblasti.

Následující tabulka 5 vyjadřuje vzájemný vztah mezi aktivním zájmem rodiny pacienta o specifickou problematiku týkající se jeho onemocnění a efektivnosti aktivit rodiny v průběhu návštěvy. Provedením testu nezávislosti se snažíme dokázat, jestli Efektivní chování rodiny v průběhu návštěvy nesouvisí s aktivním zájmem o specifickou problematiku pacienta. Důvodem testování této souvislosti je fakt, že vzhledem k vysoké specifičnosti námi určených oblastí zájmu ani efektivně se chovající rodina nemusí projevovat patřičný zájem právě o toto.

Tabulka 5, Porovnání aktivního zájmu R o problematiku P a efektivnosti chování rodiny

pozorované četnosti	málo	spíše ne	spíše ano	hodně	CELKEM
efektivní chování	1	8	5	2	16
neefektivní chování	18	9	0	0	27
CELKEM	19	17	5	2	43

V tabulce 5 jsme si pozorované četnosti specifické problematiky pacienta rozdělili na 4 kategorie dle toho, jak rodina projevovovala aktivní zájem o specifickou problematiku. Kategorie „málo“ zahrnuje rodiny, které projevíly zájem o 0 až 25 % daných oblastí. Kategorie „spíše ne“ se týká rodin, které se zajímaly o 25 až 50 % oblastí. V kategorii „spíše ano“ se vyskytují rodiny projevující zájem o 50 až 75 % oblastí. Poslední tvoří kategorie „hodně“, ve které se rodiny zajímaly o 75 až 100 % oblastí. Následující tabulka 6 nám vyjadřuje výpočet očekávaných četností námi pozorovaných proměnných.

Tabulka 6, Očekávané četnosti porovnání aktivního zájmu R o problematiku P a efektivnosti chování rodiny

očekávané četnosti	málo	spíše ne	spíše ano	hodně	CELKEM
efektivní chování	7,07	6,33	1,86	0,74	16
neefektivní chování	11,93	10,67	3,14	1,26	27
CELKEM	19	17	5	2	43

Následným statistickým výpočtem byly zjištěné hodnoty testového kritéria 20, 82 a stupně volnosti 3. Hladina významnosti testu byla námi určena na 5 %. Výsledná kritická hodnota zjištěná pomocí výpočtu funkce Excelu CHISQ.INV.RT (hladina významnosti; stupeň volnosti) je 7, 82. Došli jsme k závěru, že hodnota testového kritéria je větší než kritická hodnota. To znamená, že zkoumané hodnoty spolu souvisí. Efektivně se chovající rodiny projevily vyšší zájem o specifickou problematiku pacientů. Samozřejmě musíme brát v úvahu, že testování probíhalo na poměrně malém vzorku 43 rodin. Pro široce využitelné výstupy by bylo vhodné do testování zařadit více respondentů.

7 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Prvním cílem našeho výzkumného šetření bylo analyzovat přístup rodiny a způsob jejího zapojení do péče o pacienta s krvácením do mozku. V souvislosti s daným cílem bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

První výzkumná otázka: Ovlivní charakter závažnosti vzhledu hospitalizovaného pacienta délku návštěvy?

Pozorováním reakcí a chování celkem 43 rodin či blízkých pacienta jsme rozdělili reakce na jeho vzhled na pozitivní, neutrální a negativní. Jak je patrné z tabulky 1 a 2 se z celkového počtu 11 pozitivně reagujících rodin 1 zdržela do 15 min., 5 víc než 15 min. a 5 rodin přišlo opakovaně v průběhu jednoho dne. U 11 rodin reagujících neutrálně se 1 zdržela do 5 min., 6 rodin setrvalo na návštěvě do 15 min., 4 rodiny zůstaly více než 15 min. a žádná rodina nepřišla opakovaně. Negativní reakce u 21 rodin se na délce návštěvy projeví tak, že se 10 rodin zdrželo do 5 min., 9 rodin do 15 min., 1 rodina zůstala víc než 15 min. a 1 rodina přišla opakovaně. Většina rodinných příslušníků se vyjádřila ke své negativní reakci na vzhled pacienta. Jako hlavní důvod uvedli pro ně zdrcující fakt, že svého blízkého nepoznali, či si jej spletli s jiným pacientem. Celkem 10 z 11 (cca 90 %) rodin se zdrželo na návštěvě víc jak 15 min, či přišlo opakovaně v průběhu dne. U neutrálně reagujících rodin se nadpoloviční většina 7 z 11 rodin (cca 63 %) zdržela do 5 nebo 15 min. Z uvedeného vyplývá, že i námi vyhodnocená jako neutrální reakce může ve výsledku odpovídat negativnímu postoji a do určité míry být důvodem zkrácené délky návštěvy. Rodiny s převažující negativní reakcí, kterých bylo 19 z 21 (cca 90 %), se zdržely do 5 nebo 15 min. Pozorováním jsme u jednoho případu silné negativní reakce na vzhled pacienta zaznamenali opakovaný průběh návštěvy. Daný rodinný příslušník uvedl, že potřeboval čas na zpracování velkého množství informací a dojmů. Zde se nabízí prostor pro řešení silné emotivní zátěže, která doléhá na rodinu při spatření změněného vzhledu příbuzného. V rámci edukačního materiálu, jehož tvorba je námi stanovena jako druhý cíl diplomové práce, je potřeba rodině zdůraznit, či spíše doporučit, možnost opakované návštěvy i v průběhu jednoho dne. Vzhledem k tomu, že cca 49 % rodin reagovalo negativně na vzhled pacienta, je nutné se zaměřit při tvorbě edukačního materiálu právě na tuhle skutečnost. Považujeme za vhodné poskytnout edukační materiál ještě před samotnou návštěvou a pokusit se tímto lépe připravit rodinu na změněný vzhled pacienta a množství přístrojové techniky včetně přítomných zvukových alarmů

vyskytujících se v okolí jejich příbuzného. Samotný fakt, že nejčastěji (cca 63 %) trvala návštěva do 5 nebo 15 min., můžeme využít při tvorbě vlastního obsahu edukačního materiálu a doporučit rodině vhodné činnosti, které je možné uskutečnit v tomto časovém intervalu. Lze konstatovat, že emotivní projevy charakteristické a vysoce individuální každému člověku, se my jako zdravotníci můžeme pouze pokusit pochopit a správně interpretovat. Velký díl našeho snažení by měl být zaměřený, právě na tuto oblast. Pochopením jednání lidí může dojít k odstranění možných překážek v jejich vztahu k péči o pacienta a docílení vyšší míry zapojení. Jednoznačně však lze říct, že odpověď na první výzkumnou otázku je, že charakter závažnosti vzhledu hospitalizovaného pacienta do velké míry ovlivnil délku návštěvy jeho rodiny. Výsledky jsou podpořeny i statistickým ověřením závislosti proměnných, v našem případě se jedná o vzhled pacienta a délku návštěvy. *Kdy můžeme říct, že reakce na vzhled ovlivnila délku návštěvy. Lidé reagující negativně se zdrželi kratší dobu na návštěvě.*

Druhá výzkumná otázka: Jakým způsobem projevují blízcí zájem o stav pacienta během návštěvy?

Odpověď na tuto otázku nám znázorňují zejména grafy 3 a 4, kde jsme si chování a zájem rodiny o pacienta v průběhu návštěvy rozdělili na efektivní a neefektivní. To nám určí, jestli je chování rodiny v průběhu návštěvy pro pacienta přínosné. Jako efektivní jsme vyhodnotili chování, kdy se rodina aktivně zajímala o pacienta, ptala se na konkrétní činnosti, které může pro něj udělat. Rodina s pacientem komunikovala, hladila ho, cvičila s ním. Celkem 16 (37 %) rodin z celkového počtu 43 odpovídalo námi určeným kritériím. Větší část rodin počtem 27 (63 %) se z našeho pohledu chovala vůči pacientovi neefektivně, neprojevovala aktivní zájem o pacienta. Dvě rodiny strávily prakticky celou návštěvní dobu sledováním okolí pacienta, monitorů a dění na JIP. V danou chvíli nedocházelo z jejich strany k uspokojování potřeb pacienta. Rodiny musely být dokonce zdravotnickým personálem upozorněny na ochranu soukromí ostatních pacientů. Jejich chování bylo v danou chvíli nevhodné. Stejně tak 9 rodin (21 %), které komunikovaly mezi sebou a 12 rodin (28 %) nekomunikujících s pacientem, pouze stojících u lůžka, vykazovalo námi určené znaky neefektivního chování. Pozorováním jsme u 4 rodin (9 %) zjistili projevy neadekvátní reakce z jejich strany. V jednom případě se jednalo o obviňování třetí osoby, původce trestného činu spáchaného na pacientovi. Toto emotivní chování ovlivnilo průběh celé návštěvy. Ve 2 případech šlo o obviňování sebe sama, kdy

si rodinný příslušník vyčítal svojí reakci na náhlou příhodu v domácím prostředí. V 1 případě se jednalo o slovní agresi vůči personálu, kdy rodina nesprávně považovala za původce špatného zdravotního stavu právě ošetřující personál.

Jako zdravotníci pečující o jejich příbuzného nemáme dostatek informací o intenzitě a hloubce jejich vzájemného osobního vztahu. Ten může do jisté míry ovlivňovat jejich projevy během návštěvy. Z uvedených výsledků šetření se 63 % chovalo z našeho pohledu neefektivně, avšak právě s ohledem na možné nefunkční rodinné vztahy nebo neznalost rodiny, či strach z neznámé situace, nelze vše přisoudit nezájmu rodiny o jejich příbuzného. *Odpověď na druhou výzkumnou otázku je, že se rodinný příslušníci v 63 % chovají z pohledu zdravotníka vůči pacientovi v průběhu návštěvy neefektivně.* Do pozorování jsme zařadili nejbližší příbuzné, případně osoby žijící ve společné domácnosti a osoby blízké pacientovi. Právě tady nalézáme prostor pro využití edukačního materiálu zaměřeného na rady a doporučení blízkým pacienta ohledně jejich možného a vhodného chování, které bude přínosné pro pacienta.

Třetí výzkumná otázka: Jakým způsobem se rodina aktivně zapojuje do péče o pacienta?

Při posuzování a vyhodnocování chování rodiny v průběhu návštěvy je důležitou oblastí právě hledání odpovědí na tuto konkrétní otázku. Samotná přítomnost rodiny je samozřejmě pro každého pacienta důležitá a mnohdy ji lze považovat za efektivní a přínosnou i bez provádění jakýchkoliv intervencí ze strany rodiny. My jsme se snažili spíše zaměřit na spontánní aktivitu rodiny a její podíl na vykonávání konkrétních, blíže neurčených činností. Ty vždy vycházely z aktuálních potřeb pacienta. Velkou část činností tvořilo polohování pacienta, účast na rehabilitaci, hygieně, podávání stravy, vyprazdňování. Jak je patrné z grafu 5 pouze 6 rodin (14 %) z celkového počtu 43 vykazovalo známky aktivního podílu na péči o svého příbuzného. Projevovaly zájem o specifické činnosti a neodmítly provedení žádné z nich. Konkrétně ve dvou ze zmiňovaných šesti dokonce rodina vyžadovala svoji přítomnost při provádění hygienické péče a jedna rodina sama zajistila např. pedikérské služby pro svého příbuzného. Ve čtyřech případech se rodina aktivně podílela na podávání stravy pacientovi a s tím souvisejícím polohování. Velkou skupinu 16 (37 %) tvoří ty, které projevovaly nekonstruktivní myšlenky – „mám strach, abych neublížil“, „to nezvládnou“, „to neumím“.

Zde se nabízí prostor pro využití edukačního materiálu specificky zaměřeného na fungování a chod jednotky intenzivní péče. Právě působením na tuto skupinu rodinných příslušníků lze jeho prostřednictvím zvýšit jejich podíl na péči o pacienta, a tím zkvalitnit a zefektivnit komplexně poskytovanou péči. Jakýsi návod, co mohou dělat, jak mohou přispět a co je vhodné a potřebné z jejich strany dle našeho mínění, napomůže odbourání strachu a nejistoty, a ve výsledku zvýší účast rodiny na poskytované péči. Pouze u tří rodin se povedlo po krátké instruktáži přimět rodinu k efektivní péči o pacienta. Nutno zmínit, že vzhledem k vysoce specifické problematice pacientů po krvácení do mozku, je čas potřebný na zapojení rodiny delší. Právě proto je výsledkem takto malé číslo a myslíme si, že s dostatečnou časovou dotací a vhodným edukačním materiálem lze toto číslo podstatně zvýšit.

U čtyř rodin jsme jejich podíl na péči zařadili do oblasti, kdy vykonávaly činnosti za pacienta, které by však z našeho pohledu zvládl sám, či jen s mnohem menší dopomocí blízkých. Jejich aktivita a snaha o pomoc tak působila spíše kontraproduktivně. Toto jejich chování však nelze vyhodnotit jako negativní, či zcela neefektivní. Naším úkolem je nasměřovat rodinu správným směrem a pomoci jim odhadnout míru jejich zapojení do konkrétních činností. Ta vždy musí vycházet z aktuálního stavu a kondice pacienta. U potřeb, které je schopen uspokojovat vlastní aktivitou, vykonáváme pouze podpůrnou činnost. Aktivitu a snahu rodiny zaměřujeme na potřeby, které pacient není schopen vykonávat sám.

Setkali jsme se i se čtyřmi případy alternativního přístupu rodiny k péči o jejich blízkého. U dvou pacientů se jednalo o aplikaci doplňků stravy doporučených léčitelem. V jednom případě se jednalo o přípravky se známým složením, volně dostupné v lékárnách a bylo možné je aplikovat. Ve druhém případě šlo o léčitelem připravené směsi, a pro jejich neznámé složení nebyla aplikace možná. V dalším případě rodina předávala energii svému příbuznému prostřednictvím předmětů umístěných v blízkosti lůžka a speciálními doteky a masážemi. Jedna rodina přinášela různé předměty sloužící také k dodání energie pacientovi a zároveň modlitbami odháněla „zlé duchy“ v okolí pacienta. Alternativní přístupy rodinných příslušníků respektujeme v případě, že neohrožují život a zdraví pacienta. Také nesmí narušovat chod oddělení. Naopak některé navyklé rituály a víra častokrát přispívají ke zklidnění pacienta a ve výsledku zlepšují průběh jeho adaptace na nemocniční prostředí.

V rámci pozorování jsme se u deseti rodin setkali s přímým odmítnutím podílet se na péči o pacienta. Z našeho pohledu je tato skupina lidí těžko ovlivnitelná ve svém chování. Odmítavý přístup může souviset i se vzájemnými rodinnými vztahy. Jedni odmítli vejít do pokoje svého příbuzného a pouze dotazy na sestru projevíli zájem o pacienta. Ne vždy se však jednalo o rodiny, které strávily u svého příbuzného méně než 5 minut návštěvy. Jedna rodina dokonce strávila déle než 15 minut u lůžka, avšak odmítala navázat jakýkoliv kontakt s pacientem. Nabízené způsoby komunikace a možnost provádění masáží či stimulace prostřednictvím doteků rezolutně odmítala. U této skupiny deseti rodin nebyl patrný zájem a snaha podílet se na péči. Těžko jako pozorovatelé odhadneme pohnutky vedoucí k těmto projevům. Naší povinností je působit o to intenzivněji právě na ně a pokusit se zapojit všechny rodinné příslušníky do terapeutického procesu právě i prostřednictvím vzniklého edukačního materiálu.

Souhrn výše zmíněného nám dává odpověď na třetí výzkumnou otázku, kdy jsme se snažili zmapovat jednotlivé způsoby jakými se rodina zapojuje do péče o pacienta. *Fakt, že pouze 14 % rodinných příslušníků se aktivně podílí na péči o pacienta a jen 7 % pečuje po krátké instruktáži, nás ujišťuje o nutnosti vytvořit vhodný edukační materiál.* Jeho potřebu podporují i výsledky ve zbylých oblastí podílu rodiny na péči o pacienta. Domníváme se, že působením na rodiny projevující nekonstruktivní jednání (37 %), dále na ty, kteří vykonávají činnosti za pacienta (9 %) a vyhledávají alternativní, ne vždy adekvátní léčbu (9 %) lze dosáhnout jejich zvýšeného podílu na péči o pacienta.

Čtvrtá výzkumná otázka: Jsou informace o zdravotním stavu pacienta podané lékařem rodinou vnímány jako dostačující?

Prostřednictvím této části pozorování jsme se snažili zmapovat oblasti, které po podání informací lékařem nejsou rodinným příslušníkům srozumitelné, či nebyly lékařem zmíněné. Následně této skutečnosti využijeme při tvorbě edukačního materiálu. Samotný fakt, že pouze 7 rodin ze 43 nevyžaduje žádné doplňující informace od zdravotnického personálu, nás přesvědčuje o zvýšené potřebě informovanosti ze strany sester. Důvodem toho nemusí být jen vysoká odbornost a strohost lékařem sdělených faktů, ale i selektivní vnímání ze strany rodiny ve fázi šoku. I zde je s výhodou použití tištěného edukačního materiálu, který si rodina opakovaně může přečíst, a v případě nejasností oslovit zdravotnický personál. U dvou rodin zařazených do oblasti „jiné“ jejich zájem neodpovídal aktuálním potřebám pacienta a mohl vypovídat pouze o vzájemných

vztazích v rodině. Pacienti hospitalizovaní na JIP se ocitají v přímém ohrožení života, a proto se zájem rodiny v této fázi nemoci orientuje prakticky výhradně na přežití jejich blízkého.

Původně jsme zamýšleli orientovat edukační materiál také na sociální oblast týkající se dostupnosti kompenzačních pomůcek, příspěvků na péči. Avšak jak vyplynulo z výsledků výzkumného šetření, kde se o tuto oblast zajímala pouze jedna rodina, není toto prioritním zájmem rodinných příslušníků, ač z pohledu zdravotníků tomu tak není. Následující oblasti zaznamenaly velice podobné výsledky: následná péče (7x), léčebný režim (7x), zavedené katetry a monitoring (11x), a celkový zdravotní stav (8x). Výsledky této části výzkumného šetření využijeme při tvorbě edukačního materiálu. *Odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku je, že většina (84 %) rodinných příslušníků považuje informace o celkovém stavu pacienta sdělené lékařem, za nedostačující. Pouze malá část (16 %) považovala informace za úplné.*

Pátá výzkumná otázka: V jakých oblastech se rodina aktivně zajímá o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku?

Výzkumným šetřením jsme zjistili, že nikdo z námi pozorovaných 43 rodinných příslušníků neprojevil zájem o kontakt na fyzioterapeuta a psychologa. Jak uvedli někteří z nich důvodem je nejen nezájem z jejich strany, ale především nízká povědomost o této možnosti. Část jako důvod uvedla nemožnost dopolední konzultace s fyzioterapeutem. Vůči psychologické péči má ještě i dnes řada lidí předsudky a odmítá jí. Nabízí se možnost využití nově vzniklé pozice odborníků ve FN Plzeň. Jedná se o krizové interventy. Jejich dostupnost je 24 hod. denně. Jsou to speciálně vyškolení odborníci i z řad nelékařských zdravotnických pracovníků. O kontakt na logopedickou péči požádaly dvě rodiny. Jednalo se o rodiny pacientů s těžkou afázií. Takto nízký zájem si také vysvětlujeme neznalostí rodiny o této problematice a vůbec o existenci těchto odborníků. Řada lidí netuší, že se logoped věnuje nejen nemocným s afázií. O tom, že logoped může napomoci i při potížích s polykáním a provádí orofaciální stimulaci, se dozvěděli až od nás. Zarážející zjištění, že až na dvě rodiny, které projevíly zájem o logopedickou péči, nás nikdo jiný nepožádal o kontakt na další odbornou péči, využijeme při tvorbě edukačního materiálu, který zohlední výsledky výzkumného šetření.

Z grafu 7 je patrné, že se aktivně účastnilo nebo projevílo zájem o polohování svého blízkého celkem 5 rodin (11 %). Zajímala nás především skutečnost, jestli má

rodina povědomí o důvodu, způsobu a frekvenci polohování. Tato činnost vyžaduje delší časovou dotaci na předvedení a praktický nácvik. Ve vybraných případech (umělá plicní ventilace, zavedené intrakraniální čidlo a další) častokrát nelze aktivity rodiny využít.

Celkem 6 rodin (14 %) projevilo aktivní zájem o provádění hygienické péče. Většinou se jednalo o hygienu obličeje a dutiny ústní. Tato skutečnost bude, dle našeho mínění, limitovaná také pocitem nedostatku soukromí panujícím na neurochirurgické jednotce intenzivní péče. Jedná se o dva pokoje se 4 až 5 pacienty. Přítomnost ostatního ošetřujícího personálu a dalších pacientů může působit rušivě a oddělující závěsy někteří považují za nedostatečné.

Z našeho pohledu velice malá část příbuzných věnovala alespoň část své návštěvy zájmu o rehabilitaci s pacientem. Činilo tak 8 rodin (19 %). Po zpětném dotazování část rodin vyjádřila svoji domněnku, že u pacientů na JIP se rehabilitační cvičení neprovádí a je to až záležitostí následné péče.

Jednou z námi zkoumaných oblastí byla povědomost rodiny o aktuálním psychickém stavu jejich blízkého. Zajímalo nás, jestli rodina chápe důvod psychomotorického neklidu, možných projevů agrese, deprese, apatie, změny nálad atd. Celkem 16 rodin (37 %) projevilo pochopení pro vzniklé psychické změny. Většinu rodin, i přestože byla lékařem o stavu pacienta informována, změna překvapila. U bezvědomých pacientů jsme tuto část převedli na povědomost týkající se úrovně stavu vědomí pacienta. Část rodin neočekávala poruchu vědomí u svých blízkých.

U 18 rodin (42 %) jsme zaznamenali aktivní snahu o nalezení vhodných způsobů komunikace. Některé rodinné příslušníky v navázání kontaktu odrazovala i lehká somnolence pacienta. Celkem 27 rodin (63 %) z celkového počtu 43 působilo aktivně v rámci prevence aspirace podávaného jídla do dýchacích cest. Zařadili jsme sem i rodinné příslušníky, kteří nabízeli stravu a tekutiny svému blízkému až po konzultaci s ošetřujícím personálem, zajistili zvýšenou polohu těla pacienta před příjmem potravy nebo dbali na správnou polohu hlavy v průběhu polykání sousta. Zbytek rodin tvoří ty, které tak nekonaly, nebo ani slovně neprojevily zájem o příjem potravy pacienta.

U velké části pacientů, hospitalizovaných na neurochirurgické JIP, je nutné použít omezující prostředky. Jedná se o různě dlouhý časový úsek od desítek minut po nutnost celodenního omezení pomocí dlah, fixačních pásek, kurtů, zábran u postele.

Řadíme sem i omezení pacienta prostřednictvím ruky zdravotnického personálu a farmakologické omezující prostředky u neklidných a agresivních pacientů. Další prostředky jako ochranné síťové lůžko, speciální oblek omezující pohyb horních končetin a využití místnosti určené k bezpečnému pohybu pacientů nejsou na neurochirurgické JIP využívány. Ve FN se používání omezujících prostředků řídí standardem (Používání omezovacích prostředků v rámci FN Plzeň – SNL/023/02) z něž vyplývá, že pacient již podpisem informovaného souhlasu s hospitalizací dává svůj souhlas s jejich užitím. Použití některého z typů omezujících prostředků indikuje výhradně lékař a tato skutečnost je ošetřujícím personálem zaznamenána do dokumentace pacienta. Potřebu použití těchto prostředků bezvýhradně chápalo a souhlasilo s nimi 30 rodin (70 %). U 13 rodin (30 %) jsme se setkali s nepochopením dané problematiky a v některých případech se snahou o přímý zákaz jejich užití. Jednotlivé případy byly řešeny individuálně a po opakované konzultaci s lékařem došlo ze strany rodiny k pochopení možných dopadů chování pacienta na jeho zdravotní stav.

O oblast týkající se dodržování léčebného výživového režimu projevilo zájem 32 (74 %) rodin. Ptaly se hlavně jaký typ potravin může pacient konzumovat. Jedná se o kategorii s největším zájmem ze strany rodiny. V ní většina z nich vidí své možnosti přispění v péči o pacienta. Je to činnost jim blízká, a proto nás toto zjištění nepřekvapuje. V této oblasti můžeme rodinu zapojit i při krátce trvající návštěvě. Je vhodné rodinu poučit o způsobech prevence aspirace, vhodné poloze při podávání stravy.

Odpoověď na pátou výzkumnou otázku nám poskytuje graf 7, který přehledně zobrazuje oblasti zájmu rodiny o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku. Dále jsme se statistickým ověřováním snažili zjistit závislost mezi efektivním či neefektivním chováním rodiny v průběhu návštěvy a jejím zájmem o specifickou problematiku pacientů. Porovnat tyto dvě oblasti jsme se rozhodli i na základě toho, že se setkáváme s přístupem, kdy se rodina navenek pacientovi plně věnuje. Jako pozorovatel tudíž její chování vyhodnotíme jako efektivní. Ve výsledku však rodina neprojevuje zájem o žádnou oblast péče o pacienta a jeho potřeby. Následným statistickým testováním jsme dospěli k závěru, že aktivně se chovající rodiny projevují vyšší zájem o specifickou problematiku pacienta. Jak vyplývá z tabulky 5 však pouze 7 rodin ze 43 projevilo aktivní zájem odpovídající procentuálnímu zastoupení nad 50 % oblastí. I tento

výsledek podporuje potřebu vyšší informovanosti rodiny a její zapojení do péče o pacienta i právě prostřednictvím edukačního materiálu.

Další výsledky šetření posloužili také ke splnění námi stanoveného druhého cíle naší diplomové práce. Na podkladě analýzy získaných dat sestavení vhodného edukačního materiálu, který usnadní rodině péči o pacienta již v průběhu hospitalizace a následnou péči v domácím prostředí. Zaměříme se na oblasti výše zmíněné a výsledky šetření zohledníme při jeho tvorbě.

DISKUZE

Diplomová práce se věnuje problematice zapojení rodiny do péče o pacienta po proběhlém krvácení do mozku na neurochirurgické jednotce intenzivní péče. Stanovených cílů práce se snažíme dosáhnout pomocí ne příliš obvyklé výzkumné metody – pozorování. Tato metoda byla zvolena záměrně, aby nedocházelo k ovlivňování získaných informací. Dalším důvodem naší volby byl i fakt, že se rodina navštěvující svého blízkého na JIP nachází ve velmi náročné a emočně vypjaté situaci. Naše výzkumné šetření by mohlo některé rodinné příslušníky zbytečně traumatizovat. Pro naše potřeby se nám jako nejvíce vhodná metoda jevílo přímé, skryté pozorování. Velká část studií věnující se problematice rodinných příslušníků využívá formu rozhovorů či dotazníků. Jako je tomu např. u studie, kterou provedl Theadom (2018). Týkala se pacientů po prodělané mozkové mrtvici. Časový odstup od akutní fáze byl 6 až 36 měsíců. Pacienti a rodiny se formou rozhovoru zpětně vyjadřovali k poskytované péči. Tady však už je popisován i nadhled nad emočně vypjatou situací a pochopení vlastního jednání v akutní fázi. Ale vzhledem ke stanoveným cílům naší práce a zamýšlenému výstupu formou edukačního materiálu nám tato forma nepřišla vhodná.

Důležitou oblastí výzkumné části diplomové práce byl vhodný výběr respondentů. Jednalo se o rodinné příslušníky, či blízké osoby pacientů s krvácením do mozku hospitalizovaných na neurochirurgické JIP FN Plzeň. Švaříček (2014, s. 149) popisuje, že badatel v průběhu pozorování dojde k uvědomění si i jevů, které se nedějí. Je jich velké množství a je potřebné se jimi zabývat. I v našem výzkumném šetření jsme se snažili zdůvodnit, proč rodina nekoná některé činnosti, nezajímá se o specifickou problematiku pacienta. Náš zájem byl tedy zaměřen nejen na to, co se dělo, ale i na skutečnosti, které neproběhly. Celkem se nám podařilo zařadit do výzkumného šetření 43 rodinných příslušníků a blízkých pacienta. Jednotlivé oblasti pozorování byly zaznamenány do námi předem připraveného pozorovacího archu. Ten byl v průběhu pozorování doplňován našimi vlastními postřehy a úvahami, v některých případech i vyjádřením rodinných příslušníků k důvodům daného chování.

Aktuálnost našeho tématu je podpořena snahou a iniciativou různých organizací a odborníků z řad zdravotní a sociální sféry vybudovat fungující model koordinované rehabilitační péče i o pacienty s poškozeným mozkiem. Jak uvádí Brož (2014) ve výsledcích prospektivní studie týkající se 71 pacientů po těžkém poranění mozku, kterým

byla poskytnutá včasná neurorehabilitační péče. Závěr naznačuje jednoznačně pozitivní výsledky na výslednou kvalitu života pacienta při poskytování komplexní, a hlavně včasné neurorehabilitační péče. Ta zahrnuje i zapojení rodinných příslušníků do tohoto procesu.

Dnes již existují spolky a sdružení věnující se nejen pacientům s poškozeným mozkiem, ale i jejich rodinným příslušníkům. Byla vytvořená i řada odborných prací věnujících se právě rodinným příslušníkům. Problém nalézáme v období akutní fáze nemoci, kdy se rodinný příslušníci ocitají v nové a nečekané situaci. Následně neví, kde hledat relevantní zdroje informací. Právě edukační materiál specificky přizpůsobený chodu neurochirurgické JIP, a potřebám pacientů zde hospitalizovaných, zatím nebyl vytvořen a bude pro ně přínosný. Doufáme, že vzniklý edukační materiál ve výsledku pomůže i zdravotnickému personálu. A to především tím, že poskytne rodinám a blízkým oporu a nasměruje je správným směrem, podpoří jejich informovanost. Rodina si materiál odnese domů a v klidném domácím prostředí zváží možnosti svého přispění k péči o svého blízkého. Informovaná a spolupracující rodina přispívá ke kvalitnějšímu uspokojování potřeb pacienta a může následně zvyšovat kvalitu jeho života. Zároveň chceme podotknout, že naším cílem nebylo vytvořit materiál široce využitelný a aplikovatelný i na jiná zdravotnická zařízení či oddělení. Jeho přínos vidíme právě v jeho zaměření na zcela konkrétní cílovou skupinu. Možnosti jeho užití, jak uvádíme v práci, jsou i působení na rodiny pacientů s obdobnou symptomatologií jako má krvácení do mozku.

Prvním cílem naší diplomové práce jsme chtěli analyzovat přístup rodiny a způsob jejího zapojení do péče o pacienta s krvácením do mozku. K tomuto cíli jsme stanovili pět výzkumných otázek. Odpovědi na ně nám pomohou zmapovat právě tuhle oblast. První otázka: Ovlivní charakter závažnosti vzhledu hospitalizovaného pacienta délku návštěvy? Zmapovat délku návštěvy rodinných příslušníků považujeme za důležitý první krok vedoucí k dosažení cílů našeho výzkumného šetření. Přítomnost rodiny a doprovázení pacienta rodinou v průběhu hospitalizace považujeme dnes již za zcela samozřejmé nejenom u dětských pacientů. Zapojení rodinných příslušníků do péče nejen o pacienta s poškozeným mozkiem představuje jednoznačný přínos pro lepší kvalitu jeho života. Richterová (2010, s. 92), ve své diplomové práci věnující se pacientům s těžkým poškozením mozku nacházejícím se ve vegetativním stavu, uvádí výsledky studie

provedené v nemocnici v Trenčíně. Skupina pacientů, kde se rodinní příslušníci mohli podílet na péči o pacienta a trávit s ním až 12 hodin denně vykazovala jednoznačně lepší výsledky. Druhou skupinu tvořili pacienti, jejichž blízký se z nejrůznějších osobních důvodů nemohli podílet na péči.

Pokusili jsme se zjistit, zda pacientův změněný vzhled, a především reakce rodinných příslušníků na tuto skutečnost nějakým způsobem zásadně ovlivní délku návštěvy. Vzájemná závislost těchto dvou pozorovaných jevů byla statistickým testováním potvrzena. To nám dává odpověď na první výzkumnou otázku. Lidé reagující negativně strávili kratší dobu u lůžka pacienta. Samozřejmě s přihlédnutím na malý vzorek respondentů. Uvědomujeme si, že především může negativně působit okolí pacienta a množství zvukových alarmů a přístrojů v okolí pacienta. Zde se nabízí prostor k ovlivnění reakce rodinných příslušníků. Jejich přípravou na prostředí JIP lze zmírnit negativní dopad právě této skutečnosti. V tom spatřujeme výhodu specifčnosti vytvořeného edukačního materiálu. Úvodní fotografie a následující popis pacientova možného vzhledu, dle našeho názoru, přispějí ke zmírnění negativního dopadu prostředí na délku návštěvy rodiny.

Dále jsme hledali odpověď na druhou výzkumnou otázku: Jakým způsobem projevují blízcí zájem o stav pacienta během návštěvy? Pro lepší přehlednost a potřeby naší práce jsme si dále jednotlivé způsoby projevu rodinných příslušníků rozdělili na efektivní a neefektivní. Obě tyto skutečnosti nám znázorňují grafy 3 a 4. Všimli jsme si zcela konkrétních situací, kdy se rodina aktivně zajímala o pacienta. Naší snahou nebylo posuzovat odbornou úroveň rodinou poskytované pomoci pacientovi, ani úroveň jejich znalostí týkající se dané problematiky. Specifičnost oboru neurochirurgie sama za sebe vypovídá o možných nízkých výsledcích této úrovně vědomostí. Nejedná se jenom o veřejnost laickou, ale i o zdravotníky jiných oborů. Potřebu věnovat se této problematice podporuje i Hart (2018, s. 1302) ve své studii týkající se průzkumu literatury o edukaci pacientů po poranění mozku a jejich rodinných příslušníků. Cílem bylo popsat zařazené edukační metody a vymezit mezery, které mohou sloužit jako podklad pro další zkoumání. Jedním ze závěrů bylo doporučení přesněji definovat patientské a rodinné intervence týkající se potřebných léčebných postupů. Potřebu vyšší informovanosti zmiňuje řada profesionálů, např. Švestková (2017, s. 180).

Mnohaletá zkušenost a praxe v oboru nám umožnila určit často námi pozorované typy chování rodinných příslušníků a rozdělit je do šesti oblastí. Výzkumníkům byl dán prostor v oblasti „jiné“ zvolit vlastní výsledek pozorování. Do této kategorie nebyla zařazena žádná rodina. Do oblasti efektivního chování jsme zařadili ty rodiny, které zcela evidentně projevovaly zájem o pacienta. Dle grafu 3 šlo o rodiny pacientů, které se mu plně věnovaly. Jednalo se o velice aktivní rodinné příslušníky, na kterých byl zájem patrný a vykonávali konkrétní činnosti vedoucí k uspokojování pacientových potřeb. Celkem bylo do této oblasti zařazeno 16 ze 43 rodin (37 %). Šlo např. o provádění hygienické péče, účast na polohování pacienta, podávání stravy a jiné. Tuto oblast pozorování považujeme za důležitou právě s ohledem na fakt, že aktivní účast rodiny na péči o pacienta má neoddiskutovatelný pozitivní vliv na výslednou kvalitu života pacienta. Této problematice se věnuje i Heriánová (2017, s. 76) ve své diplomové práci. Prostřednictvím rozhovoru tři pacientky po prodělaném poškození mozku hodnotí jejich výslednou kvalitu života, na kterou má vliv nejenom osobnost pacienta, ale i podpora rodiny. Rodinu považuje za zcela zásadní při poskytování komplexní péče o pacienta s poškozením mozkových struktur.

Zbylých pět oblastí jsme vyhodnotili jako pro pacienta málo přínosné a zařadili do oblasti neefektivního chování. Celkem se jednalo o 27 rodin (63 %). Zajímavou oblastí výzkumného šetření byli rodinní příslušníci stojící u lůžka pacienta, nekomunikující. Odhalit pohnutky, vedoucí je k takovému projevu, není v našich možnostech. Mohlo se jednat o šokovou reakci, následek nevyjasněných rodinných vztahů, nesmělost a jiné. Myslíme si, že ne ve všech případech to vyjadřovalo nezájem z jejich strany. Ve výsledku však toto chování vykazovalo znaky námi určené neefektivnosti. Bylo by možná zajímavé se pokusit v dalším výzkumném šetření o zjištění důvodů tohoto typu chování, a to vzhledem k tomu, že se z našeho pohledu jednalo o poměrně velkou část rodinných příslušníků, 12 ze 43 (28 %). Jasnější známky neefektivního chování vykazovalo 9 rodin (21 %), které podstatnou část návštěvy strávily komunikací mezi sebou či s rodinnými příslušníky jiného pacienta. Pacienta do hovoru nezapojovaly, ani nebyla patrná snaha z jejich strany takto činit. Do této oblasti by šlo zařadit i dvě rodiny, které odpovídají rodinám většinou sledujícím dění na JIP. Nutno říct, že šlo o chování velice nevhodné a rodiny musely být ošetřujícím personálem upozorněny na nepřipustné chování z jejich strany. Jednalo se o narušování soukromí ostatních pacientů. Prostory neurochirurgické JIP bohužel nedisponují boxovým systémem zajišťujícím vyšší soukromí pacienta. I

s ohledem na tento fakt je na tomto pracovišti povolen vstup maximálně dvou rodinných příslušníků k lůžku jednoho jejich blízkého. Jedná se o otevřený systém uspořádání nemocničního pokoje, a jak uvádí i Bartůněk (2016, s. 33), je tento systém spíše nevýhodný i z hygienicko-epidemiologického hlediska s ohledem na možný přenos infekčních nemocí.

V rámci výzkumného šetření jsme se dále setkali se 4 rodinami (9 %), které vykazovaly známky neadekvátní reakce na danou situaci. Velice emotivní a hlasitý projev v průběhu jedné návštěvy se týkal obviňování třetí osoby, původce trestného činu spáchaného na pacientovi. Rodina po ošetřujícím personálu zcela neadekvátně vyžadovala svědectví, přestože se jednalo o napadení mimo prostory zdravotnického zařízení. Zde bylo na místě nabídnout aktivně z naší strany psychologickou podporu a nečekat na projevení aktivního zájmu ze strany rodiny. Toto však rodina odmítla. V těchto emočně velice vypjatých situacích vidíme jednoznačný přínos nově vzniklé pozice krizového interventy ve FN Plzeň (od ledna 2019) a především jeho dostupnost 24 hod. denně. Dvě rodiny, vykazující známky neadekvátní reakce, velice emotivně obviňovaly sebe jako zdroj pacientových obtíží. Jednalo se o z jejich pohledu nedostatečnou reakci z jejich strany na náhlou příhodu v domácím prostředí. Tyto projevy doprovázel pláč, vzlykání a kolapsový stav jednoho rodinného příslušníka. Velice podrobně se této problematice věnuje ve své studii Žilová (Cerebrum 2013), kde popisuje rodinné příslušníky jako zanedbávané oběti traumatu. Popisuje jednotlivé fáze emočních reakcí rodiny na nemoc pacienta zahrnujících i obviňování sebe jako původce pacientových obtíží. Právě zde je na místě citlivý a vysoce profesionální přístup ze strany zdravotníků. Stejně tak se mohou zdravotníci setkat s projevy agrese vůči jejich osobě. V rámci našeho výzkumného šetření šlo o jednu rodinu, která projevila slovní agresi. Odpovědí na druhou výzkumnou otázku tedy je, že se větší část 63 % rodinných příslušníků chovala v průběhu návštěvy neefektivně. Rozbor jednotlivých oblastí projevovaného zájmu ze strany rodiny nám umožnil specificky zaměřit edukační materiál na konkrétní oblasti.

Pro posouzení a vyhodnocení chování rodiny v průběhu návštěvy je důležité nalezení odpovědí na námi zvolenou třetí výzkumnou otázku. Ta zní: Jakým způsobem se rodina aktivně zapojuje do péče o pacienta? Tato oblast přímo navazuje na druhou výzkumnou otázku a dává nám prostor specifikovat podíl rodiny na vykonávání

konkrétních činností u pacienta. Grafické znázornění pomocí grafu 5 nám přehledně ukazuje jaký, je podíl rodiny na péči o pacienta. Snažili jsme se objektivizovat přínos konkrétního přístupu rodiny pro pacienta. Zcela zřejmý se jevil podíl 6 rodin (14 %). Jejich chování vedlo k uspokojování potřeb pacienta, z našeho pohledu adekvátně. Uvědomujeme si fakt, že přínosným může být i pouhá přítomnost rodiny u lůžka pacienta bez jakékoliv aktivity z její strany. Pro směřování a zaměření našeho edukačního materiálu bylo zajímavé zjištění, že celkem 16 ze 43 rodin (37 %) projevovalo nekonstruktivní myšlenky. Dominoval strach, že svého příbuzného svým jednáním poškodí. Odvolávaly se na neznalost problematiky takto nemocných lidí a svoji neschopnost k provádění jakýkoliv činností. Působením na tuto skupinu osob prostřednictvím vhodně zvoleného přístupu ze strany zdravotníků, podpořenou adekvátním edukačním materiálem, lze dosáhnout dobrých výsledků. A to především ve zvýšení jejich podílu na péči o pacienta.

Naše závěry podporují i výsledky studie, která proběhla pod záštitou spolku Cerebrum (2013) věnujícího se problematice osob s poškozením mozku a jejich rodinným příslušníkům. Označila je jako další oběti pacientovy nemoci, které jsou bohužel často zanedbávané. Metodou kvalitativního výzkumu byl jako zdroj informací zvolen polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření se týkalo 6 pacientů a jejich devatenácti rodinných příslušníků, kteří museli splňovat daná kritéria (např. bydlení ve společné domácnosti apod.). Výsledek studie jasně identifikoval potřeby pečujících, které vycházely z jejich vlastních zkušeností. Jednou z potřeb byla určená potřeba edukace. Sami vnímali svůj nedostatečný náhled nad potřebami pacienta a očekávali od zdravotnického personálu přímou radu, jak se mají chovat v přítomnosti svého příbuzného. Vhodně lze reagovat i na projevy, které reprezentují 4 rodiny (9 %). Jedná se o podíl na péči, kdy rodina vykonává veškeré činnosti za pacienta. V dobré víře pomoci svému blízkému však může jejich chování působit kontraproduktivně a ve výsledku zpomalovat pacientovo pokroky v rekonvalescenci.

Další ze zkoumaných 4 rodin (9 %) aplikovalo při péči o svého blízkého alternativní postupy. Tento přístup rodinných příslušníků lze tolerovat, jestliže hrubě nenarušuje chod pracoviště a neohrožuje bezpečí pacienta. Naopak ho můžeme využít např. při tlumení bolesti pacienta nebo zklidnění a snahu o orientaci pacienta. Salsbury (2018, s. 230) ve svém sdělení poukazuje na nutnost použití podpurných prostředků

vedoucích k úlevě od bolestivých stavů souvisejících s následky poškození mozku. V celkovém počtu 10 ze 43 rodin (23 %) se v průběhu výzkumného šetření odmítlo podílet na péči o pacienta. Jedna rodina dokonce odmítla vejít do pokoje pacienta a pouze dotazy na sestru o něj projevila zájem. Další rodina odmítla vůbec navázat kontakt s pacientem. V omezené časové dotaci, kterou lze v provozu JIP věnovat kontaktu s příbuznými, těžko odhalíme původ tohoto typu chování. Svoji snahu musíme však zintenzivnit a podpořit i jinými metodami. Jedná se především o nabídnutí pomoci psychologické péče, sociální podpory prostřednictvím funkce sociálního pracovníka v rámci FN Plzeň, či služeb krizového interventu. Směrování nespolupracujících příbuzných na další odbornou pomoc považujeme za nezbytné.

Zmapování aktivního podílu rodiny na péči o pacienta nám pomohlo identifikovat procentuální zastoupení jednotlivých typů podílu rodinných příslušníků na péči o pacienta. To ve výsledku posloužilo k odpovědi na třetí výzkumnou otázku. Aktivní podíl rodiny na péči (14 %) vyhodnocujeme jako nedostatečný. Zároveň nám to poskytlo prostor pro zamyšlení se nad jednotlivými důvody ostatních typů projevů rodinných příslušníků. Zjištěné skutečnosti použijeme při tvorbě edukačního materiálu.

Prostřednictvím čtvrté výzkumné otázky jsme se snažili identifikovat oblasti, ve kterých rodina vyžaduje doplňující informace po konzultaci s lékařem. Tuto oblast považujeme za velice důležitou. Právě dostatečně informovaný a náležitě edukovaný rodinný příslušník vykazuje známky chování vedoucí k uspokojování potřeb pacienta. Tyto závěry podporují i výsledky již zmiňované studie spolku Cerebrum (2013) pod vedením Žilové, kdy se respondenti vyjadřovali i k poskytované zdravotně sociální péči. Jako nedostačující byla označena mimo jiné malá informovanost ze strany zdravotnického zařízení a nedostatečná edukace rodiny v přístupu k jejich blízkému. Z výsledků našeho šetření znázorněných grafem 6 vyplynulo, že pouze 7 ze 43 (16 %) rodin považovalo informace sdělené lékařem za dostačující. Dvě rodiny (5 %), zařazené do oblasti „jiné“, svoji oblast zájmu směřovaly mimo potřeby pacienta, která nesouvisela s poskytovanou péčí. Vypovídala pouze o vzájemných rodinných vztazích. V jednom případě se jednalo o cennosti pacienta a ve druhém souvislost hospitalizace s trestným činem. Pro nás překvapivě pouze jedna rodina projevila zájem o specifika sociální oblasti zahrnující dostupnost kompenzačních pomůcek, nároků na příspěvky a jiné. Vypovídá to

mimo jiné také o tom, že rodiny pacientů ocitajících se v akutní fázi nemoci, orientují pozornost hlavně na přežití svého blízkého.

Souhlasíme s tím, že je nutné rodinu informovat o jejích možnostech. Důležité je však načasování a není žádoucí je zatěžovat z naší strany předčasnými informacemi. Další oblasti zájmu rodinných příslušníků, které zaznamenaly pouze nevýrazných rozdílů, posloužily jako předloha k tvorbě edukačního materiálu. Odpovědí na čtvrtou výzkumnou otázku je, že 84 % pozorovaných považuje informace sdělené lékařem za nedostačující a vyžaduje jejich doplnění či zopakování. Výsledek této části výzkumu podporuje cíl naší práce, a tím je tvorba edukačního materiálu.

Druhou kategorií pozorování tvoří odpověď na pátou výzkumnou otázku: V jakých oblastech se rodina aktivně zajímá o specifickou problematiku pacientů s krvácením do mozku? Toto nám velice přehledně zobrazuje graf 7. Hodně nepříznivým faktem bylo zjištění, že nikdo z rodinných příslušníků neprojevil zájem o kontakt na psychologa a fyzioterapeuta. Rozsah práce neumožňuje zkoumat jednotlivé důvody jejich projeveného či neprojeveného zájmu. Tím bychom nerespektovali důvody, proč jsme zvolili metodu skrytého pozorování. Hlavním důvodem byla co největší snaha zabránit traumatizaci i tak dost emočně zatížených rodinných příslušníků. Nicméně někteří se spontánně v průběhu běžného kontaktu se zdravotníkem vyjádřili ke svému nezájmu o danou problematiku. Jedním ze zmiňovaných důvodů byla nemožnost absolvovat konzultaci s odborníkem v dopoledních hodinách, během běžné pracovní doby těchto specialistů. Zde prostřednictvím edukačního materiálu nabídneme sestru coby prostředníka k předání informací mezi odborníky a rodinou. Část rodinných příslušníků vůbec netušila, že pacient je již v průběhu hospitalizace na JIP zařazen do procesu rehabilitace.

Dále jsme se setkali např. s přímým odmítnutím intervence psychologa ze strany rodiny. V době výzkumného šetření ještě nebyla zřízená funkce krizového intervenanta ve FN Plzeň. Domníváme se však, že jí nabízená pomoc, bude častěji využívána než pomoc psychologická. Jedním důvodem je i jeho 24 hodinová dostupnost. Bohužel i dnes existují předsudky týkající se nabízené psychologické péče. Nedostatečná povědomost o existenci možnosti logopedické péče již v průběhu hospitalizace na JIP se projevila počtem 2 rodin, které o ní požádaly. Zbylých 41 rodin zájem o kontakt neprojevil. Některé z nich pak následně uvedly, že vůbec netušily o orientaci logopedické péče i na oblast

poruch polykání. Na příkladu případové studie pacientky s dysfagií po cévní mozkové příhodě Neubauer (2015, s. 74; s. 75) přehledně dokumentuje správný postup při diagnostice těchto obtíží a průběh komplexního logopedického vyšetření. V diagnostice je nesmírně důležité při jakémkoliv podezření na možné potíže při polykání zajistit kromě neurologického i logopedické vyšetření. Celkem 5 rodin z celkového počtu 43 (12 %) pozorovaných rodinných příslušníků se nějakým způsobem zajímalo, či přímo účastnilo polohování pacienta. Jedná se o činnost vyžadující delší časovou dotaci a velkou dávku snahy ze strany rodinných příslušníků. Proto nás takto nízký výsledek počtu zapojených rodinných příslušníků nepřekvapil. S obdobným výsledkem 6 (14 %) skončila i oblast týkající se hygienické péče pacienta. Zde lze rodinným příslušníkům nabídnout možnost vyčištění dutiny ústní jejich příbuzného, omývání jeho obličeje či provádění pedikérských služeb. Omezená možnost zajištění intimity v období návštěv limituje možnosti rodinných příslušníků plošně se na tom podílet. Samozřejmě lze po individuální domluvě zajistit i účast rodiny na této aktivitě. Pouze 8 rodin (19 %) projevilo zájem o rehabilitaci pacienta. Z hlediska profesionálů dlouhodobě pracujících na tomto konkrétním pracovišti nacházíme právě zde široké možnosti využití potenciálu rodiny. Proto je pro nás toto číslo nepříjemným faktem. Také Green (2016, s. 247) zdůrazňuje nutnost včasné rehabilitace pacienta již v podmínkách JIP a její přínos pro něj.

Další oblastí našeho zájmu byla povědomost rodiny týkající se aktuálního psychického stavu jejich blízkých. Je překvapující, že někteří lidé z řad laické veřejnosti nepředpokládají psychický deficit po prodělaném krvácení do mozku. Jsou jím často zaskočeni a reagují negativně na tuto skutečnost. Olivová (2018, s. 64) ve své diplomové práci týkající se následné péče o pacienty s poškozením mozku uvádí, že rodina pacienta trpí „nejednoznačnou ztrátou“. Fyzicky je jejich blízký přítomen, ale psychicky se jedná o jinou osobu. I podle ní je pro rodinu velice stresující tuto skutečnost pochopit a přijmout ji. Pouze 16 ze 43 (37 %) námi pozorovaných rodin projevilo pochopení pro pacientovy nově vzniklé psychické změny. Na základě těchto výsledků lze usuzovat, že je potřeba rodiny lépe připravit na stav jejich blízkého. Naše ústní sdělení podpořené edukačním materiálem by bylo vhodné doplnit o konzultaci s psychologem či krizovým interventem.

Obdobný počet 18 (42 %) rodin projevilo aktivní snahu o nalezení vhodného způsobu komunikace. Někdy byla překážkou i lehká somnolence pacienta, někdy ho rodina do hovoru vůbec nezapojovala, či pouze stála u lůžka a nekomunikovala. Opět to

zřejmě částečně souvisí s neznalostí rodiny ohledně dané problematiky, a myslíme si, že konzultace s logopedem jim může dát jakýsi návod na vhodné způsoby komunikace. Ve všech zmiňovaných oblastech je důležitá zpětná vazba od blízkých, kdy se dozvídáme informace o pacientovi. Jeho preference v jídle, spánkovém režimu, oblíbená hudba, povahové rysy a mnoho dalšího nám může pomoci ve směřování námi poskytované péči. Poměrně značná část rodin 27 (63 %) působila aktivně v rámci prevence aspirace potravy při podávání stravy. Jednalo se o takové chování, které zahrnovalo krmení pacienta až po konzultaci s ošetřujícím personálem. Stalo se i, že rodina z neznalosti ohrozila pacienta snahou o podání tekutiny při jeho potížích s polykáním. Neubauer (2015, s. 55) říká, že je již u bezvědomých pacientů, a následně v postkomatózním stavu, nutné provádět orofaciální stimulaci, zajistit vyživování pacientů nasogastrickou sondou, případně zavedením PEG.

Velkou kapitolu týkající se péče o pacienty s poškozeným mozkiem tvoří používání omezujících prostředků. Celkem 30 rodin (70 %) s jejich užitím souhlasilo. Ze zbylého počtu 13 rodin, které projevovaly nesouhlas s jejich užitím, jsme se setkali i se snahou o přímý zákaz užití těchto prostředků. Byla nutná opakovaná konzultace s lékařem a vysvětlení důvodů jejich užití. Rodinám byla ve vybraných případech navrhována možnost jejich celodenní přítomnosti u lůžka pacienta. Legislativní aspekty použití omezujících prostředků v rámci FN Plzeň vyjadřuje Standard SNL/023/02. Pacient již podpisem informovaného souhlasu vyjadřuje svůj souhlas s užitím těchto prostředků. Problematice informovaného souhlasu se věnuje i Kebza (2017, s. 78). Celkem 32 rodin (74 %) projevovalo zájem a aktivně se účastnilo dodržování léčebného výživového režimu pacienta. V této oblasti většina rodinných příslušníků vidí svoje možnosti přispění. Správným směřováním a rozšířením jejich zájmu např. i o oblast orofaciální či gustatorické stimulace, ve výsledku zvýšíme šance pacienta na lepší kvalitu života. Zajímavým závěrem skončilo i porovnání závislosti efektivnosti chování rodin a míry jejich aktivního zájmu o problematiku pacienta. Statistickým testováním bylo potvrzeno, že efektivně se chovající rodiny projevují vyšší zájem. Avšak pouze 7 rodin z celkového počtu 43 projevilo zájem o víc jak 50 % oblastí.

Na základě výsledků šetření byl vytvořen edukační materiál určený rodinám pacientů po prodělaném krvácení do mozku. Materiál byl svojí jednoduchou formou a obsahem zaměřen spíše na jejich navedení ke zdroji informací. Stručný nástin

problematiky je v danou chvíli, kdy se rodina nachází v emočně vypjaté situaci, a jejím jediným zájmem je samotné přežití blízkého, z našeho pohledu dostačující. V závěru edukačního materiálu odkazujeme na internetové zdroje relevantních informací. Původně zvažovaná obrazová dokumentace prostředí JIP byla vyloučena především z důvodu její možné nesprávné interpretace ze strany rodiny. Po proběhnutí obhajoby diplomové práce, s přihlédnutím na vyjádření státnicové komise, bude obsah a forma edukačního materiálu dále prokonzultována s vedením neurochirurgické kliniky. Následně bude materiál poskytován rodinám pacientů hospitalizovaných na neurochirurgické klinice JIP FN Plzeň. S přihlédnutím na profesionální vyjádření účastníků obhajoby diplomové práce bude dále připravena přednáška obsahující výsledky našeho pozorování, která bude prezentována na výročním sjezdu České neurochirurgické společnosti pořádaným Ústřední vojenskou nemocnicí Střešovice na podzim roku 2019.

ZÁVĚR

V diplomové práci se zabýváme problematikou pacientů s krvácením do mozku. Jedná se o vysoce specifickou oblast, mezi laickou veřejností málo známou. Zajímají nás nejen jednotlivé doprovodné jevy tohoto stavu, ale především dopad změněné situace na rodinu pacienta. I z výsledků šetření plyne, že informovanost široké veřejnosti ocitající se v nenadálé situaci je velice nízká.

V této práci poskytujeme stručný nástin anatomie a některých funkčně významných oblastí mozku. Především následky plynoucí z jejich poškození po proběhlém krvácení. Další oblastí je rozdělení jednotlivých typů krvácení jejich diagnostika a léčba. Upozorňujeme na fakt, že výsledná symptomatologie je u různých typů krvácení prakticky totožná. S malými odchylkami jsou stejné i projevy jiných chorobných procesů na mozku. Tedy můžeme říci, že výsledný edukační materiál lze nabídnout i vybraným skupinám příbuzných pacientů i s jinou diagnózou. Jedná se např. o absces mozku, neuroinfekce či metastázy nádorů do mozku.

Jak již bylo zmíněno, není dosud v České republice schválený adekvátní funkční systém neurorehabilitační péče o všechny pacienty se získaným poškozením mozku. Podařilo se tomu u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě v rámci iktových center úspěšně fungujících několik let. Považujeme za žádoucí zvýšit informovanost laické, ale i odborné veřejnosti o této problematice. V kapitole týkající se specifické ošetrovatelské péče o pacienty s krvácením do mozku jsme nastínili zvláštnosti této oblasti. I tato část diplomové práce by mohla sloužit rodinným příslušníkům jako zdroj prvotních informací ohledně péče o jejich blízkého. Každá část obsahuje i možnosti přispění a účasti rodiny na daném problému. Specifika péče o tuto skupinu pacientů, a především dopad na jejich blízké, volíme jako další oblast, které se věnuje naše diplomová práce. Pochopením reakcí na nenadálou situaci ze strany rodiny a uvědoměním si, že se jedná o reakci zcela přirozenou, lze dle našeho mínění dosáhnout žádoucího cíle. Tím je především zapojení rodiny do péče o pacienta.

Výzkumným šetřením mapujeme oblasti, ve kterých rodina aktivně působí v péči o pacienta. Zajímá nás nejen samotná konkrétní činnost vykonávaná rodinou. Uvědomujeme si, že laik nezná jednotlivé postupy při jejich provádění. Proto hodnotíme i projevení zájmu o danou problematiku či vůbec povědomost o ní. Zajímá nás i doba strávená rodinou u lůžka jejich blízkého a její první a převládající reakce na změněný

vzhled pacienta a prostředí samotné JIP. Výsledkem následného porovnání, zda tyto skutečnosti souvisí, docházíme k závěru, že první reakce rodiny na pacientův vzhled se projeví kratším setrváním u lůžka pacienta. Zde spatřujeme přínos vzniklého edukačního materiálu, který rodinu jednoduchou formou alespoň částečně připraví na prostředí JIP a okolnosti týkající se vzhledu pacienta. Trvalá přítomnost krizového intervenanta v rámci FN Plzeň je dle našeho mínění krok správným směrem. O této možnosti bude rodina informována právě prostřednictvím našeho edukačního materiálu viz příloha D.

Výsledky našeho pozorování nám poukazují na jednotlivé oblasti týkající se reakcí rodinných příslušníků na stav pacienta, kterým je potřeba věnovat pozornost. Dávají návod rodinám, jak efektivně postupovat v uspokojování potřeb pacienta. Především prostřednictvím stručného edukačního materiálu, který svým obsahem a formou zohledňuje těžkou životní situaci rodinných příslušníků dané skupiny pacientů. Následně po vyslechnutí připomínek odborné komise účastníci se obhajoby naší diplomové práce, a aplikaci z ní vyplývajících doporučení, bude edukační materiál poskytnut ke schválení vedení neurochirurgické kliniky FN Plzeň. Poté bude nabízen rodinám pacientů hospitalizovaných na daném pracovišti. S přihlédnutím na výše zmíněné bude připravena přednáška obsahující výsledky našeho výzkumného šetření a bude prezentována na výročním kongresu České neurochirurgické společnosti na Konopišti, který letos pořádá Ústřední vojenská nemocnice ve Střešovicích.

SEZNAM ZDROJŮ

1. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ J., NALOS D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. s. 752. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BENEŠ, V., SUCHOMEL P. *Mozková aneuryzmata a subarachnoidální krvácení*. Praha: Mladá fronta, Aeskulap, 2017. s. 232. ISBN 978-80-204-4406-6.
3. BROŽ, T., a kol., *Možnosti rehabilitace pacientů po těžkém poranění mozku*. [online]. 2014. [cit. 2019-03-23]. Časopis Úrazová chirurgie, 22, 2014, č.3 Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/urazova-chirurgie/2014-3-10/moznosti-rehabilitace-pacientu-po-tezkem-poraneni-mozku-50683>.
4. CEREBRUM Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, z. s., *Současná situace v poskytování zdravotní, zdravotně sociální a sociální péče v České republice*. [online]. 2013. [cit. 2019-01-16]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/popis-soucasne-situace/>.
5. CEREBRUM Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, z. s., *Manuál zaměstnávání osob po poškození mozku*. [online]. 2014. s. 32. [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.praceozp.cz/sites/default/files/obrazky/>.
6. CEREBRUM Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, z. s., ŽÍLOVÁ, T., *Rodinný příslušníci osob po poranění mozku jako další a často zanedbávané oběti traumatu*. [online]. 2013. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/zajimavosti-vyzkum/vyzkumne-clanky/studie-rodinni-prislusnici-osob-po-poraneni-mozku-jako-dalsi-a-casto-zanedbavane-obeti-traumatu-1421.html>.
7. FIALA, P; VALENTA, J; EBERLOVÁ, L. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Charles University in Prague, Karolinum Press, 2015. s. 244. ISBN: 9788024626932.
8. FREI, J. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Vydavatelství, 2016. s. 168. ISBN 978-80-261-0498-8.
9. FREI, J. *Zásady zpracování kvalifikačních prací pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Vydavatelství, 2016. s. 81. ISBN 978-80-261-0605-0.
10. GREEN M., MARZANO V., LEDITSCHKE I.A., MITCHEL I., BISSETT B. *Mobilization of intensive care patients: a multidisciplinary practical guide for clinicians*. Journal of Multidisciplinary Healthcare. [online]. 2016 [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: <https://www.doi.org/10.2147/JMDH.S99811>.

11. GURKOVÁ, E. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. s. 192. ISBN 978-80-271-0461-1.
12. HAKL, M. *Symptomatická léčba bolesti*. [online]. Neurologie pro praxi. 2018. s. 209-212. [cit. 2019-03-16]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz>.
13. HART, T., DRIVER, S., SANDER, A., PAPPADIS, M., DAMS-O'CONNOR, K., BOCAGE, C., HINKENS, E., DAHDAH, M., N., CAI, X. *Traumatic brain injury education for adult patients and families: a scoping review*, *Brain Injury*. [online]. 2018, 32:11, s. 1295-1306. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1493226>.
14. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. s. 545. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HERIÁNOVÁ, M. *Kvalita života pacientů po prodělaném kraniocerebrálním poranění*. Plzeň, 2017. s. 77. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Frei, J.
16. HEŘMANOVÁ, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. s. 200. ISBN 978-80-247-3469-9.
17. KALVACH, P. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 456. ISBN 978-80-247-2765-3.
18. KEBZA, V. a kol. *Psycholog ve zdravotnictví*. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2017. [cit. 2018-11-04], Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1556220&lang=cs&site=ehost-live>.
19. KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2012. s. 359. ISBN 9788072627714.
20. KULIŠŤÁK, P. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. s. 904. ISBN 978-80-246-3068-7.
21. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Rehabilitace pacientů v kómatu*. Praha: Galén, 2013. s. 116. ISBN 978-80-7262-761-5.
22. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén, 2009. s. 148. ISBN 978-80-7262-569-7.
23. MRAČEK, J. *Dekompresivní kraniektomie*. Praha: Galén, 2016. s. 212. ISBN 978-80-7492-264-0.

24. NAVRÁTIL, L. *Neurochirurgie*. Praha: Karolinum, 2012. s. 166. ISBN 978-80-246-2068-8.
25. NEUBAUER, K., SKÁKALOVÁ T. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 230. ISBN 978-80-7435-640-7.
26. OLIVOVÁ, T. *Následná péče o pacienty s poškozením mozku*. České Budějovice, 2018. s. 124. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Dolák, F.
27. POWELL, T. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeutu, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. s. 200. ISBN 978-80-7367-667-4.
28. RICHTEROVÁ, L. *Co je to vlastně vegetativní stav?* Olomouc, 2010. s. 130. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav fyzioterapie. Vedoucí práce: Gabrhelík, T.
29. SALSURY, S.A., COOLEY, W.C., GOSSELIN, D., CORBER, L., Goertz CM. *Patients receiving chiropractic care in a neurorehabilitation hospital: a descriptive study*. Journal of Multidisciplinary Healthcare. [online]. 2018. 11. s. 223-231, [cit. 2019-01-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S159618>. <https://www.dovepress.com/patients-receiving-chiropractic-care-in-a-neurorehabilitation-hospital-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>.
30. SEIDL, Z., VANĚČKOVÁ M. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada, 2014. s. 532. ISBN 978-80-247-4546-6.
31. SMRČKA, M. *Kraniocerebrální poranění a možnosti následné neurorehabilitace - popis problematiky a přehled literatury*. [online]. Neurologie pro praxi. 2013. s. 80-83, [cit. 2019-02-20] Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz>.
32. Standard SNL/023/02, *Používání omezovacích prostředků v rámci FN Plzeň, FN Plzeň*, 2015.
33. STEIN, J. *Stroke recovery and rehabilitation*. New York: Demos Medical, 2009. s. 797. ISBN 9781933864129.
34. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. s. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.
35. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. s. 377. ISBN 978-80-262-0644-6.
36. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ Y., DRUGA R., PFEIFFER J., VOTAVA J. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. s. 319. ISBN 978-80-271-0084-2.

37. THEADOM, A., RUTHERFORD, S., KENT, B., McPHERSON, K. 2018. *The process of adjustment over time following stroke: A longitudinal qualitative study*. [online]. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2018. [cit. 2019-03-20] Dostupné z: www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09602011.2018.1440609.
38. TOMEK, A. et al. *Neurointenzivní péče*. Praha: Mladá Fronta, 2014. s. 498. ISBN 978-80-204-3386-6.
39. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ J. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. s. 134. ISBN 978-80-271-0064-4.
40. TYRLÍKOVÁ, I., BAREŠ M. *Neurologie pro nelékařské obory. Vyd. 2., rozš.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. s. 305. ISBN 9788070135402.
41. WALKER, I. *Výzkumné metody a statistika z pohledu psychologie*. Praha: Grada, 2013. s. 218. ISBN 978-80-247-3920-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha B – Povolení sběru informací na NCH klinice ve FN Plzeň

Příloha C – Pozorovací arch

Příloha D – Edukační materiál

PŘÍLOHY

Příloha A – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Júlia Špalová, Bc.

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povolují** sběr informací na *Neurochirurgické klinice (NCH)* FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět metodou pozorování (kvalitativní výzkum) chování rodinných příslušníků hospitalizovaných pacientů, v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „*Role sestry v edukaci rodiny u pacienta s krvácením do mozku*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra NCH souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nesmí narušit chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, či o pacientech a jejich rodinách, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň** závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost vedoucích zdravotnických pracovníků NCH Vám šetření umožnit, pokud by Vaše šetření narušovalo plnění Vašich pracovních povinností, či nevhodně zasahovalo do provozu ZOK.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

2. 2. 2018

Příloha B – Povolení sběru informací na NCH klinice ve FN Plzeň



NEUROCHIRURGICKÁ KLINIKA
prim. doc. MUDr. Vladimír PŘIBÁŇ, Ph.D.
Fakultní nemocnice v Plzni, Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
tel. sekretářka 377 104 371, fax: 377 103 075
E-mail: pribany@fnplzen.cz, korecka@fnplzen.cz

Povolení sběru informací na NCH klinice FN Plzeň

Vážená paní Špalová

na základě Vaší žádosti Vám povolují sběr informací k vypracování diplomové práce „Role sestry v edukaci rodiny u pacienta s krvácením do mozku“. Šetření bude probíhat metodou pozorování chování rodinných příslušníků u hospitalizovaných pacientů na neurochirurgické JIP. O zahájení šetření bude informována vrchní sestra Mgr. Věra Berková. Vaše šetření nebude narušovat chod pracoviště. Budou dodrženy všechny legislativní normy, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění. Údaje o pacientech a jejich rodinách, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymní.

V Plzni dne 12. února 2018

Doc. MUDr. Vladimír Přibáň, Ph.D.

Přednosta NCH kliniky

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Neurochirurgická klinika
přednosta: doc. MUDr. Vladimír Přibáň, Ph.D.
304 60 Plzeň, Alej Svobody 80, tel.: 377 104 371

POZOROVACÍ ARCH

OBDOBÍ – únor 2018 až srpen 2018

MÍSTO – FN PLZEŇ, neurochirurgie JIP

SLEDOVANÝ SOUBOR – rodina pacientů s krvácením do mozku – úrazové i spontánní

ZPŮSOB – přímé skryté pozorování

- 1.) Délka návštěvy**
- a.) do 5 min.
 - b.) do 15 min.
 - c.) více než 15 min.
 - d.) několikrát za den

- 2.) Reakce rodiny (R) na vzhled pacienta**
- a.) pláč
 - b.) zděšení
 - c.) mlčení
 - d.) úsměv
 - e.) projevy neadekvátní euforie
 - f.) jiné
-

- 3.) Chování rodiny v průběhu návštěvy**
- a.) R se pacientovi plně věnuje
 - b.) R většinu času sleduje dění na JIP
 - c.) R většinu času komunikuje mezi sebou, nezapojuje pacienta do komunikace
 - d.) R stojí u lůžka pacienta, nekomunikuje
 - e.) neadekvátní reakce ze strany R – projevy agrese vůči personálu, pacientovi, obviňování sebe, jiné osoby, personálu...
 - f.) jiné
-
-

4.) Podíl rodiny na péči o pacienta

a.) R se aktivně podílí na péči o pacienta

- konkrétní úkony

.....
.....
.....

b.) R vyjadřuje nekonstruktivní myšlenky – „mám strach, abych neublížil“, „to nezvládnu“, „to neumím“...

c.) R je schopná po krátké instruktaži péče o pacienta

d.) R vykonává činnosti za pacienta, které by zvládl sám

e.) R vyhledává alternativní možnosti léčby a uplatňuje je v průběhu návštěvy

f.) R se odmítá podílet na péči o pacienta

- konkrétní úkony

.....
.....
.....

5.) Po podání informací lékařem vyžaduje rodina doplňující informace týkající se

a.) celkového zdravotního stavu – diagnóza, prognóza

b.) zavedených katetrů, monitoringu...

c.) léčebného režimu – terapeutická poloha, omezující prostředky, možnost pohybu...

d.) následné péče po propuštění ze zdravotnického zařízení

e.) sociální oblasti – příspěvky, kompenzační pomůcky...

f.) žádné

g.) jiné

.....
.....
.....
.....
.....

6.) Vědomosti rodiny ohledně specifické problematiky pacientů

R projevuje aktivní snahu o nalezení možných způsobů komunikace s pacientem
ANO-NE

R projevuje zájem o spolupráci s logopedem
ANO-NE

R aktivně působí v rámci prevence aspirace (krmení až po konzultaci s oše
personálem, zvýšená poloha těla, správná poloha hlavy...)
ANO-NE

R zná důvody psychomotorického neklidu, projevů agrese/ deprese, apatie u
pacienta
ANO-NE

R chápe nutnost omezujících prostředků (dlahy, fixační pásy, kurty...) a souhlasí
s jejich použitím
ANO-NE

R se aktivně podílí na hygienické péči o pacienta
ANO-NE

R zná důvod, způsob a frekvenci polohování
ANO-NE

R aktivně projevuje zájem o RHC s pacientem, včetně polohování
ANO-NE

R využila možnosti kontaktu na fyzioterapeuta
ANO-NE

R projevuje zájem o konzultaci psychologa
ANO-NE

R dodržuje výživový léčebný režim
ANO-NE

R je z pohledu zdravotníka přínosným členem oše týmu
ANO-NE

Pokud ANO, jak?

.....
.....

Pokud NE, proč?

.....
.....

7.) Doplňující informace

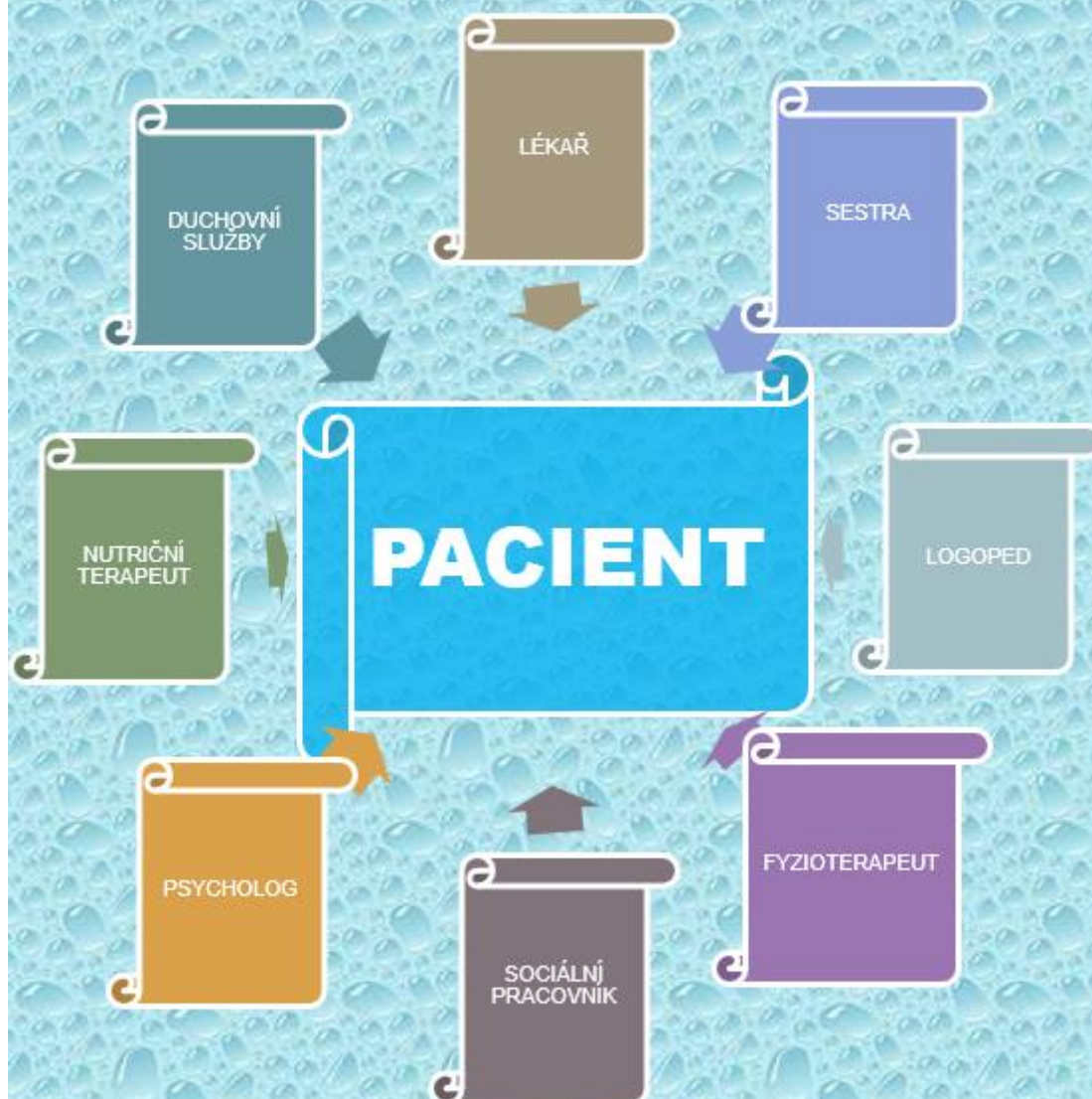
.....



**INFORMACE PRO RODINU A
BLÍZKÉ PACIENTŮ
HOSPITALIZOVANÝCH NA
NEUROCHIRURGICKÉ KLINICE –
JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE (JIP)**



KDO PEČUJE O PACIENTA A NA KOHO SE MŮŽETE OBRÁTIT?



LÉKAŘ – na Vaše požádání poskytnete informace o aktuálním zdravotním stavu Vašeho blízkého, a to buď osobně, nebo telefonicky (v průběhu celého dne, nejlépe však v dopoledních hodinách). Pro telefonickou komunikaci obdržíte PIN – kombinaci čísel, které identifikují pacienta a brání zneužití poskytovaných informací. Lékař Vás bude informovat o průběhu léčby a možnostech následné péče.



SESTRA – poskytne doplňující informace týkající se chodu pracoviště a vlastní péče o pacienta. Po konzultaci s Vámi, vybere vhodné aktivity, které v případě zájmu můžete provádět s pacientem v průběhu návštěvy (polohování, hygienická péče, krmení, různé druhy rehabilitace, stimulace u bezvědomých...). Doporučí Vám vhodné pomůcky, které bude Váš blízký potřebovat. Po konzultaci s ní zvolíte vhodnou dobu a délku návštěvy. Může Vám zprostředkovat schůzku s dalšími členy týmu pečujícími o vašeho blízkého (logoped, psycholog, sociální pracovník apod.).

LOGOPED – pečuje o pacienty trpící různými druhy poruch řeči. Diagnostikuje a léčí také poruchy polykání. Může Vám doporučit vhodné techniky podporující terapii daného problému. Doporučí Vám také vhodné způsoby komunikace s pacientem. U bezvědomých provádí orofaciální stimulaci (speciální podněty aplikované v oblasti obličeje a úst), které mají za cíl připravit pacienta na polykání. Pomáhají aktivizovat a orientovat ho při návratu vědomí.



FYZIOTERAPEUT

– rehabilitační pracovník v podmínkách JIP cvičí s pacientem 1x denně v dopoledních hodinách. Odpolední cvičení zajišťuje, dle jeho instrukcí, sestra. Pacienti obvykle velice pozitivně vnímají účast blízkých či příbuzných osob na rehabilitačním cvičení. Fyzioterapeut Vám doporučí vhodné postupy při jeho provádění. Lze s ním konzultovat výběr vhodných kompenzačních pomůcek, je-li potřeba.



SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

– podílí se na koordinaci překlady pacienta do jiného zdravotnického zařízení nebo propuštění do domácího prostředí (je možné s ním konzultovat vhodný způsob následné péče). Může Vám poskytnout informace týkající se pobytu ve zdravotnickém zařízení, zajištění vhodných kompenzačních pomůcek, finanční pomoci od státu v případě domácího ošetřování a mnoho dalších.



PSYCHOLOG

– v průběhu dne poskytuje odbornou podporu pacientovi i jeho blízkým nejenom ve vypjatých emočních situacích. Pomáhá se zvládnutím nenadálé situace, jakou může být i přijetí pacienta do nemocničního zařízení, sdělení nepříznivé zprávy apod. Ve FN je také nepřetržitě poskytovaná služba krizového intervanta. Jedná se o speciálně vyškoleného



odborníka z řad zdravotníků, který Vám poskytne konzultaci v období akutní psychické krize.

NUTRIČNÍ TERAPEUT – v případě specifických požadavků na stravu lze prostřednictvím sestry kontaktovat nutričního terapeuta (vegetariánství, veganství, vynechání určitého typu potravin apod.). Lze s ním řešit i problémy ve výživě, jestliže pacient neprospívá.



DUCHOVNÍ SLUŽBY – sestra Vám poskytne kontakt na poskytovatele služeb.

Skupinu odborníků věnující se Vašemu blízkému tvoří specialisté i z dalších oborů a Vy budete prostřednictvím ošetřujícího lékaře informováni o všech konziliárních vyšetřeních a léčebných opatřeních z jejich strany uskutečněných v průběhu hospitalizace Vašeho blízkého. Pacienti probouzející se z bezvědomí obvykle lépe reagují na známé tváře. Vaše přítomnost u lůžka pacienta má nezastupitelnou roli. Jste pro nás cenný zdroj informací týkající se pacientovo potřeb, jeho denního režimu, preferencí v jídle a mnoho dalšího. Chápeme Vaši obrovskou nejenom emoční zátěž plynoucí z neočekávané situace a rádi Vám zprostředkujeme informace týkající se péče o pacienta a odkazy na další odbornou pomoc.

NEJČASTĚJŠÍ OTÁZKY:

Jaká je vhodná doba a délka návštěvy?

Obvykle doporučujeme návštěvu mezi 14-16 hod. Jedná se o dobu, kdy se předpokládá, že budete nejméně rušeni chodem pracoviště. Po konzultaci s ošetřujícím personálem můžete však svého blízkého navštívit v průběhu celého dne. Vhodná délka návštěvy je vysoce individuální a odvíjí se od aktuálního stavu pacienta. Není vhodná velká skupina lidí. Doporučujeme maximálně 2 osoby.

Co bude Váš blízký v nemocnici potřebovat?

Základní hygienické pomůcky poskytujeme všem našim pacientům od prvního dne přijetí. Je však s výhodou používání vlastního sprchového gelu, zubní pasty, kartáčku na zuby, ústní vody, holicích potřeb, tělového krému. Pacient je na ně zvyklý a lépe reaguje na známé vůně a pomůcky. Vlastní ručníky a mycí žínky pacientů z hygienického hlediska běžně nepoužíváme. Po domluvě se sestrou je možné postupně přinést oblíbený nápoj, potravinu, přehrávač hudby, fotografie, obrázky (slouží k chuťové, zrakové a sluchové stimulaci pacienta). Dále např. vlastní polštář, plyšovou hračku, molitanový míček (doteková stimulace) apod.

Vnímá mně?

Porucha vědomí u pacienta souvisí s možným vlivem krvácení na mozkové struktury a bývá také navozená farmakologicky. O této skutečnosti Vás bude lékař informovat. Někdy je nutné, aby měl pacient absolutní klid a není žádoucí ho zatěžovat jakýmikoliv podněty. Po konzultaci se sestrou můžete na pacienta mluvit a sledovat jeho reakce. Mluvte klidně, dostatečně nahlas (někdy obvaz na hlavě snižuje sluchové vnímání),

přátelsky, o známých situacích, osobách. Je možné i předčítání oblíbené knihy, časopisu apod.

Proč nemluví?

Schopnost mluvit bývá ovlivněná probíhajícím onemocněním nebo poruchou vědomí. Mluvení znemožňuje také endotracheální rourka (speciální rourka zavedená ústy do dýchacích cest pacienta umožňující mu dýchání) nebo tracheostomická kanyla (kanyla zavedená přes krk do dýchacích cest pacienta). S výběrem vhodného způsobu komunikace Vám budeme pomáhat v průběhu Vaší návštěvy u lůžka pacienta. Může to být velice obtížné a celý proces vyžaduje nesmírnou dávku trpělivosti, ze strany Vás i pacienta.

Bolí ho něco?

V akutní fázi onemocnění se léky podávají pacientovi kontinuálně (trvale) do žilního systému. Na slovní a mimoslovní projevy bolesti vždy adekvátně reagujeme a snažíme se tak o to, aby pacienti bolest nepociťovali. U některých typů krvácení však optimální nastavení léčby bolesti může určitou dobu trvat a závisí na mnoha dalších okolnostech. Intenzitu případné bolesti zaznamenáváme a vyhodnocujeme tak, aby bylo její řešení co nejefektivnější. Využíváme i nefarmakologické způsoby úlevy od bolesti (chlad, úprava polohy, relaxační techniky apod.), na kterých se můžete po konzultaci se sestrou podílet i Vy.

Jak mu můžu pomoci? Můžu mu ublížit?

Možností Vašeho zapojení do péče o pacienta je celá řada. Závisí to na aktuálním stavu pacienta a jeho potřebách. Někdy je významná pomoc i samotná Vaše přítomnost u lůžka vašeho blízkého. Dle vašich individuálních možností doporučí ošetřující sestra vhodné činnosti a aktivity, na kterých se můžete podílet. Zahrnují např. účast na hygienické péči, polohování, rehabilitace,

smyslová stimulace, podávání stravy a celá řada jiných činností. Při dodržování instrukcí od zdravotnického personálu by se nemělo stát, že svého blízkého poškodíte. Jsme neustále v blízkosti pacienta a v případě potřeby zasáhneme. Je vhodné, jakoukoliv manipulaci s pacientem napřed konzultovat s námi. Někteří pacienti musí dodržovat klid na lůžku, nesmí hýbat hlavou či končetinami.

Kdy bude moci jíst?

Pacientovi je zajištěná výživa od prvního dne hospitalizace. Nejdříve se jedná o výživu parenterální, nitrožilní, mimo zažívací trakt. Poté dle stavu pacienta se velice pozvolna přechází na běžnou stravu, podávanou ústy. Celá řada pacientů trpí nevolností, nechutenstvím, zvracením. Není vhodné podávat stravu bez konzultace se sestrou. Někdy hrozí vážné komplikace ve smyslu aspirace nevhodně zvolené konzistence potravy při poruchách polykání. Alternativou je podávání speciální stravy sondou zavedenou nosem či ústy do žaludku (nasogastrická, nasojejunální sonda). Někdy stav pacienta vyžaduje zavedení speciální sondy do žaludku přes břišní stěnu. Jedná se o dlouhodobější řešení a v tomto případě nesmí pacient přijímat stravu ústy. Může se stát, že pacient sám nemá nadhled nad charakterem svých obtíží. Proto je konzultace se sestrou ohledně vhodného typu a konzistence potravy a vůbec možnosti jejího podání nutná. Je s výhodou, když informujete sestru o oblíbeném jídle pacienta, jeho preferencích ve výběru a zvyklostech při stravování.

Proč je omezen v pohybu (zábrany, kurty, fixační pásky)?

Pacienti trpící různým stupněm poruchy vědomí mají svoje reakce ovlivněné jednak farmakologicky a jednak vlivem proběhlého onemocnění na mozkové struktury. Probírají se do neznámého prostředí, mezi cizí lidi. To vše je pro ně frustrující a obtížně pochopitelné.

Mohou mít potíže s pamětí, jsou zmatení ze své situace. Proto není nezvyklé, že reagují agresivně, chtějí odejít domů, snaží se vytáhnout katetry a sondy. Nezřídka může zmatenost vést nejen k sebepoškozování, ale i k útokům na další osoby. Bohužel si během této fáze nemoci mohou poškodit zdraví a je nutné jim v takovém chování zabránit právě použitím omezujících prostředků. My pacientovo chování chápeme jako součást jeho nemoci a omezující prostředky využíváme na nezbytně nutnou dobu. Přítomnost rodiny a přátel častokrát vede ke zklidnění pacienta a potřebu používání těchto prostředků snižuje na minimum.

Proč nehýbe rukou, nohou?

Jako následek proběhlého onemocnění může pacient trpět různým stupněm poruchy hybnosti končetin. Týká se buď jedné nebo končetin na jedné straně těla či všech. V akutní fázi onemocnění je těžké předvídat vývoj poruchy a je nutné zahájit intenzivní rehabilitační cvičení, ve kterém se pokračuje dlouhodobě i v domácím prostředí. Postupně učíme pacienta zvládat aktivity denního života (najíst se, vyčistit zuby, obléct se apod.). Cílem je co nejčasnější vertikalizace a dosažení co nejvyššího možného stupně mobility. Zde se nabízí obrovský prostor Vašeho přispění v péči o pacienta. Naším záměrem není vykonávat činnosti za pacienta. Naopak trpělivé vedení k co nejvyšší míře samostatnosti i za cenu drobných či větších neúspěchů je pro pacienta přínosné.

KONTAKTY NA NĚKTERÉ POMÁHAJÍCÍ ORGANIZACE

<https://www.casjemozek.cz>

Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich
rodin (www.cerebrum2007.cz)

Ergoterapie (www.ergoaktiv.cz)

ICTUS-CLUB (www.ictus.cz)

Katalog sociálních služeb (www.plzen.eu/socialnisluzby)

Občanské sdružení Klub afasie (www.klubafasie.com)

Občanské sdružení Logo (www.oslogo.cz)

Občanské sdružení Mozek (www.mozek-cviceni.cz)

Autor: Bc. Júlia Špalová

Zdroje obrázků:

<https://www.edb.cz/katalog-firem/zdravi-a-zdravotnictvi/ordinace-praktickych-lekaru/>

<https://helsenorge.no/behandling-i-utlandet/logoped-og-audiopedagog-i-eu-eos>

<https://www.lookcool.cz/zdravi-a-zivotni-styl/fyzioterapeut-praha-vas-zbavi-vsech-bolesti/>

<http://www.poranenimozku.cz/zajimavosti-vyzkum/zajimavosti/pozor-alkohol-poskodi-mozek-uz-za-6-minut.html>

<https://www.nutricniterapeut-praha.cz/2017/08/18/nutricni-terapeut-nebo-vyzivovy-poradce/>