Specifika péče o pacienta s akutním iktem na oddělení urgentního příjmu

Anna Tomšů

Bakalářská práce
2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2015/2016

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

Jméno a příjmení:	**Anna Tomšů**
Osobní číslo:	**H130164**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Forma studia:	**prezenční**

Téma práce: **Specifika péče o pacienta s akutním iktem na oddělení urgentního příjmu**

Zásady pro vypracování:

Rešerše odborné literatury k tématu bakalářské práce.
Vymezení pojmů, cílů a teoretických východisek z oblasti semi/intenzivní péče a neurologie.
Příprava a realizace kvalitativního šetření prostřednictvím pozorování a polostrukturovaného rozhovoru ve vybraných zdravotnických zařízeních.
Zpracování získaných dat a jejich následná interpretace.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. Klinická neurologie. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
GODEFROY, Edited by Olivier. The Behavioral and Cognitive Neurology of Stroke. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2013. ISBN 9781139058988.
HERZIG, Roman. Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. 112 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-373-2.
POLÁK, Martin. Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 646 s. ISBN 978-80-204-3208-7.
SLEZÁKOVÁ, Zuzana. Ošetřovatelství v neurologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4868-9.
TOMEK, Aleš. Neurointenzivní péče. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 498 s. ISBN 978-80-204-3359-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vladimír Koutecký**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 9.2.2016 .....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky péče na urgentním příjmu u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou. Teoretická část se věnuje samotné definici problému, epidemiologií, rizikovým faktorům, prevenci, rozdělení akutních iktů dle příčin vzniku, symptomatologií a stručné anatomií cévního zásobení mozku. Druhá část práce je zaměřena na vysvětlení pojmu – urgentní příjem, popisuje zajištění pacienta s iktem, diagnostiku a jeho následnou léčbu. V praktické části jsou zpracovány rozhovory s všeobecnými sestrami na oddělení urgentního příjmu se zaměřením na jejich znalosti o cévní mozkové příhodě a na specifika přístupu k těmto pacientům na jednotlivých pracovištích. V závěru práce jsou shrnuty a analyzovány vědomosti, specifika péče u pacienta s akutním iktem a postupy při zajištění pacienta s touto diagnózou.

Klíčová slova: Akutní iktus, urgentní příjem, specifika péče, trombolýza

ABSTRACT

The main content of this bacelor thesis are the specifics of care about patients with acute stroke in the emergency department. The first chapter of theoretical part dedicated to the problem definition and epidemiology, risk factors, prevention, types of acute stroke according the causes, symptoms and brief anatomy of the brain vasculature. The second part is focuse on the notion – emergency department, which describes ensure stroke patients, the diagnosis and subsequent treatment. In the practical part presents interviews with general nurses in the emergency department with a focus on their knowledge of stroke and the progress on their workplaces during the patient's admission with this problem. The conclusion will be summarized and assessed knowledge, the specifics of care for patients with acute stroke and procedures for ensuring patient with this diagnosis.

Keywords: Acute stroke, emergency department, specifics care, trombolysis

Děkuji Mgr. Vladimíru Kouteckému za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce, zdravotním sestrám v Krajské nemocnici Tomáše Bati a ve Fakultní nemocnici Brno, Bohunice za poskytnutí materiálů a za ochotnou spolupráci při rozhovorech. Dále patří velký dík mé rodině, která byla mojí oporou po celou dobu studia a přátelům za neustálé dodávaní energie při psaní mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 19. května 2016. Anna Tomšů

OBSAH

ÚVOD **10**

I TEORETICKÁ ČÁST **12**

1 CHARAKTERISTIKA AKUTNÍCH IKTŮ **13**

1.1 EPIDEMIOLOGIE AKUTNÍCH IKTŮ 13

1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK AKUTNÍHO IKTU 14

1.2.1 Rizikové faktory ovlivnitelné 14

1.2.2 Rizikové faktory neovlivnitelné 15

1.3 PREVENCE 16

1.4 VZNIK IKTU 16

1.4.1 Akutní ischemická cévní mozková příhoda 17

1.4.2 Hemoragická cévní mozková příhoda 18

1.4.2.1 Intracerebrální krvácení 19

1.4.2.2 Subarachnoidální krvácení 20

1.5 KLINICKÉ PŘÍZNAKY 20

2 CÉVNÍ ZÁSOBENÍ MOZKU **22**

2.1 KAROTICKÉ ŘEČIŠTĚ 22

2.2 VERTEBROBAZILÁRNÍ ŘEČIŠTĚ 22

3 URGENTNÍ PŘÍJEM A NÁSLEDNÁ PÉČE **24**

3.1 DEFINICE URGENTNÍHO PŘÍJMU 24

3.2 PŘÍJEM PACIENTA 26

3.2.1 Základy nemocniční péče na oddělení urgentního příjmu 27

3.2.2 Iniciální opatření a zajištění pacienta z pohledu kompetence všeobecné sestry 27

3.3 DIAGNOSTIKA 29

3.3.1 Hodnotící škály 32

3.4 NÁSLEDNÁ LÉČBA 33

3.4.1 Trombolýza 34

3.4.2 Antiagregační a antikoagulační léčba 35

3.4.3 Perkutánní Transluminární Angioplastika s implantací stentu (PTA) 35

3.4.4 Protiedémová léčba 35

3.4.5 Chirurgická léčba 36

II PRAKTICKÁ ČÁST **37**

4 METODIKA VÝZKUMU **38**

4.1 CÍLE ŠETŘENÍ 38
4.2 VÝZKUMNÁ METODA 39
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ 39
4.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ 40
4.5 STRUKTURA ROZHOVORU 41
4.6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT 42
DISKUSE 64
ZÁVĚR 69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 70
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 74
SEZNAM TABULEK 75
SEZNAM PŘÍLOH 76

ÚVOD

Akutní iktus patří mezi druhou nejčastější příčinu smrti a problém vedoucí k invalidizaci jak v České republice, tak i po celém světě. Postihuje nejen fyzickou stránku pacienta, ale těžce zasahuje do psychiky a tím vytváří pro člověka s prodělanou cévní mozkovou příhodou velký handicap. Akutní iktus pro nás představuje velký problém už z toho důvodu, že postihuje častěji mladší věkové kategorie. Právě tuto situaci vytváří časté užívání antikoncepce, alkoholu, kouření a celkový nezdravý životní styl. Možná právě to je důvod, proč bychom se měli zaměřit především na prevenci akutního iktu a jeho výskyt minimalizovat. Pečlivá edukace a informovanost o možném vzniku tohoto onemocnění je důležitá jak u lidí s přítomnou hypertenzí, diabetes mellitus a s rizikovým chováním, tak také u lidí, kteří již cévní mozkovou příhodu prodělali v minulosti.

Tento problém sebou nese těžký dopad na soběstačnost člověka a na kvalitu jeho budoucího života. Způsobuje poruchy řeči, čímž zásadně omezuje člověka v komunikaci, omezuje jeho hybnost, případně zapříčiní psychické problémy nebo mnoho dalších. Pacient se těžko vyrovnává se svým zdravotním stavem a závislostí na druhé osobě. Ne každý má oporu v rodině a tak osobnost člověka společně s jeho snahou zlepšit svůj zdravotní stav, začíná postupně upadat. Právě z těchto důvodů považujme dostatečné znalosti a vzdělanost zdravotního personálu na urgentním příjmu za stěžejní. Přeci jen na oddělení urgentního příjmu dochází k prvotnímu ošetření v rámci zdravotnického zařízení, předání veškerých zásadních informací mezi zdravotnickou záchrannou službou, rodinnými příslušníky a lékařem urgentního oddělení. Tento lékař přebírá do svých rukou osud nemocí postiženého pacienta a společně s multidisciplinárním týmem plánuje další postup. Je také důležité kontaktovat další odborníky jako – neurolog, neurochirurg, apod. protože i jejich přítomnost je nezbytná. Sestra v tomto případě musí být po celou dobu k dispozici lékaři, musí mít určité znalosti o daném onemocnění a umět rychle a správně reagovat. Včasná a správná diagnostika přináší vhodnou léčbu a tím zmírňuje dopady, které mohou po prodělané cévní mozkové příhodě následovat. Za zdárný příklad můžeme považovat léčebnou metodu, u které je každá minuta drahocenná – trombolýza. Po předání pacienta v určitém časovém kritériu a vyloučení všech zásadních kontraindikací se právě trombolýza pokládá za nejvhodnější a nejspolehlivější terapii.

Cílem této práce je zmapovat informovanost všeobecných sester v péči o pacienta s akutním iktem. Další snahou je získat a ucelit informace o specifikách a prvotním zajiště-

ní nemocného ve zdravotnickém zařízení. Výkon profese – všeobecné sestry urgentního příjmu vyžaduje mnoho její pozornosti, spolehlivosti, flexibility a dostatečné informovanosti. Tento cíl můžeme považovat za smysluplný, jelikož právě na tomto stojí vhodná a správná péče, která pak snižuje dopady na pacientův budoucí život.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA AKUTNÍCH IKTŮ

Akutní iktus (či cévní mozková příhoda, dále jen CMP) je urgentní stav vyžadující pokud možno co nejrychlejší diagnostiku a co nejrychlejší zahájení vhodné léčby (Polák, 2014, s. 237). CMP je možno definovat jako náhle se rozvíjející symptomatologii ložiskového poškození mozku, která přetrvává i po 24 hodinách. Akutní iktus může zapříčinit smrt a současně vyloučit jinou příčinu způsobující potíže. (Hutyra, 2011, s. 13)

Jedná se o cerebrovaskulární příhodu (*cerebro* udává souvislost s mozkem a *vaskulární* poukazuje na přítomnost poruchy cév), během které dochází k nedostatečnému okysličení mozkové tkáně s následnou těžkou hypoxií. Tento stav vzniká na podkladě poruchy krevního zásobení mozku, a to buď z důvodu nedostatečného prokrvení (ischemie) nebo krvácení (hemoragie) do mozkové tkáně. Ze všech akutních mozkových iktů tvoří ischemické mozkové příhody asi 80 % a hemoragické příhody 20 % (z toho intracerebrálních hemoragií je asi 17 %, subarachnoidálních 3 %). Jedním z nejčastějších projevů iktů je porucha hybnosti končetin různého stupně, závratě, poruchy čití a mnoho dalších symptomů dle lokalizace postižené oblasti, kterými se podrobněji věnuji níže. (Hutyra, 2011, s. 13; Slezáková, 2014, s. 62; Ambler, 2010, s. 140; Palmer, 2013, s. 19)

1.1 Epidemiologie akutních iktů

Cévní onemocnění mozku představují závažnou zdravotnickou, sociální, ale také ekonomickou problematiku. Incidence (neboli informace o počtu nových případů na 100 000 obyvatel za jeden rok) nám udává v různých oblastech České republiky počet 200-300 osob. Pokud vyspělé státy přesahují 200, považuje se tento údaj za vysoký výskyt. Celosvětově se incidence odhaduje na 4 miliony, z toho více než 0,5 milionu výskytů je pouze v Evropě. Evropské epidemiologické studie předpokládají zvyšování výskytu CMP za rok v průměru o 1,5 %, z čehož lze odvodit, že do budoucích 20 let může dojít k pandemii iktů. Ikty patří mezi druhou nejčastější příčinu smrti a také jednu z hlavních příčin předcházející invalidity, jak tělesné, tak sociální. V akutním období (prvních 14 dní) umírá 10–15 % nemocných, do 6 měsíců 30 %. Asi u 40 % postižených CMP v důsledku neurologického deficitu dochází k trvalému poškození soběstačnosti a k částečné nebo úplné závislosti na druhé osobě při běžných denních aktivitách a plnění svých základních potřeb. **(**Ambler, 2010, s. 140; Kalita, 2006, s. 17; Polák, 2014, s. 237)

Česká republika (dále jen ČR) zatím patří mezi státy s vysokou úmrtností. Ročně u nás akutní iktus postihne zhruba 30 000 obyvatel. Z toho 1/3 obyvatel, která tomuto akutnímu stavu podlehne, do roka umírá. Alarmující je především vzrůstající výskyt CMP u stále mladších věkových kategorií. (Herzig, 2014, s. 9; Polák, 2014, s. 237)

Výsledky rozsáhlých studií, rozvíjení farmakoterapie, diagnostiky a intervenční radiologie umožňují, že postupně dochází k zásadním pokrokům a změnám pohledu na léčbu pacienta s akutním iktem, a tím i k postupnému snížení mortality. Základem léčebných postupů akutní fáze iktu se stala včasná léčba vzniklých ischemií postižené tkáně. Za další velmi důležitý aspekt komplexní terapie CMP můžeme považovat prevenci. (Hutyra, 2011, s. 11; Tomek, 2014, s. 265)

1.2 Rizikové faktory pro vznik akutního iktu

"Rizikové faktory CMP jsou takové děje a procesy, jejichž působení v konečném důsledku vede ke snížení rychlosti a objemu krevního proudu na takovou hodnotu, která nestačí k nasycení mozkové tkáně kyslíkem a odplavování produktů metabolismu." (Kalina, 2008, s. 197)

Rizikové faktory lze rozdělit na ovlivnitelné, které je možno nějakým preventivním způsobem potlačit, nebo usměrnit. Neovlivnitelné rizikové faktory jsou podmíněné vývojem, genetikou, prostředím a i přes snahu jim zabránit nelze.

1.2.1 Rizikové faktory ovlivnitelné

- **Krevní tlak** – Arteriální hypertenze je jeden z nevýznamnějších ovlivnitelných rizikových faktorů. Díky vysokému krevnímu tlaku může dojít jak k CMP hemoragického typu, tak typu ischemického bez ohledu na věk a pohlaví.
- **Srdeční onemocnění** – Fibrilace síní s onemocněním mitrální chlopně je považována za velký rizikový faktor CMP, protože srdeční chlopně jsou hlavními místy pro vznik trombu. Mezi další rizika patří bakteriální endokarditida, intracerebrální výdutě, apod.
- **Ateroskleróza** – Je považována za nejzávažnější riziko pro vznik ložiskové mozkové ischemie.
- **Diabetes mellitus** – Každý pátý pacient s ischemickým iktem má diabetes mellitus. Při dlouhodobém zvýšení hladiny cukru v krvi se zvyšuje riziko vzniku akutního

iktu. Chronická hyperglykémie způsobuje poškození stěn cév a tím poruchy koagulace.

- **Dyslipidemie** – Zvýšená hladina cholesterolu v krvi je spojena z rozvojem aterosklerózy a tím pádem také s rozvojem ischemického iktu.
- **Obezita** – Jedná se spíše o faktor podpůrný, protože je často sdružena s hypertenzí, diabetem, zvýšeným obsahem cholesterolu a tuků v krvi.
- **Kouření** – Zdvojnásobuje riziko rozvoje iktu. Nebezpečné je především u žen užívající hormonální antikoncepci.
- **Hormonální antikoncepce** – Závažný rizikový faktor u žen, a to především v kombinaci s migrénou a kouřením, jak již zmiňuji výše. Toto riziko se snižuje při užívání moderní antikoncepce s nízkým obsahem estrogenů.
- Mezi další ovlivnitelné rizikové faktory řadíme např. – alkohol, nedostatek tělesného pohybu, migréna, hypotyreóza, chronická obstrukční plicní nemoc, pneumonie, poruchy hemoglobinu a hematokritu, tranzitorní ischemická ataka. (Kalvach, 2010, s. 63; González, 2011, s. 34; Neumann, ©2009, s. 166; Bednařík, 2010, s. 17; Herzig, 2014, s. 10-21; Polák, 2014, s. 239)

1.2.2 Rizikové faktory neovlivnitelné

- **Věk** – K narůstání rizika vzniku akutního iktu dochází po 45. roce. Po dosažení 50. let znamenají každé tři následující roky riziko vyšší.
- **Pohlaví** – Akutní iktus je častější u mužů, úmrtnost na něj je však vyšší u žen.
- **Geografické podmínky** – Vyšší výskyt CMP byl zaznamenán v USA a Finsku. Jihovýchodní část Spojených států je nazývána „pás mrtvice“. Tento rozdíl může být způsoben stravovacími návyky, kde v minulosti převažovala strava živočišných tuků, měkčí voda vnitrozemských jezer a nižší obsah magnesia, kalia, kalcia, a mědi v půdě.
- Mezi další neovlivnitelné vlivy můžeme zařadit také rodinou zátěž, rasu, meteorologické vlivy a genetiku. (Kalita, 2006, s. 112; Herzig, 2014, s. 16; Hutyra, 2011, s. 14)

1.3 Prevence

Předcházení CMP je mnohem aktuálnější téma než jeho vlastní léčba. Spočívá v omezení a nejlépe odstranění rizikových faktorů, v medikamentózní prevenci, úpravě životního stylu a intervenčních zákrocích na stenotických tepnách. Některá z těchto opatření jsou závislá na zvycích, způsobu života a tělesných podmínkách. Velkou roli v prevenci hraje především strava, která z velké části ovlivňuje vznik aterosklerózy. Právě ta představuje velkou hrozbu pro vznik akutního iktu. Je velice důležité omezit příjem nasycených tuků vyskytujících se především v živočišných produktech. Další důležitou prevencí je omezení soli. Zásadní je nepřisolovat a omezit denní přísun soli na méně než 6 gramů. Do jídelníčku řadit více zeleniny, ovoce, celozrnného pečiva, ryb, nízkotučné mléčné výrobky a preferovat vařením připravené pokrmy před smažením. Dalším důležitým aspektem prevence je omezit kouření a nadměrné množství alkoholu. Pacienti s diagnostikovanou hypertenzí by neměli podceňovat pravidelné návštěvy lékaře, selfmonitoring, léčbu a dodržování lékařského doporučení. Důležité je také nezlehčovat srdeční potíže. Včas navštívit odborníky, a tím zabránit následným komplikacím, případně zahájit vhodnou terapii. Člověk by měl preventivně redukovat tělesnou hmotnost a nevyhýbat se pohybové aktivitě, která snižuje riziko usazování tukových plátů a cholesterolu v tepnách. Snažit se minimalizovat deprese a emoční stres, preferovat jiné antikoncepční metody než pilulky, dodržovat pravidelný pohybový režim s dostatkem tekutin. (Feigin, 2007, s. 66-83)

Medikamentózní prevence je založena na dvou hlavních alternativách v podobě antikoagulační, která se zahajuje před všemi možnými projevy selhávání mozkové cirkulace. Dále antiagregační, která se využívá při léčbě stenotických karotid, kdy není vhodné operační řešení. Za úlohu všeobecné sestry se pokládá řádná edukace a schopnost odpovědět pacientovi na veškeré otázky. Velmi důležité je přizpůsobit edukaci zdravotnímu stavu pacienta a vést edukaci tak, aby všemu dostatečně porozuměl. (Feigin, 2007, s. 66-83; Kalvach, 2010, s. 299)

1.4 Vznik iktu

Cévní mozková příhoda je stav charakterizovaný ložiskovým (fokálním) nebo méně často celkovým (globálním) poškozením funkce CNS, který se vyvíjí velmi rychle a trvá déle než

24 hodin. Dle typu postižení mozkových tepen se dělí na dva základní druhy: akutní ischemickou CMP a hemoragickou CMP. (Polák, 2014, s. 237)

1.4.1 Akutní ischemická cévní mozková příhoda

Akutní ischemická mozková příhoda (dále jen iCMP) neboli malacie, se v populaci vyskytuje zhruba v 80 %. Nejčastěji je způsobena postupným nebo náhlým trombembolickým uzávěrem přívodné tepny, což vyvolá nedostatečné dokrvení mozku. Lze ji klasifikovat jako infarkt mozku, nekrózu tkáně či sekundární krvácení do malatického ložiska. Nejčastější příčinou je uzávěr cévy trombem, embolem či zúžení cévy na podkladě aterosklerózy. Emboly neboli vmetky uvolněné ze srdce či z extrakraniální tepny (mimo lebku) dokážou zablokovat jednu nebo více intrakraniálních tepen. Mezi možné příčiny kardioembolických iktů lze řadit prolapsy mitrální chlopně, endokarditidy, kardiomyopatie, klasické vrozené srdeční vady a městnavou srdeční slabost. Mozkové buňky během uzávěru přívodných tepen začnou postupně trpět nedostatkem kyslíku a živin. Do 4 minut vyčerpají své zásoby a dojde k akutnímu nedostatku. Pokud se znovu neobnoví krevní oběh, mozek začne postupně odumírat. Většina těchto infarktů vzniká v mozkových polokoulích, zbylé můžou vznikat v mozečku nebo v mozkovém kmeni. Některé ischemické ikty mozkových polokoulí se jeví jako malé. Jsou buď bez příznaků, nebo způsobují neobratnost, oslabení či částečnou poruchu paměti. (Bednařík, 2010, s. 18–20; Slezáková, 2014, s. 62; Feigin, 2007, s. 45; Herzig, 2014, s. 13)

Ischemickou mozkovou příhodu lze rozdělit podle různých kritérií:

- Dle mechanizmu vznik na **obstrukční** (okluzivní), kdy dojde k uzávěru cévy trombem, embolem a **neobstrukční**, které vznikají hypoperfuzí z příčin regionálních i systémových.
- Dle vztahu k tepennému povodí: **infarkty teritoriální** (v povodí některé mozkové tepny), **infarkty interteritoriální** (na rozhraní povodí jednotlivých tepen) a **infarkty lakunární** (postižení malých perforujících arterií).
- Dle lokalizace postižení: **karotické povodí, vertebrobazilární povodí.** (Ambler, 2011, s. 140; Bednařík, 2010, s. 18-19)

Z hlediska času dělíme CMP na 4 základní formy:

- První z nich je **tranzitorní ischemická ataka (**dále jen TIA), která je *„tradičně definována jako neurologické symptomy trvající méně než 24 h způsobené přechodným nedokrvením mozku.“* (Tomek, 2014, s. 247) TIA se také řadí mezi rizikové faktory akutního iktu, i když jde o stejnou příhodu jako iCMP. Rozdíl je však v odeznění klinických symptomů během již zmíněných 24 hodin. Vyskytuje až u 50% pacientů s předchozím aterosklerotickým iktem. Nevýhoda spočívá v tom, že zdravotní pracovníci i veřejnost považují TIA za benigní onemocnění, zatímco iktus za závažnou příhodu. Iktus i TIA jsou přitom projevy mozkové ischemie a obě jsou považovány za velké riziko vedoucí k invaliditě a smrti. K pacientům s TIA se proto musí přistupovat stejně urgentně jako k pacientům s CMP včetně hospitalizace a pozorování.
- Druhou formou je **reverzibilní mozková příhoda** (dále jen RIND). Ta je definovaná stejně jako TIA s rozdílem odeznění klinických příznaků do 14 dnů, někdy však přetrvává drobný neurologický deficit. Příčinou jsou nejčastěji menší emboly nebo hemodynamické vlivy.
- Třetí formou je **progredující mozková příhoda,** u které se klinické příznaky zhoršují již v průběhu prvních hodin, a to i po provedení potřebné terapie.
- Čtvrtá forma CMP je **dokončená mozková příhoda**, u které příznaky akutního iktu trvají i po uplynutí 14 dnů. (Herzig, 2014, s. 21; Ambler, 2011, s. 142; Polák, 2014, s. 238)

1.4.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Hemoragické mrtvice můžou být způsobeny roztržením cévní výdutě (aneurysmatu), oslabením mozkové tepny s následným prosakováním krve nebo mohou vzniknout na základě jiného onemocnění. Choroby způsobující ztenčení, ztvrdnutí a oslabení stěny tepen jsou nejčastějšími příčinami mozkových krvácení. Mezi tyto onemocnění řadíme hypertenzi, poruchy srážlivosti krve nebo amyloidové poškození cév (amyloidní bílkovina se ukládá do stěn mozkových tepen). Při vzniklém krvácení se krev rozlévá do mozku nebo kolem něj a vytváří mozkový otok, který způsobuje tlak, rozpad buněk a ničení mozkové tkáně. Postupně dochází k zvyšování intrakraniálního tlaku (dále jen ICP) a v okolí vzniklého

hematomu se snižuje regionální mozkový krevní proud. Nejčastější determinantou úmrtnosti a výsledného stavu je objem krevního výronu, současné krvácení do komor a časný vznik kvantitativních poruch vědomí. Velkým faktorem ovlivňující velikost hematomu je onemocnění jater, hyperglykémie, pokles hladiny fibrinogenu, nebo již prodělaný mozkový infarkt. U hemoragických mozkových příhod je také přítomný edém, který se bezprostředně podílí na rozsahu morbidity a mortality. Edém se progresivně zvětšuje v prvních 24 hodinách a těžce zasahuje okolní struktury a bazální ganglia. Dosahuje svého maxima do 24 hodin, přetrvává po dobu 4 dnů a poté začíná postupně ustupovat a mizet. Vznik a vývoj mozkového edému především ovlivňují cytotoxické složky krve. V prvních 4 až 6 hodinách tzv. cytotoxické fáze dochází k významnému zvýšení obsahu sodíku a výraznému snižování kalia. (Kalina, 2006, s. 427-428; Feigin 2007, s. 47)

Postižení je častěji tepenné, méně žilní. K dispozici jsou dva typy hemoragické mrtvice - intracerebralní a subarachnoidální, ke kterým se podrobněji zmiňuji níže. Dále lze hemoragické CMP dělit i na subdurální a epidurální krvácení. (Uchino, 2007, s. 91)

1.4.2.1 Intracerebrální krvácení

„Hlavními patofyziologickými mechanismy, které způsobují progresi komplexu klinických symptomů až smrt, je progrese krvácení a rozvoj mozkového edému“. (Kalita, 2007, s. 427)

Intracerebrální hemoragie je dvakrát častější než hemoragie subarachnoidální a má podstatně vyšší mortalitu a morbiditu než ikty ischemické. Při hemoragické mrtvici většinou dojde k prasknutí cévy uvnitř mozku a tím způsobenému prosakování krve do okolní mozkové tkáně s následným otokem. Krvácení zapříčiní smrt mozkových buněk a zasažená část mozku přestane správně pracovat. Mezi nejvíce zasažené oblasti se řadí subkortikální oblasti, mozeček a mozkový kmen. (National Stroke Association, ©2016) Podmiňující příčina většinou nebývá samostatná. Jde obvykle o kombinaci rizikových faktorů, např. vysoký krevní tlak + užívání antitrombotika + vyšší věk s amyloidovou angiopatií. Mezi další příčiny tohoto druhu CMP můžeme řadit tumor, vaskulopatie apod. Někdy jsou také intracerebrální hemoragické mrtvice způsobeny arteriovenózní malformací (dále jen AVM). AVM je genetické onemocnění abnormálního spojení mezi tepnami a žílami. Nejčastěji výskyt AVM je v páteři nebo v mozku. (Kalita, 2007, s. 425; Tomek, 2014, s. 277)

1.4.2.2 Subarachnoidální krvácení

„Subarachnoidální krvácení (dále jen SAK) *je krvácivou cévní mozkovou příhodou (CMP), kdy dochází k abnormálnímu výronu krve mezi mozkové obaly – arachnoideu a pia mater.“* (Tomek, 2014, s. 292) SAK je často avízované tzv. varovným krvácením, které může předcházet několik dní až měsíců. Bývá způsobeno rupturou aneurysmatu nebo cévních malformací. Mezi další příčiny lze zařadit – hypertenzi, nádory, antikoagulační léčbu, infekce, atd. Škody způsobené krví natlačené z tepny můžou být zhoršeny a ovlivněny krevní hmotou tlačící proti přilehlé oblasti mozku a cév. SAK může být doprovázeno intracerebrálním, intraventikulárním nebo subdurálním krvácením. Typický projevem je náhlá prudká bolest hlavy (cefalea), často spojená s poruchou vědomí, nauzeou a zvracením. Dále také meningeální syndrom, k jehož rozvoji dochází během prvních hodin od počátku krvácení a který vzniká na základě dráždění mozkomíšních plen tímto patologickým procesem. Mezi nejčastější symptomy meningeálního syndromu řadíme: přecitlivělost na světlo, hluk, nevolnost, spasmus šíjových a zádových svalů, apod. Porucha vědomí může být přítomna u 50 % nemocných. V akutní fázi SAK jsou popisovány v 5–10 % epileptické záchvaty. Klinický obraz se hodnotí podle Hunt a Hessovy škály – viz podkapitola – diagnostika. (Ambler, 2011, s. 101; Dobiáš, 2013, s. 161; Lawrence M. Brass, s. 223; Tomek, 2014, s. 292)

1.5 Klinické příznaky

Klinické projevy iktu jsou velmi rozmanité a odvíjí se od lokalizace procesu. Závisí na velikosti porušení cévy, rychlosti rozvoje příhody a celkovém stavu nemocného. Mezi nejčastější klinické projevy iktů se řadí různé stupně poruchy hybnosti, často doprovázeny stejnostrannou parézou lícního nervu a jazyka. Oslabení svalové síly označujeme jako paréza, úplné ochrnutí jako plegie. Při menším postižení může být přítomna porucha pouze jemných pohybů při zachované svalové síle. Typickým nálezem u CMP je porucha hybnosti postihující jednu stranu těla (hemiparéza, hemiplegie) či izolovaně jednu končetinu (monoparéza). V případě poškození kmenových lézí (i v případě poškození obou hemisfér) se setkáváme také s ochrnutím tří (triparéza, triplegie) nebo všech čtyř končetin (kvadruparéza, kvadruplegie). Mezi velmi časté klinické příznaky se také řadí poruchy citlivosti, kdy dochází k jejímu snížení (hypestezie). Subjektivně mohou pacienti udávat přítomnost brnění a mravenčení (parestezie), ale i úplnou ztrátu čití (anestezie). Při poru-

chách vyšší nervové činnosti jsou nejčastěji narušeny fatické funkce, jako je porucha řeči a porozumění (afázie), poruchy výslovnosti (dysatrie), neschopnost počítat (dyskalkulie, akalkulie), neschopnost číst (alexie) a psát (agrafie). Mohou nastat obtíže s polykáním (dysfagie), s prostorovou orientací, vnímáním vlastního těla (asomatognozie), ztráta rovnováhy a závratě, které ohrožují pacienta nečekaným pádem. Neschopnost vykonávat složitější účelové pohyby (dyspraxie, apraxie) a náhlé bolesti hlavy doprovázené nauzeou a zvracením jsou dalšími varovnými signály cévní mozkové příhody. V některých případech dochází k poruchám vědomí, které rozlišujeme na kvantitativní a kvalitativní. Mezi kvalitativní poruchy vědomí patří stavy zmatenosti (amentní stavy), halucinace, mrákotný stav (obnubilace), při němž má nemocný zachovanou orientaci v prostoru, ale není si vědom svého počínání. U kvantitativních poruch vědomí, kdy pacient je klinicky spavý, se vyskytují tři stádia - somnolence, sopor a kóma. K dalším doprovodným příznakům akutního iktu můžeme zařadit také poruchy vizu, jako je výpadek zorného pole, rozmazané vidění, dvojité vidění (diplopie). Opomenout bychom neměli ani neglect syndrom, který se popisuje jako porucha orientace s ignorací levé části prostoru, kdy nemocný opomíjí předměty a vráží do nich. Během čtení vynechává písmena nebo počáteční části slov. Jako součást neglect syndromu může být přítomný pocit, kdy pacient považuje levé končetiny za „cizí“. Veškeré tyto varovné příznaky se mohou projevit samostatně nebo v jakékoliv kombinaci a doba trvání těchto symptomů je od několika vteřin až po 24 hodin. Při podezření na mozkový iktus je nezbytně nutné vyhledat lékařskou pomoc. Velice často se například náhle vzniklá bolest bagatelizuje a je mylně spojována s obtížemi vertebrogenního původu nebo migrénou. (Hutyra, 2011, s. 13; Polák, 2014, s. 239-240; Tomek, 2014, s. 246; Herzig, 2014, s. 26-27; Dobiáš, 2013, s. 159-160; Špinar, 2013, s. 73; Godefroy, 2013, s. 158)

2 CÉVNÍ ZÁSOBENÍ MOZKU

„Mozek je hlenovitá hmota bez většího významu v lidském těle, nanejvýš určená k ochlazování krve zahřáté vrozeným teplem a k navození spánku.“ – tak pravil slavný řecký filozof Aristoteles. Dnes ale každý z nás ví, že bez mozku není myšlení, nelze bez něj existovat. Mozek je hlavním řídícím a koordinačním centrem celého organismu. Ne vždy však populace vnímala mozek právě takto. Mělo to poměrně dlouhé trvání, než si mozek vybojoval své postavení v tlustých knihách medicíny. (Orel, 2009, s. 9)

Mozek je zásobován čtyřmi velkými tepnami – v přední části dvěma karotickými (aa. carotides internae), v zadní části dvěma vertebrálními (aa. vertebrales). (Kalvach, 2010, s. 25)

2.1 Karotické řečiště

Karotické řečiště je tvořeno z vnitřních větví karotických tepen, které odstupují z aortálního oblouku. Tyto společné karotické tepny jsou umístěny na bočních stranách krku. Krevní povodí se dělí na vnitřní a zevní tepnu zhruba ve stejné výšce, jako se nachází okraj štítné chrupavky. V místě, kde k tomuto dělení dochází, jsou přítomny v cévní stěně receptory reagující na napětí cévní stěny (krevní tlak) a kyselost (pH) krve. V místě průchodu lebeční bází jsou obě karotidy esovitě prohnuty. Toto prohnutí slouží jako ochranné zařízení, které tlumí pulzové nárazy způsobené krevním proudem. (Dylevský, 2009, s. 412)

2.2 Vertebrobazilární řečiště

Vertebrobazilární systém je tvořen párem páteřních tepen, které vstupují do lebky, spojují se a poté tvoří jednu velkou bazilární tepnu. Tato hlavní tepna vysílá větve, které se spojují s větvemi karotid a společně tvoří na bázi mozku cévní tzv. *Willisův okruh* (viz příloha I), z něhož odstupují tepny zásobující tkáň mozku a mozečku. Vertebrobaziliární povodí také zásobuje vývojově starší část mozku a mozkový kmen, kde jsou umístěny vitálně důležitá centra (centrum pro řízení srdeční činnosti, řízení dýchání) a kudy procházejí všechny důležité dráhy, které vedou z hemisfér dolů do míchy a koordinují náš pohyb. Pokud se tedy stane, že dojde k nevratnému poškození mozkového kmene ve větším rozsahu, pacient není schopen přežít. (Dylevský, 2009, s. 412; Mlčoch Zbyněk, © 2014)

Mozkové tepny mají poměrně slabou stěnu, protože v této stěně chybí větší množství elastických vláken a část svalové vrstvy. V cévách mozku se nenacházejí chlopně, takže krev může proudit oboustranně. Je možný i zpětný tok krve. (Dylevský, 2009, 412; Ambler, 2011, s. 135)

Jako každý orgán, i mozek je závislý na krvi, která okysličuje a přináší živiny. Regulace mozkové cirkulace a zajištění stálého mozkového průtoku je nezbytně důležitá a liší se od poměrů jiných částí organismu. Při náhlém uzávěru tepny je mozek bezprostředně ohrožen nedokrevností, rozpadem a eventuálně smrtí. Přísun krve do konečného cévního rozvětvení je závislý na perfuzním tlaku. Šedá hmota (gangliové buňky) je prokrvena lépe než mozková hmota bílá. Krev protéká mozkovou tkání poměrně rychle a množství krve, které mozkem proteče, je závislé na tlakovém rozdílu mezi tepnami. Úplné přerušení přítoku krve do mozku způsobí za 10 sekund bezvědomí. (Trevor, 2010, s. 25; Dylevský, 2009, s. 412-413)

3 URGENTNÍ PŘÍJEM A NÁSLEDNÁ PÉČE

3.1 Definice urgentního příjmu

Oddělení urgentního příjmu či oddělení centrálního příjmu je místo, kde dochází k přijímání a prvotnímu ošetřování pacientů, jež do nemocnice přichází v akutním, životě ohrožujícím stavu. Zajišťuje péči pro pacienty 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a zahrnuje odborníky urgentní medicíny ve všech směrech. Pořadí pacientů není dáno dobou příchodu, ale závisí na závažnosti a potížích. Pro určení pořadí veškerých vyšetření a léčby slouží na urgentním příjmu tzv. **triáž**, která napomáhá lékaři UP v rozhodovacím procesu systému třídění. Je důležité poznamenat, že služba tohoto oddělení bývá bohužel často zneužívána pacienty, kteří urgentní příjem preferují před praktickým lékařem, či ambulantním specialistou. Důvodem je snadná dostupnost a rychlé poskytnutí služeb bez většího čekání. (Polák, 2014, s. 22 – 34; *University Hospital in Motol,* ©2012)

UP rozdělujeme na **nízkoprahová** oddělení, přijímající pacienty jen s určitým problémem (např. všichni pacienti se stenokardií – bolest na hrudi) nebo **vysokoprahová**, které přijímá všechny pacienty bez ohledu na diagnózu. (Polák, 2014, s. 22; *Cleveland Clinic*, ©1995-2016)

Na oddělení urgentního příjmu se pracuje s následnými pojmy charakterizující pacienty, kteří se na UP vyskytují a pro které je oddělení urgentního příjmu určeno:

- **Stabilní pacient**, u kterého jsou všechny důležité hodnoty vitálních funkcí přiměřené věku nebo v normě.
- **Nestabilní pacient**, u něhož je nejméně jedna nebo více ze základních životních funkcí mimo normální hodnotu. Nestabilita se může vztahovat k poruchám vědomí, srdečního rytmu, dýchání (pulz – 120/min, dech – 50/min, saturace – 70%), glykémie (15 mmol/l) a další důležité vyhodnocení vitálních funkcí např. stav vědomí apod.
- **Stabilizovaný pacient**, je takový nestabilní pacient, u kterého došlo ke zlepšení nejméně ze dvou předchozích patologických hodnot v důsledku poskytnutí prvotní zdravotnické péče při měření každých pět minut do stabilizovaného stavu.

- **Pacient po KPR**, je nemocný po kardiopulmonální resuscitaci prováděné v terénu, poskytnuté buď laiky, nebo zdravotníky.
- **Pacient v terminálním stádiu onemocnění** je nemocný, u kterého je známa přítomnost závažného onemocnění, jehož prognóza není příznivá (např. pacient s nádorovým onemocněním v pokročilém stádiu).
- **Zemřelý pacient** je osoba jevící známky smrti v době přijímání na UP nebo následně po něm. S tímto problémem také úzce souvisí problematika s dárcovstvím orgánů. (Polák, 2014, s. 22-23)

„Urgentní příjem je vstupní branou pacientů do zdravotnického zařízení, a to jak po stránce medicínské, tak po stránce administrativní“ (Polák, 2014, s. 23). Účel UP lze shrnout do následujících bodů:

- poskytuje život zachraňující úkony;
- poskytuje léčbu bolesti (analgezií);
- musí zvládat identifikovat důležité medicínské i sociální problémy;
- započíná diagnostiku nebo na ni navazuje (velmi často zahájení diagnostiky u praktického lékaře, záchranné služby apod.);
- zahajuje léčbu nebo v ní pokračuje;
- rozhoduje o příjmu pacienta na příslušná oddělení nebo předání pacienta k ambulantním specialistům;
- poskytuje transport pacientů v příslušném zdravotnickém zařízení, i mezi jiným zdravotnickým zařízením. (Polák, 2014, s. 23)

Tým urgentního příjmu spolupracuje s veškerými odděleními nemocničního zařízení, především s konziliárními lékaři, kteří jsou povoláni v nutných případech přímo na UP k lůžku pacienta v akutním stavu. Nedílnou součástí oddělení urgentního příjmu je resuscitační tým k provádění KPR v rámci celé nemocnice a transportní tým, určen k převozu pacientů v celém areálu zdravotnického zařízení. Lékaři UP jsou zodpovědní za celý průběh a postup při diagnostice a léčbě pacienta. (Polák, 2014, s. 23)

3.2 Příjem pacienta

Pacient, který je přijímán na oddělení urgentního příjmu má vždy obtíže s určitou závažností a povahou. Urgentnost stavu je vždy posuzována z několika hledisek: z pohledu pacienta, sestry, lékaře, lékaře zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) nebo z pohledu přijímacího týmu. Cílem první fáze nemocniční péče u nemocného s akutním iktem na urgentním příjmu je co nejrychlejší provedení všech nezbytných laboratorních či diagnostických vyšetření právě tak, aby se mohla co nejdříve po příjmu pacienta do nemocnice zahájit vhodná specifická terapie s následným překladem na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP) iktových center. K předání pacienta dochází přímo mezi lékařem, sestrou urgentního příjmu/záchranářem ZZS a lékařem iktového týmu, který čeká na oddělení urgentního příjmu po telefonické domluvě. Je nezbytně důležité, aby došlo k pečlivému předání těchto informací:

- Přesný čas, kdy došlo k objevení prvních příznaků. Tímto se rozumí doba, kdy byl pacient naposledy zdravý, bez potíží. Objektivnější je výpověď svědků, než samého pacienta. U pacienta, který trpí afázií (porucha řeči, porozumění) jsou cizí svědectví jediná možnost.
- Pokud se dotyčný s příznaky akutního iktu probudil, je nutné považovat za dobu vzniku čas, kdy šel pacient spát nebo byl naposledy zcela v pořádku.
- Nutno předat telefonický kontakt na svědky pro případné zpětné ověření informací o době vzniku.
- Stav vědomí zhodnocený pomocí škály Glasgow Coma Scale (dále jen GCS), zhodnocení poruchy hybnosti, řeči a celkového klinického obrazu. Sestra s lékařem hodnotí pomocí této škály nemocného znovu po příjmu a současně sleduje celou symptomatologii.
- Odběr anamnézy (farmakologická anamnéza – např. pravidelně užívané léky, gynekologická anamnéza – např. počet porodů, potratů, psychologická anamnéza – např. změny v chování apod.), případné kontraindikace pro provedení trombolýzy (vysoký věk, hemoragická forma CMP apod.) (Tomek, 2014, s. 249–250; Polák, 2014, s. 241–243; Slezáková, 2014, s. 62)

3.2.1 Základy nemocniční péče na oddělení urgentního příjmu

Základní nemocniční péče na UP je postavena na stabilizaci pacienta a na léčbě souvisejících komplikací, které mohou významně ovlivnit závažnost výsledku neurologického postižení. Příjezd pacienta do nemocnice by měl být zahájen diagnostikou a vyšetřením, které vychází z Národní sady klinických standardů pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a tranzitorní ischemickou atakou (Škoda, 2011, s. 21–22).

1. Monitorace fyziologických funkcí - krevního tlaku, pulzu, dechové frekvence, tělesné teploty, saturace hemoglobinu kyslíkem (dále jen TK, P, DF, TT, SpO2).
2. Odběry biologického materiálu – krve.
3. Vyšetření neurologem, provedení výpočetní tomografie (computer tomography, dále jen CT), magnetické rezonance (magnetic resonance, dále jen MR), vyšetření EKG apod. (viz podkapitola – diagnostika).
4. Zajištění funkce plic a podání kyslíku v případě poklesu SpO2.
5. Péče o kardiovaskulární systém - léčba arytmií a srdečního selhání.
6. Stabilizace krevního tlaku.
7. Předcházení infekcím – pneumonie, močové infekce.
8. Sledování metabolismu glukózy.
9. Zajištění nutrice (výživy), přísunu tekutin, elektrolytů.
10. Plánování dalšího postupu a léčby dle výsledků vyšetření (viz podkapitola – následná léčba).

3.2.2 Iniciální opatření a zajištění pacienta z pohledu kompetence všeobecné sestry

Je bezprostředně důležité, aby sestra urgentního příjmu byla nápomocná při zajištění dýchacích cest, následně podala kyslík a tím zajistila potřebnou oxygenaci (2–4 l/min). Úlohou sestry je také monitorace všech základních životních funkcí: TK, P, DF, TT, SpO2, typ dýchání a jejich zhodnocení. Při hypertenzi je nutné sledovat TK každých 15 min nebo častěji. V akutní fázi by se neměl rutinně snižovat krevní tlak. Snižování se provádí pomocí parenterálních antihypertenziv při TK vyšším než 220/120 nebo v případě srdečních selhá-

ní, disekcích aorty a při hypertenzní encefalopatií. V žádném případě se nepodávají blokátory kalciových iontů, které vyvolají strmý pokles TK a rovněž ne diuretika (s výjimkou srdečního selhání). Sestra zavede bilanci tekutin, nachystá pomůcky a zajistí invazivní vstup k podání potřebných krystaloidů (Ringerův roztok, fyziologický roztok, Hartmanův roztok apod.), které jsou nezbytné k úpravě vnitřního prostředí, doplnění potřebných tekutin a oběhové stabilizaci. Veškerý příjem a výdej tekutin pečlivě zapisuje do již zavedeného bilančního listu. Sestra musí mít vědomosti o prevenci aspirační pneumonie, která se vyskytuje zejména u pacientů s poruchami vědomí a polykání. Příjem per os by měl následovat až po řádném testování schopností pacienta polykat a kvality kašlacího refluxu. Při zjištění poruchy asistuje u zavádění nazogastrické sondy nebo perkutánní endoskopicky asistované gastrostomie (PEG). Důležité je také předejít snížení a poruchám střevní peristaltiky. Dále polohuje pacienta, provádí toaletu dýchacích cest, léčí febrilii antipyretiky a další přítomné infekce jako např. respirační infekce pomocí antibiotik. Jako předcházení močových infekcí zavádí permanentní močový katétr u žen, u mužů asistuje lékaři. Zmatenost je hlavní komplikací horečky, infekce nebo hypovolemie. Vysvětluje se u iktů jako důsledek akutní stresové reakce, dochází k poruchám emočního chování, projevující se lehce vyvolatelným pláčem. Sestra musí být schopná a připravená na takové chování reagovat. Musí vědět, jak se v takové situaci zachovat. Snaží se pacienta uklidnit, je trpělivá, nepřistupuje k pacientovi agresivně a pro každého pacienta zvlášť využívá individuální přístup. Dle indikace lékaře zajišťuje anxiózní léčbu, zvládá stav deliria, jeho léčbu a v těžších případech podává antidepresiva. Provádí důležitá opatření při epileptických záchvatech, které se mohou objevit jako komplikace u všech typů iktů a to zejména v prvním dnu po jeho vzniku. Provede bandáž dolních končetin jako prevenci trombembolické nemoci a odebírá glykémie pomocí glukometru. Vzhledem k tomu, že hyperglykémie je velmi častá v prvním stádiu akutního iktu a zvětšuje rozsah ischemického ložiska, je kontrola její hladiny velice důležitá. Nikdy se nesmí podat glukóza, ale ihned se aplikuje inzulin s krátkým poločasem účinku pro rychlý nástup – dle indikace lékaře. Vystavuje žádanky a dále provádí veškeré odběry biologického materiálu, zajišťuje neurologické vyšetření. Po celou dobu spolupracuje s lékařem, podává mu veškeré informace o změnách zdravotního stavu – změny vědomí, patologické hodnoty fyziologických funkcí apod. Akutní iktus je závažný stav, vyžadující pečlivé provedení veškerých nutných opatření a úkolem multidisciplinárního týmu je snižovat závažnost následků na minimum. Dle výsledků lékař stanoví vhodnou terapii, na jejímž základě sestra postupuje. Proto by sestra

na urgentním příjmu měla být zkušená, schopná rychlé reakce a mít určité zkušenosti v praxi. (Hutyra, 2011, s. 27–28; Tomek 2014, s. 250; Polák 2014, s. 244; Bednařík, 2010, s. 74–75)

K hospitalizaci jsou přijati všichni pacienti s diagnostikovaným CMP. Mezi kritéria pro přijetí na lůžko JIP řadíme pacienty s výrazně zhoršeným vědomím a hemodynamickou nestabilitou jako hypotenze či tachykardie, pacienty s těžkou hypertenzí vyžadující antihypertenzní terapií; a dále pacienty s život ohrožujícími arytmiemi, pacienty indikované k zahájení radikální terapie a pacienti s výrazně zhoršeným vědomím. V České republice neexistují žádná kritéria, která by povolovala propustit pacienta do ambulantní léčby, a to ani v případě dokončené CMP. (Polák, 2014, s. 244–245)

3.3 Diagnostika

Vyšetřovací metody jsou nezbytně důležité pro rozlišení různých typů iktů a také v diferenciální diagnostice dalších mozkových poruch. Dokážou zcela identifikovat i další přítomná onemocnění doprovázející cévní mozkovou příhodu, či její komplikace, které mohou ovlivnit prognózu. Pouze z klinického obrazu nelze spolehlivě rozlišit, zda se jedná o hemoragii či ischémii. Je tedy podstatný odběr anamnézy lékařem k zjištění přesného času objevení prvních příznaků a doprovodných příznakům – bolest hlavy, zvracení, porucha vědomí apod. (Herzig, 2014, s. 9 – 49; Bednařík, 2009, s. 58 – 59)

Jako další součást diagnostického procesu je laboratorní vyšetření odebraného biologického materiálu. Mezi **základní laboratorní vyšetření** řadíme odběry krve na laboratorní vyšetření jako je krevní obraz (přítomnost trombocytopenie), moč + sediment (hematurie u infekční endokarditidy způsobující embolizaci do centrální nervové soustavy), APTT, protrombinový čas (INR větší než 1,7 je kontraindikací k provedení trombolýzy), fibrinogen, antitrombin, odběr na krevní skupinu, glykémii, jaterní soubor, kreatinin, urea a další základní ionty – Na, K, Mg, Cl. **Speciální laboratorní vyšetření** se provádějí k vyloučení jiných příčin poruch způsobující ztrátu vědomí (toxikologie), kardiospecifické markery (při podezření na kardiální onemocnění), laktát, acidobazická rovnováha (u hypoxémie), HCG (k vyloučení gravidity). (Polák, 2014, s. 242–243)

Po odběru biologického materiálu je indikováno lékařem UP **neurologické konzilium**. Toto vyšetření neurologem má zásadní význam a podporuje urychlení diagnostického

a léčebného procesu. Neurolog stanoví další postupy léčby a provede zhodnocení stavu pacienta dle **NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)** – standardizované neurologické vyšetření, které slouží ke zhodnocení stavu pacienta u CMP. Cílem je, aby různí vyšetřující hodnotili pacienty obdobně a výsledky tak byly srovnatelné. Na základě této škály je posuzována indikace k provedení systémové trombolýzy. Při zhodnocení jednotlivých funkci hodnotou 0 se jedná o normální nález. Sestra na základě indikace lékaře zařizuje transport do iktového centra k provedení trombolýzy nebo další terapie (dekompresní terapie při edému mozku, radiologický výkon apod.). (Polák, 2014, s. 243–596)

Po neurologickém konziliu zmiňme další metodu napomáhající v diagnostice akutního iktu, kterou je **výpočetní tomografie (CT).** Je to základní široce dostupná diagnostická metoda, která dokáže spolehlivě odlišit hemoragie od ischémií a může pomoci odhalit další onemocnění napodobující iktus (tumory, poúrazové komplikace atd.). Známky časného ischemického ložiska lze na CT zachytit až 2 hodiny od začátku iktu. K jeho vývoji však dochází později, což znamená, že v první fázi iCMP může být nález negativní a definitivní velikost ložiska lze zobrazit až po 72 hodinách. Hlavním přínosem CT je spolehlivá diagnostika mozkového krvácení, kterou lze na snímcích rozpoznat podle velkého množství erytrocytů a obsahu hemoglobinu. Proto je doporučeno provést výpočetní tomografii v akutní fázi k vyloučení hemoragie a vyšetření opakovat až 8. den pro konečné zhodnocení ischemického ložiska. (Hutyra, 2011, s. 17; Herzig, 2014, s. 43–44; Bednařík, 2010, s. 59–60) CT je metoda zcela bezbolestná a bez jakéhokoliv rizika. Měli bychom však mít na mysli možnost alergické reakce na jodovou kontrastní látku, která se používá pro lepší zobrazení. (Špinar, 2013, s. 259)

Mezi další zobrazovací metody řadíme **magnetickou rezonanci** (MR), která je prioritní a významná při detekci mozkových ischemií. Považuje se za nejcitlivější techniku v diagnostice mozkových ischemií a to jak z pohledu časového, tak prostorového rozlišení. Její velkou výhodou je, že umožňuje zobrazit přesnou lokalizaci a velikost akutního infarktu, odlišit akutní ischemické změny od chronických a kvalitně zobrazí zádní jámu lební. Poskytuje zobrazení v libovolných rovinách a spolehlivě diagnostikuje staré krvácení. V předchozích letech došlo k rozvoji **magneticko-rezonanční angiografie** (dále jen MRA), která slouží ke kvalitnímu vyšetření extrakraniálního řečiště při intravenózním podání kontrastní látky. Magnetická rezonance je technika sice dokonalejší, ale ve srovnání s CT méně dostupná, časově náročná a pro pacienta složitější. Z důvodu cenné každé

minuty, které stále umožňují pacientovi být kandidátem pro trombolýzu, se MR často zavrhuje a preferuje se právě CT. (Herzig, 2014, s. 45; Kalina, 2008, s. 69–70)

Níže uvádíme další možné a používané metody sloužící k diagnostice CMP:

- **Angiografické vyšetření:** Využívaná metoda při diagnostice subarachnoidálního krvácení (SAH), kdy se stále považuje za „zlatý standard". Poskytuje dosud nepřekonané rozlišení, detail a má nezastupitelné místo v terapeutické části pacientů s CMP. Jedná se především o umožnění ošetřit intrakraniální aneurysma při SAH a A-V malformací u hemoragických mozkových příhod. Dále zprostředkovává vyšetření karotických tepen, zjištění stenóz a následnou terapii. (Kalita, 2006, s. 61)
- **Neurosonologie:** Ultrazvukové vyšetření představuje lehce dostupnou, neinvazivní a nápomocnou metodu při vyšetření mozkových a krčních tepen. Jeho hlavní význam je využíván v akutních fázích ischemické mozkové příhody, kdy dokáže přesně detekovat stenózy či úplné uzávěry přívodných tepen. Neurosonologické vyšetření má za úkol vyšetřit karotické, vertebrální tepny a mělo by být provedeno již při přijetí pacienta. Ve srovnání s jinými vyšetřovacími metodami dokáže jako jediné posoudit patologický proces např. zánětlivé změny, aterosklerotické pláty, ulcerace jednotlivých plátů apod. Zaujímá dominantu při diagnostice akutních iktů a přispívá k časné a správné léčebné strategií. Mezi ultrazvukové metody řadíme: doppler, duplexní sonografie a echokardiografie, která nás informuje o hemodynamických změnách na srdci a aortě. (Hutyra, 2014, s. 23 – 24)
- **SPECT (Single –Photon – Emmision Computerized Tomography, jednofotonová emisní tomografie)** má schopnost ukázat krevní průtok a tím odhalit hypoperfuze v akutní fázi. Využívá se zejména k diagnostice tranzitorní ischemické ataky. (Herzig, 2014, s. 48)
- **PET (Positron – Emmision Tomography, pozitronová emisní tomografie**) pracuje na principu záření za pomocí radioaktivních izotopů podaných i.v. nebo inhalačně. Detekuje zvýšení metabolismu, amyloid v mozkové tkáni a u CMP má schopnost zobrazit spotřebu kyslíku. (Kalvach, 2010, s. 293)

K dalším diagnostickým metodám můžeme zařadit např. lumbální punkci, EEG, RTG hrudníku, Holterovo monitorování, EKG, vyšetření očního pozadí apod. (Herzig, 2014, s. 46)

V diferenciální diagnostice je úlohou sestry a lékaře vyloučit stavy jako hypoglykémie, infarkt myokardu, srdeční selhání, migréna, křečové stavy, intoxikace, imunokomplexová vaskulitida, disekce hrudní aorty, encefalopatie a mnoho dalších. (Polák, 2014, s. 240 – 241)

3.3.1 Hodnotící škály

Hodnotící škály v neurologii slouží k posouzení deficitu pacienta v několika směrech. Velká výhoda těchto škál spočívá ve standardizaci hodnocení, jež vytváří tzv. společný jazyk. Ten pak umožňuje srovnávat stavy u různých pacientů, ale také časový vývoj klinických příznaků. Na základě škálování lékař určuje další terapeutický a rehabilitační postup. Všechny škály musí být prozkoumány a schváleny, aby byly schopné a spolehlivé k posuzování daných hodnot. Nyní neexistuje žádná univerzální škála, která by plně shrnula veškeré oblasti postižení při prodělání akutního iktu. (Relf, 2011, s. 12) Pro přehlednost uvádím jejich výčet s krátkou specifikací.

Rychlé orientační vyšetření **FAST**:

F – Face (tvář): oči a symetrie mimiky

A – Arms (končetiny): posouzení hybnosti a citlivosti horních končetin

S – Sensitivity and Speech (citlivost a řeč): poruchy řeči a kožní citlivost

T – Taxia and Time (taxe a čas): taxe prst – nos střídavě HK a čas od nástupu klinického obrazu

NIHHS (= National Institute of Health Stroke Scale) slouží ke zjištění deficitu pacienta s CMP a na základě výsledků se posuzují indikace k trombolýze. Je prováděno neurologem. (viz příloha P II)

Modifikovaná Huntova – Hessova škála (HHS) – používá se při těžkých systémových komplikacích a těžkém vazospazmu na angiografii. Udává stupeň poškození a závažnost subarachnoidálního krvácení.

Stupně: 0 – incidentální aneuryzma bez subarachnoidálního krvácení

1 – asymptomatický nebo mírná cefalea, lehký meningeální syndrom

2 – střední až výrazná cefalea, výrazný meningeální syndrom, parézy hlavových nervů, jinak bez neurolog. deficitu

3 – mírný neurolog. deficit, zmatenost, somnolence

4 – sopor, střední až těžký neurodeficit

5 – kóma, decerebrace (Tomek, 2014, s. 470)

Glasgow Coma Scale – slouží sestře a lékaři k hodnocení stavu vědomí (viz příloha P III). Maximální počet – 15 bodů (pacient je plně při vědomí), minimální – 3 body (pacient je v hlubokém kómatu). (Špinar, 2013, s. 158)

3.4 Následná léčba

Dle odebrané anamnézy, výsledků zobrazovacích metod a laboratorního vyšetření se neprodleně určí léčebný plán a lékař UP případně kontaktuje další potřebné lékaře (neurochirurg, anesteziolog apod.). Dále se zajišťuje transport na iktovou jednotku, kde se rychle zahájí odpovídající léčba. Iktová jednotka (či iktové centrum) je pracoviště specializované na léčbu a prevenci CMP. Poskytuje a umožňuje jak lepší organizaci, tak vysokou kvalifikaci a odbornost. Tato centra jsou dokonale určena a přizpůsobena k terapií většiny iktů – nabízí základní stupeň intenzivní péče, možnost diagnostiky a především trombolýzu, komplexní včasnou rehabilitační a následnou péči. Výsledky a odezva terapie závisí vždy na rozsahu a místě postižení. Důležitou roli hraje také časový faktor, který rozhoduje o strukturních změnách a poruchách metabolismu. Existuje několik terapeutických strategií, které lze využít u pacientů s prodělaným mozkovým iktem nebo TIA. Většina z nich se specifikuje podle typu mozkové příhody (např. medikamentózní terapie v podobě léku na ředění krve při ischemií, trombolýza, nebo „zaklipování“ aneuryzmatu při diagnostice SAH). Sestra úzce spolupracuje s celým multidisciplinárním týmem a společně s ním vytváří následný postup léčby pro každého pacienta individuálně. Plán péče poté lékař prodiskutuje s pacientem i jeho rodinou. Před propuštěním sestra edukuje pacienta o dodržování určitých preventivních opatřeních, režimu, léčbě a následném postupu, který zahrnuje sledování praktickým lékařem, neurologem, fyzioterapeutem popř. interním lékařem. Závažnost zdravotního stavu také rozhoduje o potřebě jiných odborníky jako – logo-

ped, psycholog a někdy i sociální instituce v oblasti pečovatelské služby apod. (Kalvach, 2010, s. 308; Feigin, 2007, s. 87; Bednařík, 2010, s. 74; Tomek, 2014, s. 249–250; Škoda, 2011)

3.4.1 Trombolýza

Vychází z výsledných studií a zkušeností **NINDS (National Institute of Neurogical Disorders and Stroke Criteria)** a v naší republice došlo k jejímu schválení v roce 2003. Je to léčba nabízející možnosti moderní a aktivní léčby ischemických iktů. Spolu s intenzivní péčí je jedinou účinnou terapií pro akutní stádia cévní mozkové příhody ischemického typu, jehož nejčastější příčinou je akutní uzávěr mozkových nebo krčních tepen. Cílem intravenózní trombolýzy je právě rozpustit přítomný tromb za pomoci aktivní substance s následnou obnovou krevní cirkulace a rekanalizace. Před zahájením je pacientovi odebrána krev k laboratornímu vyšetření na základě indikace lékaře. Zajistí se CT vyšetření a založí se záznam na pravidelné měření krevního tlaku. Intravenózní trombolýza je standardní léčbou akutní iCMP do 4,5 hodiny od projevení prvních příznaků. Pokud se jedná o uzávěr větších tepen, je účinnost intravenózní trombolýzy (IVT) relativně snížena. Další léčba zaměřená na obnovu krevního oběhu při iCMP nabízí tyto metody:

- Intraarteriální trombolýza (IAT): doba, po kterou je možné tuto metodu indikovat je 6 hodin od počátku vzniku (tzv. časové okno), provádí se na angiolince při zobrazení uzavřené tepny za pomocí angiografie.
- Kombinovaná trombolýza: začíná se i.v. podáním aktivátoru a jakmile je připravena angiolinka, dojde k nástřiku a zahájení i.a. trombolýzy.
- Endovaskulární mechanické metody: založeny na principu aspirace trombu, extrakce trombu a fragmentace trombu.
- Sonotrombolýza: trombolýza při dopplerovském monitoringu.

Každý pacient, u něhož je podezření na iCMP je kandidátem IVT až do chvíle, kdy je tato možnost léčby potvrzena nebo vyvrácena výsledky laboratorních testů a zobrazovacích metod. Za velmi důležité se považuje zahájení léčby do 60 minut od příjmu pacienta. (Slezáková, 2014 s. 42; Tomek, 2014 s. 255; Bednařík, 2010, s. 76; Uchino, 2007, s. 226)

Mezi **absolutní kontraindikace** k provedení trombolýzy patří: subarachnoideální hematom, příznaky trvající více než 4,5 hodiny, prokázané krvácení na CT/MR mozku, operace

na centrálním nervovém systému (dále jen CNS) v minulosti, snížený počet krevních destiček, užívání p.o. antikoagulancií v současnosti, jaterní onemocnění a portální hypertenze, podání heparinu během posledních 48 hodin, endokarditida, chirurgické zákroky v posledních 3 měsících, nádor či aneuryzma CNS apod. (Hutyra, 2011, s. 29)

3.4.2 Antiagregační a antikoagulační léčba

Antiagregační léčba se používá jako prevence recidivy akutního iktu především po prodělání ischemické mozkové příhody aterotrombotické etiologie. Brání agregaci/shlukování krevních destiček a jejich vázání na fibrin. Do skupiny antiagregancií můžeme zařadit např. tyto medikamenty: Aggrenox, Clopidogrel, preparáty kyseliny acetylsalicylové. (Herzig, 2014, s. 62 – 63; Kalvach, 2010, s. 303)

Antikoagulační léčba se využívá při zvýšeném riziku vzniku žilní trombózy, u lehkého ischemického iktu při fibrilaci síní nebo při stenózách vnitřních karotických tepen. Jedním z nejznámějších antikoagulačních přípravků je medikament zvaný Warfarin, dále si dovolím uvést přípravek Heparin. Antikoagulační léčba je vyloučena v případě vzniklého hematomu větších rozměrů nebo již rozsáhlého hemisférického infarktu. (Kalina, 2008, s. 128)

3.4.3 Perkutánní Transluminární Angioplastika s implantací stentu (PTA)

Této metody se využívá v akutní fázi iCMP při léčbě stenóz pomocí zavedeného stentu. Za výhodu se dá považovat vysoké procento úspešnosti, za nevýhodu však nutnost antiagregační přípravy před aplikací stentu. (Herzig, 2014, s. 63)

3.4.4 Protiedémová léčba

Edém mozku se projevuje zhoršeným stavem vědomí. Hlavním principem anti-edematózní léčby je stálé udržení mozkové cirkulace a snaha zdravotnického personálu zabránit dalšímu postižení mozku v důsledku tkáňové hypoxie a hypoperfuze. Mezi základní principy této léčby se řadí polohování horní poloviny těla sestrou, aplikace osmoterapie (přípravky Mannitol, hypertonický NaCl, aj.), analgosedace pro odstranění všech bolestivých podnětů, řádná oxygenoterapie a normalizace tělesné teploty. Při maligním mozkovém edému lékař zváží dekompresní kraniektomií, kterou je nutno provést v dostatečném rozsahu, optimálně

na hranici ischemického poškození.(Bednařík, 2010, s. 80; Tomek, 2014, s. 269; Aulický, 2009, s. 249)

3.4.5 Chirurgická léčba

Hlavním cílem chirurgické léčby je odstranit nebo alespoň snížit nitrolební tlak, vyhnout se toxickému efektu, zastavit krvácení pomocí svorek, nebo redukovat ložisko postižené ischemií v okolí hematomu (tzv. evakuací). Možnost chirurgické léčby závisí na celkovém klinickém stavu pacienta, umístění a velikosti hematomu. (Tomek, 2014, s. 303)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce blíže rozebírám cíle a metodiku práce, současně otevírám problematiku kvalitativního výzkumu. Po základních informacích provádím analýzu získaných dat. Každá z oblastí rozhovoru je komentována.

4.1 Cíle šetření

Pro potřeby mé bakalářské práce jsem si stanovila tyto cíle:

1. Zkoumat znalosti všeobecných sester na oddělení urgentního příjmu, týkajících se akutního iktu.
2. Zjistit specifika péče při ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou na oddělení urgentního příjmu.
3. Zjistit postup aplikovaný v praxi při zajištění pacienta s akutním iktem.
4. Zjistit, zda by všeobecné sestry udělaly v rámci postupů jejich zařízení změny.

Vztah jednotlivých otázek v rozhovoru k cílům šetření

- otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 se vztahují k cíli č. 1
- otázka č. 14 se vztahuje k cíli č. 2
- otázka č. 15 se vztahuje k cíli č. 3
- otázka č. 16 se vztahuje k cíli č. 4

4.2 Výzkumná metoda

Pro výzkum této práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů (interview). Kvalitativní výzkum vyžaduje pouze malé množství respondentů. Tento výzkum se většinou týká života lidí, příběhů z jejich života, ale také organizací a vzájemných vztahů. V ošetřovatelství je možné využití při zkoumání a zjišťování ošetřovatelských postupů, při ověřování kvality ošetřovatelské péče apod. (Bártlová, Sadílek, 2005, s. 13)

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje větší a náročnější přípravu. Tvoří se specifické okruhy otázek, které jsou pro tazatele závazné a na které se bude respondentů ptát. Samotné vedení rozhovoru závisí pouze na tazateli, který může v průběhu rozhovoru měnit pořadí otázek. Je velmi důležité klást důraz na porozumění respondenta, popřípadě se ujišťovat, zda dotazy pochopil. Tento typ rozhovoru si také vyžaduje doptávání a zkoumání odpovědí, kdy si necháváme vysvětlit, jak danou věc účastník myslí. Postupně si ověřujeme, zda všemu správně rozumíme a klademe doplňující otázky. Je důležité zkoumat odpovědi do hloubky a tak se postupně nechat vést k daným cílům. U tohoto typu rozhovoru hrají velkou roli vnější faktory a prostředí, ve kterém rozhovor probíhá. (Kutnohorská, 2009, s. 40)

4.3 Charakteristika respondentů

Skupina respondentů pro tento výzkum byla tvořena pouze jednou vybranou skupinou. Jedná se o pracovníky oddělení urgentního příjmu v pozici Všeobecná sestra. Dále nebyla zvolena žádná další kritéria, která by výběr respondentů více specifikovala. Celkově bylo realizováno 6 rozhovorů na dvou pracovištích. Z toho 5 rozhovorů proběhlo na oddělení nízkoprahového urgentního příjmu ve Zlínské nemocnici Tomáše Bati, a.s. (dále jen KNTB). Zbylý jeden rozhovor se uskutečnil ve Fakultní nemocnici Brno, Bohunice (dále jen FN Brno) na oddělení vysokoprahového urgentního příjmu. Rozhovory jsou v nepoměru z toho důvodu, že ve FN Brno nebylo možno zajistit více respondentů, kteří s poskytnutím rozhovoru souhlasili. Tomu však samozřejmě patřilo porozumění a respekt, a to už z důvodu, že rozhodnutí podat odpověď bylo zcela dobrovolné. Pro přehled údajů byla zvolena tabulka č. 1 sloužící k charakteristice respondentů.

Tabulka č. 1 *Charakteristika respondentů*

Označení respondenta	Pohlaví	Pracoviště	Délka výkonu profese sestry	Délka výkonu profese sestry na urgentním příjmu
S1	Žena	Nízkoprahový urgentní příjem ve Zlíně	30 let	20 let
S2	Žena	Nízkoprahový urgentní příjem ve Zlín	8 měsíců	8 měsíců
S3	Muž	Vysokoprahový urgentní příjem ve FN Brno	10 let	3 roky
S4	Žena	Nízkoprahový urgentní příjem ve Zlíně	10 let	1 rok a 3 měsíce
S5	Žena	Nízkoprahový urgentní příjem ve Zlíně	3 roky	1 rok a 6 měsíců
S6	Žena	Nízkoprahový urgentní příjem ve Zlíně	15 let	6 let

4.4 Organizace šetření

Rozhovor pro všeobecné sestry na urgentním příjmu obsahuje celkem 4 okruhy a je tvořen z 16 otázek. Otázky byly pokládány tak, aby postupně vedly k daným cílům. Respondenti měli možnost volně odpovídat, popřípadě pokládat dotazy, pokud něčemu nerozuměli. Pořadí otázek se občas měnilo a přizpůsobovalo odpovědím respondenta. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a v případě požadavků jsou dostupné v digitální podobě na CD. Kompletní verze přepsaných rozhovorů je uvedena v přílohách práce (příloha P VIII). Účastníci rozhovoru byli předem seznámeni s otázkami a postupem, jakým bude rozhovor probíhat. Byl jim vysvětlen účel rozhovoru a souhlasili s použitím získaných dat. Kvůli zachování slíbené anonymity nejsou jména respondentů uvedena v rozhovoru. Pro jejich identifikaci byla použita pouze pracoviště a označení S1 až S6.

Rozhovory probíhaly přímo na oddělení urgentního příjmu. Měli jsme vyhrazenou místnost pro soukromí, takže jsme nebyli rušeni a rozptylováni. V průběhu realizace rozhovoru byl

přítomen pouze tazatel a dotazovaný. Délka každého rozhovoru byla v rozmezí 10 – 20 minut. K průzkumu na oddělení urgentního příjmu jsem volila ve více případech víkend, takže jsem měla více možností se s danou problematikou CMP setkat osobně setkat.

4.5 Struktura rozhovoru

Před zahájením rozhovoru byla kladena otázka, zda souhlasí s nahráváním a použití dat k účelům bakalářské práce.

Úvodní část (okruh č. 1 - otázky č. 1,2) byla zaměřena na demografické údaje, tedy vzdělání, absolvované kurzy, atestace, účast na seminářích a konferencích, týkající se neurologie. Následující část rozhovoru (okruh č. 2 - otázky č. 3,4,5,6,7,8, 9, 10, 11, 12, 13) byla zaměřena na informační zdroje, ze kterých respondenti čerpají nové informace; dále zkušenosti s úmrtím a všeobecné znalosti, týkající se léčby, diagnostiky, dané problematiky apod. Další část rozhovoru (okruh č. 3 - otázka č. 14) sloužila ke zjištění specifik péče o pacienta na oddělení urgentního příjmu na daných pracovištích. Rozhovor byl zakončen dotazováním týkající se postupu na vybraných odděleních a zjišťování změn, které by na pracovišti provedli (okruh č. 4 - otázka č. 15, 16). Celý vzor rozhovoru je k dispozici v příloze P VII.

4.6 Analýza získaných dat

Nejpodstatnější data ze získaných dat/rozhovorů byla vložena do níže uvedených přehledných tabulek. Kompletní přepis rozhovorů je uveden v příloze P VIII.

OKRUH Č. 1

Otázka č. 1: Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 *Dosažené vzdělání respondentů*

Respondent	Odpověď
S1	*To je velice relativní, protože jak je diplomovaný specialista, já jsem diplomovaná sestra. Mám dvě maturity, dvě odbornosti. Ale v mé době se na to ještě nehrálo, takže já mám maturitu jako všeobecná sestra a maturitu jako dětská sestra. Ovšem to už teď neplatí* (klade důraz a zvyšuje hlas)*. Teď už se to hodnotí zase trošku jinak, takže z této pozice jsem všeobecná zdravotní sestra.*
S2	*Mým nejvyšším dosaženým vzděláním je vyšší odborné.*
S3	*Jsem vlastně diplomovaná všeobecná sestra.*
S4	*Je to střední škola zdravotnická s maturitou, ta klasická 4 letá zdravka, co byla před asistentem.*
S5	*Takže mám vysokou školu, vlastně s titulem Bc.*
S6	*Tak studovala jsem střední zdravotnickou školu a teď pracuji jako registrovaná sestra.*

Z odpovědí respondentů je patrné, že tři sestry (S1, S4, S6), nyní pracují jako registrovaná všeobecná sestra po zdravotnické škole. Dále uvedly sestry S2 a S3, že mají vyšší odborné vzdělání – diplomovaná všeobecná sestra a poslední sestra (S5) a dosáhla titulu Bc. na vysoké škole. Respondent S1 se rozhořčeně zmiňuje o vzdělání v minulých letech, kdy bylo možné absolvovat zdravotnickou školu ve dvou odbornostech, na což se už v dnešní době nebere ohled a proto je nyní jen všeobecná sestra.

Otázka č. 2: Absolvoval/a jste nějaké kurzy, atestace?

Tabulka č. 3 *Absolvované kurzy a atestace respondentů*

Respondent	Odpověď
S1	*Samozřejmě, že jsem v tehdejší době dělala. Mám to papírově podložené, teď už mi to stejně na nic není* (zlobí se). *Jenom to, že to vím a používám v praxi. Mám psychologii.*
S2	*V minulosti jsem absolvovala kurz maséra rekondičních masáží a v současné době absolvuji kurz – pedagogické vedení studentů v klinické praxi. Co se týče urgentní medicíny, kdyby byla možnost, určitě bych absolvovala.*
S3	*Mám kurz ARIP a dětský kurz na intenzivní péči dalo by se říct.*
S4	*Mám mentorský kurz, to je vlastně v nemocnici a EKG kurz v Brně.*
S5	*Co se týká specializace nebo atestace, to nic.*
S6	*Před dvěma lety jsem se specializovala na ARIP v Brně.*

Z celkového počtu 6 respondetů absolvovalo 5 všeobecných sester (S1, S2, S3, S4, S6) v minulosti kurz či specializaci v určitých směrech, ale je mezi nimi také respondent, který se žádného kurzu neúčastnil a specializaci nezískal (S5). Sestry S3, S6 se specializovaly na anesteziologicko-resuscitsační a intenzivní péči (ARIP), která úzce souvisí s urgentní medicínou. Současně jeden z respondentů (S3) absolvoval specializaci pro dětskou intenzivní péči; 1 sestra (S4) absolvovala mentorský kurz a kurz EKG v Brně. Respondent S2 absolvoval kurz vedení studentů v klinické praxi a kurz rekondiční masáže. Sestra S1 se zmiňuje o kurzu psychologie, který jí pomáhá v praxi.

OKRUH Č. 2

Otázka č. 3: Účastnil/a jste se někdy nějakých seminářů či konferencí na téma akutní iktus? Pořádá vaše nemocnice konference na toto téma?

Tabulka č. 4 *Účast respondentů na seminářích a konferencích*

Respondent	Odpověď
S1	*Chodím na semináře, co mě zajímá samozřejmě. Chodím tam, co vím, že mi něco řekne* (klade důraz). *Nebyl to třeba jen akutní iktus, ale byl to dvoudenní seminář v otrokovické besedě, to se pořádalo z Ostravy. Tato nemocnice určitě pořádá, ale to se střídá, že. A to je v pořádku, protože nemůžeme být zaměřeni pouze na jednu stranu.*
S2	*Nezúčastnila, protože jsem neměla možnost. Ale pokud by se nějaká naskytla, například, kdyby naše nemocnice od doby co tady pracuji, pořádala konferenci s tímto zaměřením, ráda bych se zúčastnila.*
S3	*Nemocnice určitě pořádá. Určitě neurologická klinika pořádá nějaké konference, jako celorepublikově, ale nikdy jsem nebyl.*
S4	*Konference, jo když je nějaká, když to není úplně až někde v Praze. Když je to někde tady v dosahu, tak to určitě bych zašla. Neříkám jako přímo na tohle, ale určitě mě to zajímá nějakým způsobem* (gestikulace rukou). *Tato nemocnice určitě pořádá. Tady ten geriatrický den vlastně, ten kongres co se pořádá každoročně. Tam to bývá.*
S5	*To ne. Já se zajímám spíše o kardiologickou stránku, ale v nemocnici jsou určitě nějaké. Já jsem ale nebyla.*
S6	*Tak nějaké semináře pořádá sama nemocnice. Byla jsem 3x- 4x myslím, už přesně nevím.*

Z celkového počtu 6 respondentů, se 3 sestry účastní seminářů a konferenci na téma akutní iktus a neurologie (S1, S4, S6). Zbylí respondenti (S2, S3, S5) nenavštěvují žádné semináře. Jedna z respondentek (S2) uvádí, že kdyby byla možnost, určitě by se určitě zúčastnila, na druhou stranu respondent S5 zmiňuje nepřítomnost z toho důvodu, že jí zajímá spíše kardiologie. Všechny sestry se shodly na tom, že jejich nemocnice určitě konference a semináře na téma neurologie a akutní iktus pořádají (S1, S2, S3, S4, S5, S6).

Otázka č. 4: Kde získáváte nové informace nebo zkušenosti na téma CMP?

Tabulka č. 5 *Zdroje k získávání nových informací*

Respondent	Odpověď
S1	*Úplně všude, to znamená na internetu, ale to je takové minimální, protože to je všeobecné. Spíše se dotazuji vyšších, výše postavených lékařů, primářů, diskutuju o problémech.*
S2	*Většinou z internetu, ale z ověřených zdrojů. Pokud mám možnost, sáhnu po odborné literatuře a časopisu. Někdy se ptám doktorů.*
S3	*Občas od našich lékařů, od lékařů z neurologické kliniky, jinak že bych aktivně vyhledával, to moc ne.*
S4	*Pokud mi to řekne náš lékař nějaký, jakože tady na interně. Na internetu, když něco zachytím. Jakože bych nějak aktivně vyhledávala CMP, to asi ne. Ale když něco od kolegů zaslechnu, tak asi průběžně.*
S5	*Když vlastně nevím, zajdu za lékařem nebo ke spolupracovnicím se na cokoliv zeptat. A když mě samotnou to nějak víc jak kdyby zajímá, tak na internetu si vyhledám nějaké věci.*
S6	*Samostudium nebo nějaké časopisy. Samozřejmě lékařů se doptávám.*

Všeobecné sestry (S1, S2, S4, S5) nejčastěji používají k čerpání nových informací a vědomosti internet; 2 sestry (S2 a S6) uvedly, že čerpají nové informace z časopisů nebo odborné literatury. Všichni respondenti se shodli na dotazování lékařů a výše postavených, pro získání nových vědomostí. Sestra S6 zmiňuje samostudium, nicméně jsou i sestry, které toto téma aktivně nevyhledávají (S3, S4).

Otázka č. 5: Vyskytuje se podle Vás CMP v naší populaci často a bývá častou příčinou úmrtí?

Tabulka č. 6 *Názor respondentů na výskyt úmrtí*

Respondent	Odpověď
S1	*Ano, pokud vím, tak je to druhá nejčastější smrt na světě. Nebo příčina smrti.*
S2	(krčí rameny) *Po pravdě jsem se nad touto otázkou nikdy nezamyslela, ale vzhledem k tomu, že se v rámci své práce setkávám často s lidmi s touto diagnózou, tak bych řekla, že výskyt a možná i to úmrtí je poměrně časté.*
S3	*Tak vyskytuje se poměrně často. Dřív to bylo jakoby u starších lidí, teďka se ta věková hranice postupně snižuje. Je to prostě problém s vysokým krevním tlakem. Že by bylo častou příčinou úmrtí, to si nemyslím až tak moc, jako pokud je to nějakej těžkej ischemickej, tak samozřejmě ano. Může to skončit smrtí nebo smrtí mozku, ale myslím si, že jako úplná přímá příčina, to ne.*
S4	*Že se vyskytuje často, to si myslím a jestli to bývá často s úmrtím spojené, myslím si, že to má jakože dost vliv, ale nevím, jestli je to vyloženě jenom CMP* (ticho, přemýšlí). *Je to nějak přidružené, nebo třeba pozdě se na to přijde u některých pacientů, že ti příbuzní kolikrát nepřijdou na to. Ne tak rychle aby sem stihli dojet, nebo si toho nevšimnou. Určitě má vliv životní styl, ten teďka na všechno si myslím. Civilizační choroby a mrtvice je jedna z těch.*
S5	*Určitě ano, ale spíše teďka progreduje do mladšího věku a to hlavně u žen, i díky antikoncepci si myslím, když užívají. Myslím, že je to častou příčinou smrti.*
S6	*Je to myslím si, že třetí nejčastější příčina úmrtí, vyskytuje se v poslední době velmi často.*

Všechny všeobecné sestry si myslí, že CMP se vyskytuje v naší populaci často. Čtyři sestry (S1, S2, S5, S6) považují akutní iktus za častou příčinu úmrtí, na druhou stranu sestry S3 a S4 si nemyslí, že samotná cévní mozková příhoda je častá příčina smrti. Spíše považují špatný životní styl a vysoký krevní tlak za problém dnešní doby, který vznik CMP podporuje. Dvě sestry (S3, S5) zmiňují progredování akutních iktů stále do mladších věkových kategorií. Sestra S4 považuje nevčasné rozpoznání klinických příznaků rodinnými příslušníky jako přidruženou příčinu vzniku.

Otázka č. 6: Jak často se setkáváte na vašem oddělení s akutním iktem?

Tabulka č. 7 *Výskyt CMP na oddělení UP s úmrtím*

Respondent	Odpověď
S1	*Pokud je ohrožení života na tolik veliké, velké krvácení nebo opravdu vážný stav, tak to jede hned na ARO. Tady u nás se jen zastaví. No tady jsme nízkoprahový urgentní příjem, takže my od 3 odpoledne do 7 ráno jsme i neurologičtí. Takže na té službě, když vezmeme jenom to odpolední, že tu není svátek, neděle, sobota, tak 2 – 3 proběhnou za ten den.*
S2	*Je to velmi individuální, protože fungujeme jako neurologická ambulance až od půl 4 do 7 hodiny ráno. Od těch 7 hodin do té půl 4 přebírá funkci neurologická ambulance, která sídlí na neurologickém oddělení. Někdy k nám nepřivezou žádného pacienta, nebo jen jednoho. O víkendu naopak fungujeme 24 hodin, tak už je výskyt těchto pacientů častější. V průměru jeden až dva případy za den. Zažila jsem ale i víkendovou směnu, kde jsme měli takové pacienty i čtyři, takže nelze říct přesný počet.*
S3	*Dalo by se říct, že je to denně. Denně jeden, někdy dva. Dva lidi, jako je to poměrně častá diagnóza na urgentním příjmu.*
S4	*Dost často se tu vyskytují. Myslím si, že každý den. Neříkám, že je toho jako extra moc každý den, ale každý den určitě aspoň tu jednu, dvě jo.*
S5	*Tak v průběhu dne, dvakrát, třikrát za den, a když je to během víkendu, kdy vlastně případy neurologické chodí k nám, tak to může být i 3x – 4x za den.*
S6	*Každý den máme takové neurologické pacienty. Nevím průměr* (kroutí hlavou).

Sestry S2, S3 a S4 uvádí, že během dne je na jejich oddělení přivezen v průměru 1–2 pacienti s CMP; další 2 (S1, S5) respondentky zmiňují 2–3 pacienty za den. Zbylá sestra (S6) odpověděla, že každý den, ale průměr nedokáže říct. Sestry S1a S2 upřesňují, že urgentní příjem ve KNTB funguje pro CMP během týdne jen od půl 4 odpoledne do 7 ráno. Důvodem je neurologická ambulance, které pacienty s podezřením na neurologický problém přebírá sama.

Otázka č. 7: Setkal/a jste se vy osobně s úmrtím na urgentním příjmu zapříčiněné akutním iktem?

Tabulka č. 8 *Zkušenosti s úmrtím zapříčiněné CMP*

Respondenti	Odpověď
S1	*S úmrtím jsem se tady nesetkala, co se týká CMP. U interních oborů ale ano.*
S2	*Zkušenosti s úmrtím nemám, v rámci studia při jiných diagnózách ano, ale na pracovišti ne. Po stanovení diagnózy lékařem a uložením pacienta na oddělení pak nemáme ani informace, jak na tom pacient je.*
S3	(povzdech) *Těžký iktus tu byl. Nakonec to skončilo fatálně, ale nezemřel ten dotyčný tady. To progredovalo během dvou, tří dnů tuším, na oddělení zemřel. Ale přímo tady jsem se nesetkal.*
S4	*Vyloženě já ne. Nevím jak moje kolegyně, ale já rozhodně zatím ne.*
S5	*S CMP ne, ale jinými diagnózami ano.*
S6	*Nesetkala jsem se s úmrtím. Tito pacienti jsou jakoby odváženi už na neurologickou JIP a ARO, takže ne.*

Všechny všeobecné sestry tvrdí, že se na svém oddělení s úmrtím zapříčiněným cévní mozkovou příhodou nesetkaly. Nicméně 2 všeobecné sestry (S1, S5) zmiňují zkušenost s úmrtím způsobeným jinou diagnózou. Sestra S2 podotýká, že zkušenosti s úmrtím měla během studia.

Otázka č. 8: Na jaké 2 základní typy se rozděluje CMP?

Tabulka č. 9 *Znalosti respondentů o dělení CMP*

Respondent	Odpověď
S1	*Ischemická a hemoragická mozková příhoda.*
S2	*Tak ty dva základní typy jsou hemoragická a ischemická. Kdybych měla trošinku charakterizovat tyto skupiny, tak ta hemoragická je způsobena rupturou cévy v dané oblasti. Ta ischemická vzniká na základě trombózy nebo embolie.*
S3	*Tak jak už jsem řekl, na tu ischemickou a hemoragickou no. U té ischemické je to jakékoliv ucpání vlastně té přívodné tepny a u těch hemoragických to pak může být nějaký prasknutí zase té cévy, nebo nějaké to aneurysma. Toho může být víc no.*
S4	*Na hemoragickou a ischemickou. Hemoragickou si myslím, že způsobuje nějaké krvácení a ischemické, že je ta céva něčím přicpaná, jakože trombem nebo nějak takhle.*
S5	*… hemoragická a ischemická forma. Dále se to dělí podrobněji, ale to nepovažuji za tak podstatné.*
S6	*Tak ischemická a hemoragická. Ta ischemická vzniká na podkladě embolie nebo trombózy a hemoragická, jsou to různá aneuryzmata.*

Všech 6 respondentů dokázalo odpovědět na otázku – rozdělení CMP na dva základní typy: 4 všeobecné sestry (S2, S3, S4, S5) samostatně zmiňují možné zapříčinění těchto dvou základních typů. Sestra S5 tvrdí, že se akutní iktus dělí ještě podrobněji, ale toto podobnější dělení nepovažuje za podstatné.

Otázka č. 9: Jaké jsou nejčastější klinické příznaky akutního iktu?

Tabulka č. 10 *Znalosti klinických příznaků akutního iktu*

Respondent	Odpověď
S1	*Tak to je klasika, že. Máte závrativost, slabost, potom nemůžete artikulovat. Prostě chcete něco říct, ale nejde Vám to. Nebo chcete se usmát, máte obrnu tváře, ztuhlost tváře. Máte bezvládnou jednu polovinu, nebo ruku, nohu, to může být i rozdělené. Nebo ne úplně mrtvou, máte ji slabou. Není to normální, nemáte normální úchop. To jsou takové ty základy. Bývá také na zvracení, točení hlavy, neustojí, padá ten člověk. Buď má tu nohu plegickou, nebo prostě zakopává o vlastní špičku, když chce chodit. To je zase individuální. To je otázka, kde je ta mrtvička umístěna v tom mozku. Jak ten člověk je starý, na pohlaví, co má všechno za nemoci.*
S2	*Tak z mého pohledu co vídám na tomto oddělení, je to povislý koutek, pokud toho pacienta požádáme, aby vypláznul jazyk, tak ten jazyk jde k jedné straně úst. Většinou takovému pacientovi vytékají sliny z úst, pacient je zmatený, nedokáže se orientovat v čase, místě prostoru. Pak se vyskytuje porucha řeči, když třeba pacienta požádáme, aby nám něco sdělil, tak on většinou rozumí, ale nedokáže dát najevo, co vlastně chce říct. Pak to je ztráta hybnosti, které se většinou vyskytují na jedné polovině těla* (názorně ukazuje). *Pak parézy – částečné ztráty hybnosti a plegie – úplná ztráta hybnosti, které se většinou vyskytují na jedné polovině těla. Porucha čití. Teď si například vzpomínám na jeden případ. Většinou tito pacienti pokud je lékař poprosí, aby například stiskli ruce, tak ten rozdíl v tom stisku je veliký.*
S3	*Dotyčný třeba přestane mluvit, nemůže se vyjádřit. Má nějaký pokles končetin, padá. Může nám padat třeba na stranu. Jeví se třeba těm dotyčným, těm rodinám zvláštní. Může se to třeba časem upravit. Někdy se upraví, než dojede záchranka. Pak už to není tak dramatické, ale ten iktus tam jakoby přetrval, takže nejčastěji jsou to třeba změny mimiky a hlavně teda ta řeč může být postižena, no.*
S4	*Zmatenost, bolest hlavy, sestup koutku, slabost jedné poloviny těla, ať už ruka, povislý koutek. Nějaká ta mimika, špatná mluva, rozostřené vidění, něco takového a pak už je to spíš mixovaně. To samé končetiny, že nezvedne jednu ruku třeba, nebo když máte nohy vedle sebe na boso a přejedete po jedné noze něčím ostřejším, tak na to nereaguje nebo je to otupělé, brnění prstů. Je toho strašně moc těch příznaků.*
S5	*Tak může to být vlastně pokles koutku, slinění, nějaké plegie, parézy, poruchy visu. Což tam může být vlastně dvojité vidění, nějaké špatné rozostření. Bledost, nevolnost. Dezorientace určitě, nebo zvýšený krevní tlak může být.*

S6	*Povislý koutek, apraxie, což je vlastně ztráta schopnosti vykonávat nějaké koordinované postupy. Afázie, což je porucha řeči, vertigo, dysfagie, což jsou poruchy polykání vlastně, nebo hemiparézy třeba. Jsou dezorientovaní časem, místem, prostorem* (gestikulace rukou). *Necitlivost končetin, brnění v končetinách.*

Z celkového počtu 6 respondentů tvrdí 5 všeobecných sester (konkrétně tedy S1, S2, S3, S4, S6), že mezi klinické příznaky CMP řadíme poruchy řeči, problémy s vyjádřením, obrnu lícního nervu, povislý koutek, popřípadě vytékání slin z úst. Dále se respondenti S1, S2, S3, S4 a S6 zmiňují o problémech s hybností, o obrně poloviny těla a padání na jednu stranu. Respondentky S2 a S5 vzpomněly pojmy jako – parézy, plegie. Sestry S1 a S2 podávají informace o přítomné slabosti a jedna z nich (S1) uvádí příklad, kdy doktor požádá pacienta o stisk ruky a ten toho není schopen. Dvě sestry (S4, S6) se shodují na tom, že se může vyskytovat brnění prstů. Respondenti (S2, S4, S5, S6) jsou také přesvědčeni o přítomné dezorientaci či zmatenosti, zvracení (S1), bolesti hlavy (S4) a o poruchách visu jako je např. dvojité vidění a jiné (S4, S5). Sestra S6 také vysvětluje pojmy jako – apraxie či dysfagie. Respondent S2 podotýká, že se může vyskytovat hypestezie a poruchy čití. Sestra S1 dodala, že klinické příznaky jsou závislé na lokalizaci postižení. Žádná ze sester neuvádí poruchy vědomí.

Otázka č. 10: Jaká je urgentní diagnostika CMP?

Tabulka č. 11 *Znalosti urgentní diagnostiky*

Respondent	Odpověď
S1	*Vnímám, jak ten člověk mluví. Ten vzruch neprobíhá stejně ve všem, něco člověk ví přesně, v něčem je úplně mimo. Má výpadky a přitom to jsou inteligentní lidi. Je důležité si všímat, jak vnímá pacient mě. Základ je pak CT, vždycky samozřejmě fyzické vyšetření lékařem, to je automatické. Ale to CT nám dá takový odrazovací můstek. Samozřejmě vždycky odběry včetně koagulace a všeho, co se tu dělá.*
S2	*…anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní a zobrazovací metody. Tady je to hlavně počítačová tomografie CT nebo lze provést nukleární magnetickou rezonanci.*
S3	*Změříme základní životní funkce, vyšetření na CT. Zajedeme do toho CT a tam se rozhodnou, jestli chcou klasické nativní CT, nebo chcou k tomu nativnímu CT, co se provádí standardně, ještě udělat to CT angio těch mozkových tepen. Neurolog si ho vyšetří na lůžku. My pak máme základní portfolio odběrů, který berem. Je v tom i glykémie.*
S4	*Určitě nějaké CT s kontrastem, CT hlavy s kontrastem. To povodí těch cév, jak to vypadá, to je asi nejčastější test. Plus krevní náběry, co k tomu patříjou. Odběry se berou vlastně základ – metabolický soubor, CRP + jaterní soubor, pak je krevní obraz, koagulace. Pak pokud doktor ještě něco chce nabrat, ale tohle je ten základ, který se bere vždycky. EKG a glimča pokud je to diabetik, to vždycky.*
S5	*Takže je to určitě anamnéza od lékaře, nějaké ty odběry, zhodnocení fyzického a psychického stavu. Pak tam je zhodnocení fyziologických funkcí, CT nebo magnetická rezonance.*
S6	*Tak v první řadě je to anamnéza, dále fyzikální vyšetření, neurolog přijde vlastně vyšetřit. CT, to je nejběžnější, někdy magnetická rezonance a základní krevní odběry.*

Všechny všeobecné sestry se shodly na tom, že hlavní diagnostická metoda pro akutní iktus je computerová tomografie – CT a krevní odběry. Některé sestry (S2, S5, S6) řadí mezi diagnostické metody magnetickou rezonanci – a sestry S3 a S4 podotýkají, že se využívá také vyšetření mozkových tepen – angiografii. Čtyři sestry (S1, S2, S5, S6) zmiňují fyzikální vyšetření a pouze 2 sestry (S3 a S6) uvádí vyšetření neurologem. Dle mého názoru je to zaviněno nepřítomností neurologického lékaře na UP v KNTB. Sestry musí neustále vyčkávat na jeho příchod. Proto si myslím, že pro ně ztrácí tato diagnostika svou hodnotu a neberou jí automaticky tak, jak by to mělo být. Respondenti (S2, S5 a S6) vzpomínají

také odebírání anamnézy. Jen sestra S4, jež absolvovala EKG kurz řadí vyšetření EKG k urgentní diagnostice. Žádná ze sester nemluvila o sonografickém vyšetření a o pojmech jako – PET a SPECT.

Otázka č. 11: Jaké škály se používají k hodnocení cévní mozkové příhody? Dokážete popsat škálu FAST?

Tabulka č. 12 *Znalosti škál využívaných v diagnostice CMP*

Respondent	Odpověď
S1	*Škála FAST – samozřejmě základy jako tvář, ruce a řeč. Při hodnocení je to zase vyloženě věc lékaře. Tady v tom já jsem takový ten malý článek.*
S2	*Co se týče škálování, přiznám se, že přesně netuším, co se vše hodnotí a s jakým bodovým ohodnocením* (kroutí hlavou). *FAST – jedná se o pomůcku, podle které si zapamatujeme, co máme na postiženém člověku hodnotit.*
S3	*No to nechávám spíše na lékaři. Jako máme je tady vyvěšený, ale že bych je nějak vyloženě znal, to asi ne. Vím, že je nějaká NIHSS, ale nepovažuju to za až tak pro mě důležité. FAST přesně nevím.*
S4	*FAST, kde se posuzuje obličej sám o sobě, to jsou ty písmenka vlastně v angličtině. F jako Face, A jako Arm, S jako Speech a podobně. Pak si myslím, že nějaké to Glasgow Score dá se říct.*
S5	*…nějaké vím. Je to Glasgow Scale asi, kterým hodnotíme stav vědomí, ale spíše je to podle mě v režii lékaře. FAST vím, k čemu se používá. Mělo by se vlastně zahrnovat hodnocení pro tvář, jak kdyby ten svěšený koutek, artikulace, asi čas, vlastně kdy to CMP vzniklo, protože to je hrozně důležité pro časové okno při léčbě.*
S6	*Nejběžnější co se asi u nás používá, je právě metoda FAST, kdy vlastně hodnotíme tvář, ruce, řeč. U té tváře požadujeme, aby se usmál nebo vycenil zuby, vyplázl jazyk. U rukou natáhnout ruce před sebe a šáhnout si na nos na špičku* (názorně ukazuje). *A u řeči používáme nějaké jednoduché věty jako – první pražská paroplavba* (směje se).

Respondenti (S1, S2, S4, S5, S6) dokážou popsat škálu FAST. Sestry S4 a S5 uvádí jako součást škálovací techniky při akutním iktu Glasgow Coma Scale, které slouží k hodnocení stavu vědomí. Pouze jedna ze všeobecných sester (konkrétně S3) zmínila škálu NIHSS. Ovšem jak můžete vidět ve výše uvedeném přepisu, nepřikládá této škále osobní důležitost. Je zajímavé, že ani jedna ze sester neuvedla škálu HHS. Sestry S1 a S3 se obhajují tím, že znalost škálovací techniky považují za věc lékaře.

Otázka č. 12: Co je to trombolýza?

Tabulka č. 13 *Znalosti týkající se trombolýzy*

Respondent	Odpověď
S1	*Je to podání léku, který naředí krev. Respektive ten embol, který ucpal tu cévu. Aby to rozpustil, zprůchodnil. Proto trombolýza se doporučuje do tří hodin od vzniku, maximálně 4, 5 hodiny, ale to rozhoduje zase lékař.*
S2	*Výkon, při kterém dochází k rozpuštění trombu, tedy sraženiny, která ucpe příslušnou cévu. Lze ji provést například u této cévní mozkové příhody v co nejkratším čase od jejího vzniku.*
S3	*… je vlastně rozpuštění toho vzniklého trombu, který ucpal nějakou mozkovou tepnu. My tady používáme aktilýzu. A podává se to vlastně co nejdřív po zjištění na zobrazovacích metodách, aby byl ten pacient co možno jak říkajíc v tom okně.*
S4	*Je to rozpuštění trombu, který vlastně způsobuje tu ischemickou cévní příhodu. Dávají se prostě nějaké léky na rozpuštění trombu. Ale říkám, to se dává většinou až na té neurologické JIP.*
S5	*…podání přípravku na rozpuštění trombu.*
S6	*Rozpuštění vlastně té sraženiny.*

Všechny všeobecné sestry věděly odpověď na otázku – co je to trombolýza a respondent S3 podotknul, že v nemocnici FN Brno se používá k provedení trombolýzy přípravek – aktilýza. Respondent S4 se zmiňuje o tom, že se trombolýza provádí až na neurologické JIP. Sestra S1 podotýká, že se trombolýza doporučuje do tří hodin od začátku vzniku, maximálně však do 4, 5 hodiny.

Otázka č. 13: Jaká je další léčba akutního iktu?

Tabulka č. 14 *Znalosti léčby CMP*

Respondent	Odpověď
S1	*Základ trombolýza, pak už se ponechává spíše na ty specifická pracoviště. Ale určitě se tam řadí ředění krve, diabetická léčba u diabetiků, někdy vlastně může být i chirurgické řešení a tak dále. To už se nás pak netýká* (řekla důrazně).
S2	*…hlavně zajištění vitálních funkcí, trombolýza, antiagregační a antikoagulační léčbu. Potom zajištění parenterální a enterální výživy, podle stavu pacienta.*
S3	*Tak tam je základ ta trombolýza, že. Pak to může být nějaký to ředění krve. Léčba edému, při těch těžších stavech. Určitě nějaké ty úpravy vysokého tlaku, to je někdy problém a celkově úprava těch vitálních funkcí.*
S4	*Ředění krve takové to obecné. Protiedematózní léčba, jak kdy. Asi dost záleží na tom lékaři, jak je zkušený, jestli to nechá až na tu neurologickou jipku, asi tak. Taky podle toho, jak je to závažné.*
S5	*Je to vlastně antiagregační a antikoagulační léčba. Pak se nějak řeší ty otoky mozku, ale to se neřeší přímo u nás.*
S6	*Antiagregancia, antikoagulancia a antiedematózní léčba. Podává se Mannitol na otok mozku vlastně.*

Všech šest sester považuje za léčbu akutního iktu aplikaci léků ovlivňující srážlivost krve, antikoagulačních či antiagregační léčbu a některé z nich (S3, S4, S5 a S6) uvádí léčbu anti-edematózní. Respondentka S6 dodává, že se k anti-edematózní léčbě používá přípravek Mannitol. Sestra S2 podotýká, že se také zajišťuje parenterální či enterální výživa a sestra S3 hovoří o léčbě vysokého krevního tlaku. Pouze 1 ze sester (konkrétně S1) se zmiňuje o možnosti chirurgické léčby a o diabetické terapii. Nikdo z respondentek neuvedl léčbu pomocí implantace stentu.

OKRUH Č. 3

Otázka č. 14: Jaké jsou specifika péče a komunikace u pacientů s CMP?

Tabulka č. 15 *Specifika péče u pacientů s CMP*

Respondent	Odpověď
S1	*Vyptávat se především. Je pěkné taky třeba ptát se na prezidenta, protože kolikrát tady byl aj Masaryk* (směje se)*, takže to už je individuální. Převážně vždycky, jak jsem mluvila o té psychologii, tak tohle je právě parketa té psychologie, kdy musíte volit jednotlivé otázky, jednotlivé úkony ke každým pacientům vždycky jinak. Není na to nikdy jeden metr. Musíte být flexibilní a reagovat na danou situaci. Pokud ten čas je, můžeme úplně jednoduše, to je stará první pražská paroplavba, abyste viděla tu artikulaci, nebo úsměv, vycenit zuby.*
S2	*Tak my hlavně dbáme o jeho bezpečnost, protože zde hrozí i riziko pádu, tak každý takovýto pacient je zabezpečen postranicemi na lůžku. Máme tady i kamerový systém, takže i při najetí jiné záchranné služby, s jiným pacientem, tak máme tohoto pacienta na kamerovém systému. A v případě, že kdyby se cokoliv dělo, můžeme rychle zasáhnout. A protože s pacientem je špatná komunikace, tak dáváme žluté náramky s identifikačními údaji pacientovi. Protože pacient se právě neorientuje v tom čase, místě a prostoru. No a snažíme se vlastně toto onemocnění diagnostikovat co nejrychleji, protože rychlost zde hraje velkou roli.*
S3	*No tak ta komunikace je taky spíš pak už v rukou lékaře, který nějakým způsobem odebírá anamnézu. My se snažíme pacienta zajistit a stabilizovat. Samozřejmě jsou tam nějaký ty specifika, jak komunikovat a tak dále, ale většinou je to všechno v takové rychlosti. A vlastně i ta rychlost, to bych tak řekl. Je to stav vyžadující obratné a zrychlené jednání, tak asi.*
S4	*Určitě se musíme doptávat jak je na tom. No jak to mám říct, jestli je jako orientovaný nebo dezorientovaný. Jestli vůbec ví kdo je, kde je, kdo jsme my, kde se nachází. Určitě ty specifika jsou, je jich hodně. A určitě bych toho pacienta označila páskem na ruce, kdo to vlastně je, aby se to nějakým způsobem nemohlo zaměnit. První co dám pacientovi, jsou z obou stran postranice. I když se zdá ze začátku dobrý, může se rychle zhoršit a pak to může být problém.*
S5	*Takže protože jsou hodně zmatení, tak jim dáváme identifikační náramky na ruku, dále jsou to třeba postranice na lůžku, kdyby se třeba nějak převrátili, tak aby nám někde nehupsli. Kamery jsou vlastně v čekárně, takže je sledujeme a ještě pak když třeba jdou někam, tak je přidržujeme, protože mají sklon padat na jednu stranu. A ještě protože jsou zmatení, tak jsou často pod dohledem, protože mají jak kdyby chuť nám utíkat někdy, nebo se ztrácet.*

S6	*...u těchto pacientů vždycky dáváme žlutý náramek, abychom je mohli identifikovat. Jsou zabezpečení dál na lůžku postranicemi, proti pádu, aby nespadli. A snažíme se s nimi dorozumívat, tak jak vlastně oni nejlíp mohou.*

Čtyři všeobecné sestry (S2, S4, S5 a S6) řadí do specifik péče – označení pacienta identifikačním náramkem a dvě z nich podotýkají (S2 a S6), že náramky pro pacienty s CMP mají žlutou barvu. Někteří z respondentů (S2, S5, S6) udávají zajištění bezpečnosti pomocí postranic, jako prevence pádu. Respondenti S2 a S5 zmiňují kamerový systém v čekárně, díky kterému je možnost vždy rychle zasáhnout. Mezi respondenty jsou také sestry, které mluví o specifikách v komunikaci, zjišťování orientace (konkrétně S1, S4, S6). Pro zajímavost uvádím rčení jedné z respondentek (S1), která udává příklad – opakování spojení „první pražská paroplavba“, doptávání se na nynějšího prezidenta. Současně respondentka tvrdí, že právě během komunikace s těmito pacienty využívá kurz psychologie. Na druhou stranu, sestra S3 přenechává komunikaci lékaři a za svůj úkol spíše považuje pacienta zajistit a stabilizovat. Sestry S3 a S4 považují za další specifika – co nejrychlejší jednání během akutního iktu. Respondent S5 také mluví o doprovázení pacienta při chůzi a přísném dohledu, protože zmatení pacienti mají někdy sklony k útěku. Sestra S1 podotýká, že je nutno volit jednotlivé úkony dle stavu pacienta a klade důraz na důležitost flexibility sester v daných situacích.

OKRUH Č. 4

Otázka č. 15: Můžete mi popsat postup péče ve vašem zařízení, který používáte v praxi u pacienta s akutním iktem?

Tabulka č. 16 *Postup péče na oddělení urgentního příjmu*

Respondent	Odpověď
S 1	*Postup vám můžu říct, problém je spíše ten, že vždycky zase zaleží na lékaři. Bohužel máme neurologa ve vedlejší budově, to znamená, pokud není přítomný tady u nějakého jiného pacienta, tak já se s ním musím spojit s telefonem. Dám mu záchranáře, aby mu to předal telefonicky, ten záchranář poté podá informace telefonický mně a řekne mi, co by si ten lékař přál* (řekla rozhořčeně). *Případně se dává nějaká ta kapačka. Pokud ten doktor řekne, dáme to, tak pacienta prostě zajistíme. To znamená, kdyby zvracel, tak to už zase záleží, někdy můžu i sama, ale převážně se teda domluvit s lékařem co aplikovat. Některý doktor preferuje to, druhy zase to druhé. U nás je to taková jen zastávka da se říct, my vlastně toho člověka nezalečujeme, my většinou děláme ty odběry, zajistíme co je třeba, třeba když v záchrance se nenapíchne žilka, tak samozřejmě musí být žilní přístup bez diskuze, takže zavedeme normálně žilní katetr, všechno. Čeká se na výsledky a ten člověk někam jde. Jipka, etáž neurologická, to už závisí na tom stavu.*
S 2	*Tak všechno začíná u nás dispečinkem, který nám zašle sms zprávu o stavu pacienta a časovém příjezdu na naše oddělení. A po příjezdu rychlé záchranné služby si pacienta přebíráme. Změříme mu fyziologické funkce, většinou teda saturaci, teplotu, a krevní tlak. Provedeme laboratorní vyšetření, hlídáme si glykémii, a pokud pacient nemá periferní žilní katetr tak zavádíme i ten. Pak následuje vyšetření ze strany lékaře a indikované zobrazovací metody. Všechny tyto výkony zaznamenáváme do dokumentace. Vypisujeme ambulantní záznam a po rozhodnutí lékaře je pak pacient transportován na neurologické pracoviště.*
S 3	*My vlastně dostaneme avízo od záchranky a od neurologa, který si takového pacienta striážuje, což je jakoby rozhodne podle toho, jak ten dotyčný vypadá. Co mu záchranka řekne, tak si rozhodne na příjem přes náš urgent a my si ho poté vlastně přebereme od záchranky, napojíme si ho na monitor, změříme vitální funkce a zajistíme žilní vstup. A podle CT se pak neurolog rozhodne o přijetí buď to na jednotku intenzivní péče, nebo na intermediální péči u nás. Nejčastěji podáváme nějaký Ringerův roztok, léky podáváme úplně minimálně. Když jsou ti pacienti třeba hypertonici, tak pokud je tam ischemický cmpéčko, a není ten tlak, je nějak dramatický, tak to příliš neřešíme. Spíš je to pro toho dotyčného lepší, aby ten tlak byl vyšší. Pokud je tam otok mozku, tak to už se volá většinou*

	neurochirurg, aby se k tomu vyjádřil, to už my tady neřešíme. My máme základní portfolio těch odběrů, který berem. Je v tom i glykémie, neděláme klasický glykemický profil, ale glykémie je v tom obsažena. Záleží na tom, jak ten pacient vypadá ale většinou pokud on jde na trombolýzu, tak my tady u nás zavedeme močový katetr. Je to i z důvodů toho, kdyby došlo k nějakému poškození těch močových cest, aby se to prostě nezavádělo během té trombolýzy, kde by to bylo zase kontraindikaci. Snažíme se to tady zavést pokud možno co nejšetrnějc a vidíme u toho pacienta, jestli je tam nějaká hematurie nebo ne, ale v 99 %, tam není.
S 4	*Že sem jede CMP, to nám většinou nahlásí sanitky přes DUP, to je informační systém. Tak my už voláme toho neurologického lékaře. Lékař, když tady je tak naordinuje odběry, vždycky je to CT angio, někdy EKG a podle toho se postupuje dál. Pacient tady vyčkává. Pokud to teda není to CMP, je to něco jiného. Nebo většinou jde na tu jipku nebo neurologické oddělení. Infuze na zavodnění určitě, ale to je všechno na ordinaci lékaře. Záleží, co on chce a ze sanitky dost často mívají už dané, jakože už kapou. Močový já osobně jsem ještě asi nezaváděla. Samozřejmě bych zavedla, kdyby mi doktor naordinoval, ale jen u žen, ne u mužů, protože to vlastně nemůžu, takže tak. Bývají i neklidní, takže se můžou ordinovat i tišící léky, ale to zase závisí na lékaři, stavu pacienta a jiných věcech. Říkám u všeho musí být lékař a schopný personál, který dokáže pomoct v jakémkoli stavu.*
S 5	*Záchranka nám dá vlastně echo, teda a pak to domlouvá s neurologem, který nám pak vyhodnotí tu událost a pak ta záchranka nám řekne verdikt neurologa, který nám pak oznámí, co se s tím klientem bude dít. Pak vlastně teda jestli ten klient přijede k nám, tak se mu odebírají odběry dle ordinace lékaře, snižuje se krevní tlak málokdy ale teda. Jenom když jsou s ním fakt problémy. Podávají se infúze, pokud je tam problém s hypo nebo hyperglykemii tak určitě inzuliny, málokdy kyslík, znovu fyziologické funkce a pak je to odvoz na CT a pak vlastně dál o tom klientovi nemáme informace. Jde jen o to prvotní zajištění u nás vlastně.*
S 6	*Tak pokud pacient není zajištěn, tak jako první zajistíme žílu, kdyby mohlo dojit k nějaké opakované příhodě, abychom mohli jako aplikovat různé infúze, potřebné léky a podobně. Měření fyziologických funkci samozřejmě – puls, teplota, saturace hlavně a také tlak. Měříme EKG, když si to vyžádá lékař. Pokud má pacient nízkou saturaci, tak podáváme kyslík, ale to se neděje tak často. Pokud je to pacient diabetik tak samozřejmě odběr glykémie a dále podáváme různé infuze dle ordinace lékaře. Pokud je to diabetik, tak i s nějakou glukózou a inzulinem. No a potom vlastně čekáme na výsledky s CT a pak už pacient míří na neurologickou JIP.*

Sestry S1, S3, S4 a S5 mluví o komunikaci se ZZS. A to o informaci, kterou přijmou buď pomocí SMS, telefonicky. Dále mluví o neurologovi, který pomocí informace od ZZS

vyhodnotí stav pacienta. Sestra S1 považuje za velkou nevýhodu sídlení neurologa ve vedlejší budově. Další krok, který všeobecné sestry S1, S2, S3 a S6 zmiňují, je zavedení periferního žilního katétru (pokud ho již pacient nemá zvedený ze ZZS).; následuje měření fyziologických funkcí (a to dle respondentů S2, S3, S5, S6), případné podání kyslíku (dle respondenta S3), respondenti S3 a S5 uvádějí dále snižování krevního tlaku – a to v případě dramatických situací. Respondenti S4 a S6 uvádějí dále EKG vyšetření vyžadované lékařem, odběry krve na laboratorní vyšetření (dle S1, S2, S3, S4, S5) a odběr glykémie (dle S2, S3 a S 6). Respondenti S1, S3, S4, S5, a S6 řadí k postupu léčby podání infuzních roztoků, respondenti S5 a S6 doplňují diabetickou terapii. Všeobecná sestra (S4) vzpomíná tišící léky a také zmiňuje, že se u pacientů permanentní močový katétr (dále jen PMK) nezavádí. Ale sestra S3 někdy před trombolýzou PMK na svém oddělení zavádí. Součástí odpovědi byly informace o doprovázení nemocného na vyšetření. Respondenti S2, S3 a S4 pacienta doprovázení na vyšetření. Sestra S3 současně mluví o zavolání neurochirurga, pokud je podezření na otok mozku. Dvě ze sester (S1 a S5) tvrdí, že na urgentním příjmu je to pouze taková zastávka, a další dvě podotýkají, že se poté pacient překládá na neurologické oddělení či JIP (konkrétně tedy S1, S2, S3, S6). Respondent S1 a S4 připomíná, že všechno je pouze na základě ordinaci lékaře a sestra (S 2) zmiňuje veškeré zaznamenávání do dokumentace.

Otázka č. 16: Myslíte si, že v rámci postupů Vašeho zařízení/oddělení je něco, co byste udělal/a jinak? Změnil/a byste postup péče?

Tabulka č. 17 *Názor respondentů na změnu postupu péče*

Respondent	Odpověď
S1	*Kdyby to bylo úplně ideální, tak ten neurolog by byl vždycky tady přítomný. Pořád nám to slibují, pořád nic. To znamená, že někdy pokud ten stav není dobrý a já tady na toho doktora musím třeba 20 minut, půl hodiny čekat, není to nic pěkného* (je naštvaná). *Máme tady málo prostor, málo pracovníků. Protože pokud jde třeba sestra s epileptikem sestra a sanitář na CT a zůstane tady jen jedna sestra, není to dostatečně zabezpečené a lékař je mimo. Zatím si stojím. Tohle je jako ohrožení* (zvyšuje hlas).
S2	*Tak postup péče v rámci našeho pracoviště bych asi neměnila, myslím si, že se snažíme pro pacienta udělat maximum, ale změnila bych celý systém přijímání takového pacienta. Protože u nás je velkou nevýhodou, že sídlíme mimo budovu neurologie, i když jsou u nás zobrazovací metody k posouzení této diagnózy. Ale pokud se diagnóza prokáže, tak musíme pacienta transportovat na neurologickou budovu, což bývá pro pacienta často náročné* (gestikulace rukou). *Tady vlastně nemáme neurologického lékaře, což je taky velký mínus si myslím.*
S3	*Já si myslím, že ne. Že tohle je prostě vypracovaný manuál, nebo vypracovaný postup jak neurologické kliniky, tak vedoucího lékaře a lékařů na urgentním příjmu. Myslím si, že to docela dobře funguje, je to rychlý, nebo ten pacient je u nás minimálně krátkou dobu. Zajistíme ho dostatečně, dostatečně ho vyšetříme a může být převezen co nejdřív na to cílové oddělení.*
S4	*Určitě základní věc, kterou bych udělala je, že bych urgentní příjem nebo tady tuhle naši část specificky posunula blíže k CT, rentgenovým metodám a celkově sloučila nějak s neurologickou částí. Protože neurologická část je jinde. Je tady i blbá dostupnost, když se jede s pacientem a vozíkem. Máme tady málo personálu, jo je to strašně stres pro personál a hlavně je to strašná škoda pro pacienta, který vlastně ztrácí drahocenné minuty. Takže určitě bych tohle nějak sloučila blíže nebo vytvořila ještě nějakou jednotku na to CT, to vlastně asi ale závisí i na financích naší nemocnice.*
S5	*Tak určitě, je tu málo personálu. Druhá věc je vlastně, že neurologie sídlí v budově vedle, takže když my chceme jak kdyby jednat s neurologem, tak na něho musíme i dlouho čekat. Je to vlastně o budovu dál, takže by bylo vhodné, kdyby u nás na tom urgentu byl nějaký neurolog jako stále. Vzhledem k tomu, že je to tak časté to cmp, tak by to bylo vhodné.*

S6	*Myslím si, že tito pacienti, hlavně teda neurologičtí s CMP by neměli vůbec se zastavovat na urgentním příjmu a měli by rovnou směřovat na CT anebo na tu neurologickou JIP. Že je to zbytečná zastávka u nás.*

Podle sester (S1, S2, S3 a S5) je největší problém, že neurolog sídlí ve vedlejší budově. Sestra S1 zmiňuje dlouhé čekání, než neurolog dorazí a hovoří o ohrožení pacienta. Sestry S1, S4 a S5 uvádějí jako velký problém, že celá neurologická část sídlí mimo budovu urgentního příjmu. K této informaci dodávají respondentky S2 a S4, jak špatná je dostupnost během zimního období a špatného počasí. Sestra S1 tvrdí, že jsou na urgentním příjmu malé prostory a sestry S1, S4, S5 si stěžují na nízký počet personálu. Respondent S4 také zmiňuje, že CT je umístěno daleko od UP. Sestra S3 z FN Brno, by na postupu v jejich zařízení nic neměnila.

DISKUSE

V bakalářské práci se zaměřujeme na znalosti všeobecných sester na oddělení urgentního příjmu na problematiku akutního iktus. Dále zjišťujeme specifika péče a postup na daných pracovištích při zajištění pacienta se zmíněnou diagnózou/chorobou. K průzkumnému šetření jsem si zvolila dvě pracoviště a 6 respondentů: 5 respondentů pracuje na pozici všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a 1 respondent na oddělení UP ve fakultní nemocnici Brno Bohunice. Pro skupinu respondentů jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou metodu – semistrukturovaný rozhovor. Všem z respondentů byly kladeny stejné otázky, ale jejich pořadí se měnilo dle návaznosti na odpovědi.

Celkem jsme si vytyčili 4 cíle, které byly díky získaným datům naplněny. V rámci 1. cíle jsme zjišťovali znalosti všeobecných sester, týkají se problematiky akutního iktu. Tři z dotazovaných respondentů nyní pracují jako registrovaná všeobecná sestra po zdravotnické škole a 2 mají vyšší odborné vzdělání – diplomovaná všeobecná sestra. Poslední sestra dosáhla titulu Bc. na vysoké škole. Z těchto respondentů 5 všeobecných sester v minulosti absolvovalo kurz či specializaci v určitých směrech, ale je mezi nimi také respondent, který se žádného kurzu neúčastnil a specializaci nezískal. Ze zmíněného souboru respondentů se 2 sestry specializovaly na ARIP úzce související s urgentní medicínou a taktéž 1 z respondentů absolvoval specializaci pro dětskou intenzivní péči; 1 sestra absolvovala mentorský kurz a kurz EKG v Brně. Další sestra absolvovala kurz vedení studentů v klinické praxi a kurz mimo obor – rekondiční masáže. Jedna sestra se zmiňuje o kurzu psychologie, který jí napomáhá v praxi. Při dotazování respondentů, zda se účastní seminářů a konferencí na téma akutní iktus, odpověděli takto - 3 sestry se účastní seminářů a konferenci na téma akutní iktus a neurologie. Zbylí respondenti nenavštěvují žádné semináře. Také 1 ze sester podotýká, že kdyby byla možnost, určitě by se takového semináře či konference zúčastnila. Na druhou stranu, další sestra zmiňuje nepřítomnost z toho důvodu, že jí zajímá spíše kardiologie. Všechny sestry se shodly na tom, že jejich nemocnice určitě konference a semináře na téma neurologie a akutní iktus pořádají. Podle našeho názoru, by se každá ze sester UP měla dle možností účastnit seminářů, které se zabývají neurologií a především cévní mozkovou příhodou. A to z toho důvodu, že právě v dnešní době patří CMP mezi druhou nejčastější příčinu smrti a je potřeba mít o této problematice dostatečný přehled. Česká neurologická společnost pořádá každý měsíc konference na toto téma, proto

by sestry měly UP měly dostávat nabídky být na takových akcích přítomny. Na jejich pracovištích se tato problematika vyskytuje denně a je nezbytně důležité, aby byly dostatečně informovány. Avšak zájem sester o jinou problematiku je také v pořádku a to proto, že na UP jsou přijímáni pacienti s různými diagnózami. Pokud by se jednalo pouze o přijímání pacientů s CMP, vhodné by bylo rozšířit si vzdělání, popřípadě zajistit workshop, prezentaci či konferenci jen pro zaměstnance UP.

Na častost výskytu odpověděly respondentky takto – z celkového počtu respondentů 3 sestry uvádí, že v průměru 1 – 2 pacienti s CMP jsou přivezeni na jejich oddělení během den. Ale 2 respondentky zmiňují 2 – 3 pacienty za den. Zbylá sestra odpověděla, že každý den, ale průměr nedokáže říct. Avšak 2 sestry podotkly, že během víkendu to můžou být 3 až 4 případy za den. Dvě ze sester upřesňují, že urgentní příjem v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně je určen pro pacienty s CMP během týdne od půl 4 odpoledne do 7 ráno. Důvodem je neurologická ambulance, která pacienty s podezřením na neurologický problém přebírá sama. Tyto odpovědi dokazují, že výskyt CMP je opravdu vysoký a postihuje naši populaci několikrát denně. Z toho důvodu jsme také pokládali otázku, zda se setkali s úmrtím zapříčiněným akutním iktem. Odpověděly takto - všechny všeobecné sestry tvrdí, že se na svém oddělení s úmrtím zapříčiněným cévní mozkovou příhodou nesetkaly. Nicméně 2 všeobecné sestry zmiňují zkušenost s úmrtím způsobeným jinou diagnózou. Také 1 sestra podotýká, že zkušenosti s úmrtím měla během studia. Myslíme si, že s úmrtím se na UP nesetkaly proto, že na tomto oddělení probíhá pouze základní opatření a diagnostické metody. Dále personál urgentního příjmu nemá informace, co se s pacientem děje. Ten je totiž následně přeložen na oddělení, které se na akutní iktus zaměřuje – neurologická JIP či ARO. Další otázky jsou směřovány na znalosti, týkající se rozdělení akutních iktů, léčby, diagnostických metod a škál využívaných v této problematice. Tyto odpovědi respondentů nemůžeme s ničím porovnat, protože nejsou k dispozici žádné práce s podobným zaměřením. Proto cíl č. 1 zcela nelze vyhodnotit.

Prostřednictvím 2. cíle jsme zjišťovali, jaké jsou specifika při ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou. Čtyři všeobecné sestry řadí do specifik péče – označení pacienta identifikačním náramkem a 2 z nich podotýkají, že náramky pro pacienty s CMP mají žlutou barvu. Tato možnost zvýraznění k určení pacienta s CMP se nám velmi líbí a myslíme si, že by neměla vyjadřovat pouze přítomnost infekční choroby (jak je tomu v jiných zařízeních). Tento nápad by bylo vhodné rozšířit i do dalších oblastí, popřípadě

vytvořit seznam barev pro UP dle jednotlivých diagnóz či rizik. Tři z respondentů udávají zajištění bezpečnosti pomocí postranic, jako prevence pádu a další 2 respondenti zmiňují kamerový systém v čekárně, díky kterému je možnost vždy rychle zasáhnout. Jsou také 3 sestry, které mluví o specifikách v komunikaci, zjišťování orientace. Jedna ze sester udává příklad – opakování rčení: „první pražské paroplavba“ a dále také doptávání se na nynějšího prezidenta. Tvrdí také, že právě během komunikace s těmito pacienty využívá absolvovaný kurz psychologie. Na druhou stranu další ze sester přenechává komunikaci lékaři a za její úkol považuje spíše pacienta zajistit a stabilizovat. Dvě sestry také do specifik řadí – co nejrychlejší jednání během akutního iktu. Jeden z respondentů také mluví o doprovázení pacienta při chůzi a přísném dohledu, protože zmatení pacienti mají někdy sklony k útěku. Další z respondentů podotýká, že je nutno volit jednotlivé úkony dle stavu pacienta a klást důraz na důležitost flexibility sester v daných situacích.

V dalším cíli č. 3 jsme si vytyčili zjištění postupu péče při zajištění pacienta s akutním iktem na daných pracovištích. Čtyři sestry mluví o komunikaci se ZZS. A to o informaci, kterou přijmou buď pomocí SMS, telefonicky a také o neurologovi, který pomocí informace od ZZS vyhodnotí stav pacienta. Jedna ze sester považuje především za velkou nevýhodu sídlení neurologa ve vedlejší budově. Tento problém se týká pouze KNTB, ve které je plánována výstavba samostatné budovy urgentního příjmu. Bylo by tedy vhodné zajistit pro tyto stavy stálou přítomnost neurologa, který by adekvátně nemocného vyšetřil a indikoval další odborná vyšetření. Čtyři všeobecné sestry zmiňují zavedení periferního žilního katétru (pokud ho již pacient nemá zvedený ze ZZS), 4 sestry také uvádí měření fyziologických funkcí, 1 ze sester případné podání kyslíku či snižování tlaku - pokud je to opravdu dramatické, 1 sestra zmiňuje EKG vyšetření, když si lékař vyžádá a další sestra napojení pacienta na monitor. Všichni respondenti vzpomínají odběry krve na laboratorní vyšetření a 3 sestry zmiňují i odběr glykémie. Pět respondentů řadí k postupu léčby podání infuzních roztoků, 2 sestry diabetickou terapií a 1 všeobecná sestra vzpomíná tišící léky. Jedna sestra zmiňuje, že se u nich PMK nezavádí, ale sestra z FN Brno tvrdí, že někdy před trombolýzou ano. Tři sestry doprovází pacienta na vyšetření a 1 sestra mluví o kontaktování neurochirurga, pokud je podezření na otok mozku. Dvě ze sester tvrdí, že na urgentním příjmu je to pouze taková zastávka a další 2 podotýkají, že se poté pacient překládá na neurologické oddělení či JIP. Dva respondenti připomínají, že všechno je pouze na ordinaci lékaře a 1 sestra zmiňuje zapisování veškerých údajů do dokumentace. Ve srovnání

s Českou neurologickou společností, která udává základní postup při zajištění pacienta (viz podkapitola – Základy nemocniční péče na oddělení urgentního příjmu) můžeme říct, že byly všechny základní body zmíněny s výjimkou – předcházení infekcím (močová infekce, pneumonie) a péče o kardiovaskulární systém (léčba arytmií, srdečního selhání).

V rámci 4. cíle jsme zjišťovali, zda by všeobecné sestry udělaly v postupech jejich zařízení změnu. Podle většiny sester z KNTB je zásadní problém, že neurolog sídlí ve vedlejší budově. Jedna z těchto sester také zmiňuje dlouhé čekání, než neurolog dorazí a hovoří o ohrožení pacienta. Další 3 sestry uvádí jako velký problém, že celá neurologická část sídli mimo budovu. K tomu 2 sestry podotýkají, jak špatná dostupnost během zimního období a špatného počasí je. Tudíž transport může být někdy velmi náročný. Jedna sestra se zmínila o tom, že jsou na urgentním příjmu malé prostory. Vhodným řešením by bylo, kdyby došlo k plánovanému rozšíření prostor urgentního příjmu v KNTB. Urgentní příjem se zde skládá ze dvou malých ambulancí, jejichž rozměr může omezovat pohyb při ošetřování pacienta a při samém příjezdu ZZS a následném příjmu. Jedna z místností je vyhrazena pro EKG vyšetření a další malý prostor slouží jako čekárna pro všechny pacienty, kteří vyčkávají na laboratorní výsledky. Na rozdíl od FN Brno, kde je vyhrazen velký prostor, který není nijak rozdělen. Je v něm umístěno několik lůžek a u každého z nich jsou připraveny pomůcky k výkonům a monitory. Zdravotní personál sídlí přímo v tomto prostoru, takže vždy mají vše pod přímým dohledem. Přístup pro ZZS je velmi snadný a především neurolog ve FN nemocnici Brno sídlí ve stejné budově. To samozřejmě na rozdíl od KNTB umožňuje jeho rychlý příchod a okamžité řešení problému. Tři sestry z KNTB si stěžují na málo personálu. Jedna ze sester také zmiňuje daleko umístěné vyšetření CT, což může někdy znamenat zbytečnou časovou prodlevu. Sestra z FN Brno by na daném chodu a postupu v jejich zařízení nic neměnila.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z rozhovorů respondentů vyplynulo, že velký problém stojí na umístění neurologické části v jiné budově nemocnice KNTB. Za další neřešený problém považují postrádání neurologického lékaře na oddělení urgentního příjmu a nedostatek personálu.

Doporučila bych, aby se zajistila stálá přítomnost neurologa na oddělení urgentního příjmu v KNTB. Jak nám sdělují odpovědi respondentů a literatura, výskyt akutního iktu je opravdu vysoký. Pacienti s touto problematikou jsou převezeni na oddělení UP každý den, proto by bylo okamžité vyhodnocení neurologem nenahraditelné, společně s neurologickým vyšetřením. Čas hraje důležitou roli v diagnostice CMP a bez vyjádření neurologického lékaře se nelze posunout dál. Proto by právě přítomnost neurologa byla vhodná a zařízení by se tak vyrovnalo zbytečným časovým prodlevám, které by mohly oddálit léčebnou intervenci. Problém s nedostatkem sester je v dnešní době neřešitelný a to z důvodů postrádání sester na každém nemocničním oddělení.

Výstupem této práce je plánované vydání článku v odborném časopise pro nelékařské zdravotnické pracovníky Florence. Dle informací šéfredaktorky by článek mohl být publikován v zářijovém, popřípadě říjnovém čísle tohoto roku.

ZÁVĚR

Základem kvalitní péče a správného zajištění pacienta s cévní mozkovou příhodou na oddělení urgentního příjmu jsou bezprostředně důležité jak teoretické znalosti, tak také schopnost aplikování znalostí do praxe. Právě z těchto důvodů se tato práce zaměřovala na zkoumání znalostí všeobecných sester o dané problematice. Zkoumala jsem specifika péče u pacienta s akutním iktem, postup na odděleních urgentního příjmu a názory všeobecných sester na případné změny v jejich zařízení.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že pacienti s cévní mozkovou příhodou se na oddělení urgentních příjmů vyskytují denně. Proto považujme za stěžejní prohlubování vědomostí a znalostí o akutním iktu nejen u všeobecných sester, zdravotnického personálu, ale také u laické veřejnosti. Na základě tohoto bude vydán článek do časopisu Florence, jehož úkolem bude alespoň částečně přispět k rozvoji znalostí zájemců o danou problematiku.

Musím říct, že realizace rozhovorů a jejich zpracování pro mě bylo velmi přínosné. Ucelila jsem si spoustu nových informací týkajících se akutních iktů, prvotního ošetření a postupů rychlého jednání při zajištění pacienta s CMP. Uvědomila jsem si, jak je oddělení urgentního příjmu pro všechny nemocnice nezbytné a jak moc napomáhá k záchraně lidského života. Chtěla bych touto prací poukázat na to, jak důležité jsou znalosti zdravotnického personálu na urgentním příjmu a jak zodpovědná jejich práce je. Také bych chtěla docílit zviditelnění problematiky oddělení. Na základě odpovědí respondentů jsem pochopila nedostatky daných oddělení, které by zasloužily určitou pozornost. Tato práce by také mohla přispět k předání nových informací, týkajících se specifik péče o pacienta s touto problematikou, připomenout nejen zdravotníkům ale i veřejnosti, jak často se akutní iktus v dnešní době vyskytuje a především jak závažné dopady může mít na lidský život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Zdeněk, 2011. *Základy neurologie.* 7 vyd. Praha: Galén. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

2. AULICKÝ Petr, MIKULÍK Robert. 2009. Obecná terapie akutního mozkového infarktu. *Neurologie pro praxi* [online]. ©2009, (10), 4 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/04/12.pdf

3. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1 vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

4. BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA, 2010. *Klinická neurologie*. 1 vyd. Praha: Triton. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9.

5. *Cleveland clinic.* Emergency Department. [online]. ©1995-2016 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://my.clevelandclinic.org/services/emergency-services/emergency-department

6. DOBIÁŠ, Viliam, 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8.

7. DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

8. FEIGIN, Valery L, 2007. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

9. GODEFROY, Olivier, 2013. *The Behavioral and Cognitive Neurology of Stroke*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 9781139058988.

10. GONZALEZ, R.G, 2011. *Acute ischemic stroke imaging and intervention*. 2nd ed. Berlin: Springer. ISBN 9783642127519.

11. HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. 112 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-373-2.

12. HUTYRA, Martin, 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. 1. vyd. Praha: Grada. 167 s. ISBN 978-80-247-3816-1.

13. KALINA, Miroslav, 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

14. KALITA, Zbyněk, 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf. 623 s. Jessenius. ISBN 80-85912-26-0.

15. KALVACH, Pavel, 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

16. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). 169 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

17. LAWRENCE, M. Brass. Stroke. *Chapter 18* [online]. 19 s. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: http://doc.med.yale.edu/heartbk/18.pdf

18. MLČOCH, Zbyněk, 2000. Mrtvice – příznaky, léčba, rizikové faktory, prevence [online], ©2000-2014. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vyetreni/mrtvice-priznaky-lecba-rizikove-faktory-a-prevence

19. NEUMANN, Jiří, 2009. Diabetes Mellitus a ischemická cévní mozková příhoda. *Medicína pro praxi* [online]. ©2009, (6), 165-166 [cit. 2016-01-3]. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/03/10.pdf
20. *National stroke association.* Hemorrhagic stroke. [online]. ©2016 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke/hemorrhagic-stroke
21. PALMER, Sara a Jeffrey B PALMER, 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. 1 vyd. Praha: Portál. 223 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0348-3.
22. POLÁK, Martin, 2014. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 646 s. ISBN 978-80-204-3208-7.
23. POWELL, Trevor J, 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. 1 vyd. Praha: Portál. 197 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.
24. RELF, Michal, 2011. Hodnotící škály používané u pacientů s cévní mozkovou příhodou. *Neurologie v praxi*: [online]. 2011, (12), 15 s. [cit. 2016-04-30]. Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/05.pdf
25. SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. 232 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4868-9.
26. ŠKODA, Ondřej, 2011. Národní sada klinických standardů pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a tranzitorní ischemickou atakou: Národní sada klinických standardů [online]. *Národní referenční centrum*, 2011

[cit. 2016-04-30]. Dostupné z: http://www.czech-neuro.cz/data/z/Z/z/KS-pro-diagnostiku-a-lecbu-pac.pdf

27. ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA, 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1

28. TOMEK, Aleš, 2014. *Neurointenzivní péče*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. 498 s. ISBN 978-80-204-3359-6.

29. UCHINO, Ken, Jennifer K PARY a James C GROTTA, 2007. *Acute stroke care: a manual from the University of Texas-Houston Stroke Team*. New York: Cambridge University Press. 213 p. ISBN 0521674948.

30. *University hospital in Motol:* Emergency department for adult [online]. ©2012 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://www.fnmotol.cz/en/clinics-and-wards/adults-ward/emergency-department/

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aa.	arteriae, tepny
apod.	a podobně
č.	číslo
i.v.	intravenózní aplikace
např.	Například
p.o.	perorální aplikace
pH	potential of hydrogen – potenciál vodíku
RTG	radiosotope thermaelectric generator – rentgenové záření
tzv.	tak zvaný

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 *Charakteristika respondentů* 40
Tabulka č. 2 *Dosažené vzdělání respondentů* 42
Tabulka č. 3 *Absolvované kurzy a atestace respondentů* 43
Tabulka č. 4 *Účast respondentů na seminářích a konferencích* 44
Tabulka č. 5 *Zdroje k získávání nových informací* 45
Tabulka č. 6 *Názor respondentů na výskyt úmrtí* 46
Tabulka č. 7 *Výskyt CMP na oddělení UP s úmrtím* 47
Tabulka č. 8 *Zkušenosti s úmrtím zapříčiněné CMP* 48
Tabulka č. 9 *Znalosti respondentů o dělení CMP* 49
Tabulka č. 10 *Znalosti klinických příznaků akutního iktu* 50
Tabulka č. 11 *Znalosti urgentní diagnostiky* 52
Tabulka č. 12 *Znalosti škál využívaných v diagnostice CMP* 54
Tabulka č. 13 *Znalosti týkající se trombolýzy* 55
Tabulka č. 14 *Znalosti léčby CMP* 56
Tabulka č. 15 *Specifika péče u pacientů s CMP* 57
Tabulka č. 16 *Postup péče na oddělení urgentního příjmu* 59
Tabulka č. 17 *Názor respondentů na změnu postupu péče* 62

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: WILLISŮV OKRUH

PŘÍLOHA P II: NIHHS ŠKÁLA

PŘÍLOHA P III: GLASGOW COMA SCALE

PŘÍLOHA P IV: AMBULANTNÍ ZÁZNAM

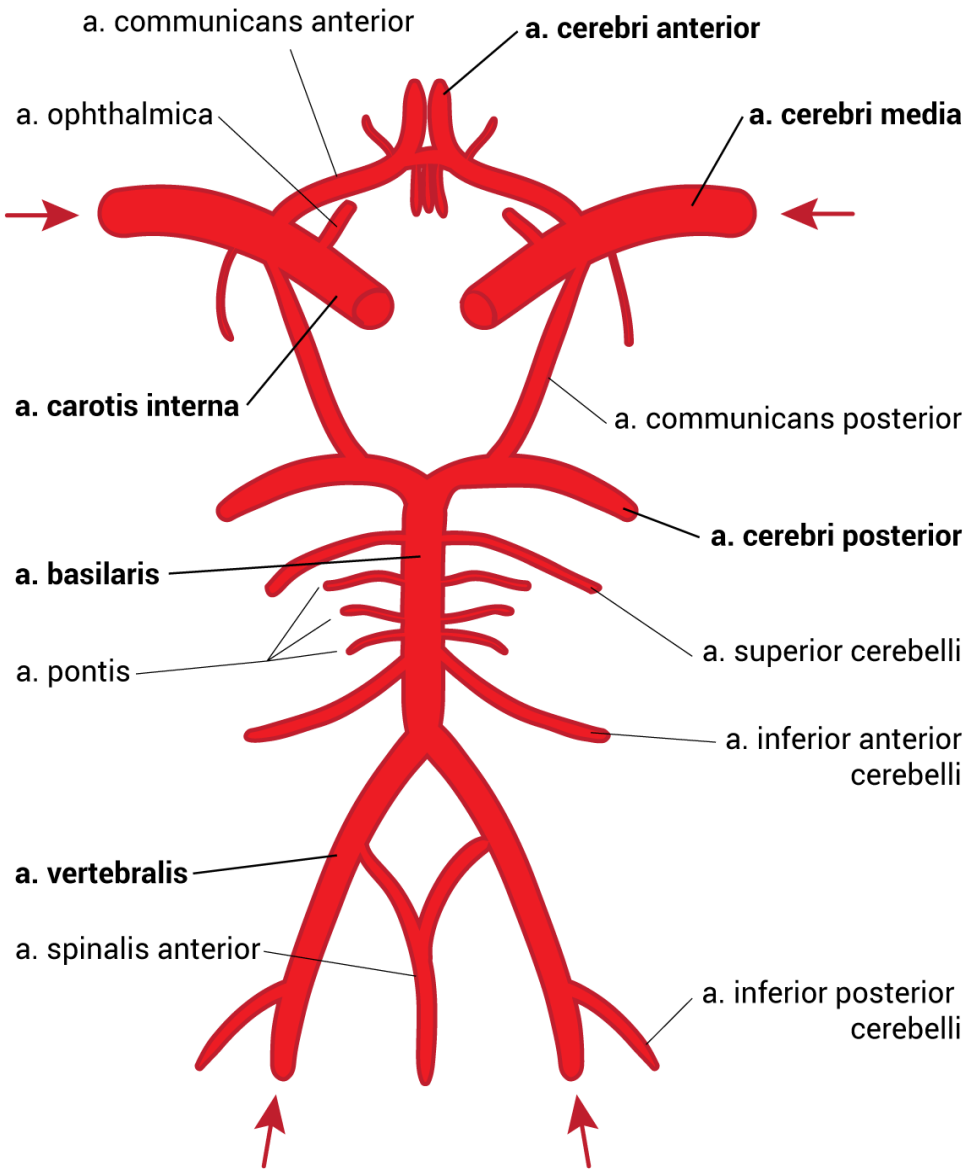
PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ŠETŘENÍ – FN BRNO

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ŠETŘENÍ - KNTB

PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR

PŘÍLOHA P VIII: ROZHOVORY S VŠEOBECNÝMA SESTRAMA NA ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU

PŘÍLOHA P I: WILLISŮV OKRUH



Zdroj: https://www.google.cz/search?q=vertebrobazil%C3%A1rn%C3%AD+syst%C3%A9m&biw=912&bih=493&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi535zhpa_MAhWBiiwKHUiK-CakQ_AUIBigB#tbm=isch&q=willis%C5%AFv+okruh&imgrc=qW8C2zsxEfyAeM%3A

PŘÍLOHA P II: NIHHS ŠKÁLA

NIHSS	Jméno	Rodné číslo				
Hodnocení		PŘIJETÍ	2 HOD	24 HOD	72 HOD	7 DNÍ/ PROP
Datum						
1a. Úroveň vědomí zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (orotrach. trauma, jazyk. bariéra, intubace), **testuje se vždy.**	0 - plně při vědomí, spolupracující 1 - spavý, po mírné stimulaci poslechne, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, sopor 3 - koma (reflexní či žádná odpověď)					
1b. Slovní odpovědi ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nápovědy.	0 - obě odpovědi zcela správně 1 - jedna správně, těžká dysarthrie či jiná bariéra (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma					
1c. Vyhovění výzvám požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0 - oba úkoly správně 1 - jeden úkol správně 2 - žádný správně, kóma					
2. Okulomotorika testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování!). Testujeme i pac. v komatu.	0 - bez patologie 1 - lzoL paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa potlačitelná OC manévry 2 - nepotlačitelná deviace či pohledová paresa					
3. Zorné pole vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 – oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)					
4. Faciální paresa Cenění zubů, zavření očí, elevace obočí.	0 - symetrický pohyb, bez postižení 1 - lehká paresa (např. asymetrie NL rýhy) 2 – úplná nebo částečná paréza dolní větve centrální paresa 3 – kompletní (perif.) paréza uni- či bilaterální, koma					
5. a 6. Motorika HKK do 90 st v sedě resp. 45 st. vleže DKK do 30 st., kolísání na HKK je tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny, 9 se uděluje při jiném postižení končetiny – vysvětlit.	0 - bez kolísání 1 – kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku 2 - určitý pohyb proti gravitaci, nevydrží nad podložkou 3 - pohyb po podložce 4 - plegie, bez pohybu, koma (pro všechny konč.) 9 - amputace, ankylóza aj. příčiny patolog. nálezu nesouvisející s příhodou	LHK PHK LDK PDK				
7. Ataxie končetin testování prst-nos-prst na HKK a na DKK pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U slepých: nos-natažená HK. V kómatu, při plegii atd. se hodnotí 0.	0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Koma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.					
8. Senzitivita zkouší se ostřejším předmětem, u nespolupracujících algickým podnětem (únikové reakce, grimasa). Koma hodnotíme 2.	0 - bez poruchy čití 1 – lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgézie) 2 – těžká porucha sense až anestezie uni, či bilat. Kóma.					
9. Řeč testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA DĚKUJI, ELEKTŘINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak, Došli na zem, Jsem už z práce doma. Popis obrázku.	0 - bez afázie 1 - lehčí fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma					
10. Dysartrie Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).	0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma 9 - intubace, jiná bariéra					
11. Neglect Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0 - nepřítomen 1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognoze 2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.					
CELKOVÉ NIHSS						
12. Distální motorika **nezapočítává se do celkového skóre** Testujeme extenzi rukou a prstů HKK v předpažení. Pouze první odpověď.	0-extenduje plně na 5 sekund 1- schopen částečné extenze po 5 sekund 2- žádná extenze po 5 sekund. Koma	Levá HK Pravá HK				
Vyšetřující						

Zdroj: FN Brno

PŘÍLOHA P III: GLASGOW COMA SCALE

Otevření očí	
spontánní	4
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
Slovní odpověď	
orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
Reakce na bolest	
provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necilená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1

Zdroj: Polák, 2014, s. 245

PŘÍLOHA P IV: AMBULANTNÍ ZÁZNAM

KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, a. s.

AMBULANTNÍ ZÁZNAM PÉČE

Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

PŘÍJEM PACIENTA - datum a čas	ODESÍLÁ	Identifikační štítek pacienta	Pořadové číslo pacienta
Regulační poplatek uhrazen	ano /ne / SMS / složenka /osvobozen		
Prohlášení dlužníka vystaveno	ano / ne		
Zdravotnická dokumentace předložena	ano / ne / vrácena	Diagnóza / Alergie	Diabetes mellitus
Karta zdravotní pojišťovny předložena	ano / ne / vrácena		
Průkaz totožnosti předložen	ano / ne / vrácen		

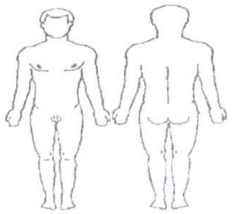
ANAMNÉZA

STATIM	OKB	Krev	AMS	LIPÁZA	CRP	JAS	MS	VSTUPNÍ SOUBOR	ALKOHOL
			hCG	GLYKEMIE	KREATININ			TROPONIN	BNP
		Moč	AMS	CHEM+SED (cévkovaně)			TOXIKOLOGIE		
	HTO		KO	KOAGULACE	D-DIMERY		PZ		
	OLM		moč	stěr z rány	sputum		stolice	HBsAg	anti HIV
Zobrazovací metody		RTG		CT				EKG	
		ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ		SCINTIGRAFIE				SONOGRAFIE	

INVAZIVNÍ VSTUPY	Periferní žilní katetr	č.1	☐ LHK	☐ PHK	č.2	☐ LHK	☐ PHK		
	Žaludeční sonda, PEG			močový katetr, epicystostomie				jiné	

Čas										
TK	systola									
	diastola									
Puls										
SpO2%										
O2 (l/min.)										
TT										
VAS										

Rány/dekubity-červeně Lokalizace bolesti - zelené



PŘÍJEM	Infuzní roztoky, koloidy							
	Léčivo, způsob aplik.							
	per os/ sonda							
VÝDEJ	zvratky sonda							
	moč							
	stolice							

Štítky:
kyslík, MediSet, monitor, odsávačka, pulsní oximetr

KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
Tel.: 577 552 207
INTERNÍ KLINIKA
Nízkoprahový urgentní příjem int. oborů

UKONČENÍ PÉČE/PŘEDÁNÍ PACIENTA	ambulance	hospitalizace	jiné zařízení	praktický lékař
Datum a čas:				
Razítko a podpis sestry:				

razítko pracoviště

KNTB 420 130 0 - srpen 2014

Zdroj: Krajská nemocnice Tomáše Bati

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ŠETŘENÍ – FN BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění kvalitativního šetření prostřednictvím pozorování a polostrukturovaného rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Anna Tomšů	
Téma bakalářské práce	Specifika péče o pacienta s akutním iktem na oddělení urgentního příjmu	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký	
	..... podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště FN Brno Bohunice	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	Bronislav Motlavčík DiS. vrchní sestra KARIM
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Ve Zlíně dne - 8 -03- 2016

.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ŠETŘENÍ - KNTB

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění kvalitativního šetření prostřednictvím pozorování a polostrukturovaného rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Anna Tomšů	
Téma bakalářské práce	Specifika péče o pacienta s akutním iktem na oddělení urgentního příjmu	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký	
	..... podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště KNTB, a.s.	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	Ing. Marcela Drnková
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 8 -03- 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR

Rozhovor

Okruh č. 1

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
2. Absolvoval/a jste nějaké kurzy, atestace?
3. Účastnil/a jste se někdy nějakých seminářů či konferencí na téma akutní iktus? Pořádá vaše nemocnice konference na toto téma?

Okruh č. 2

4. Kde získáváte nové informace nebo zkušenosti na téma CMP?
5. Vyskytuje se podle Vás CMP v naší populaci často a bývá častou příčinou úmrtí?
6. Jak často se setkáváte na vašem oddělení s akutním iktem?
7. Setkal/a jste se vy osobně s úmrtím na urgentním příjmu zapříčiněné akutním iktem?
8. Na jaké 2 základní typy se rozděluje CMP?
9. Jaké jsou nejčastější klinické příznaky akutního iktu?
10. Jaká je urgentní diagnostika CMP?
11. Jaké škály se používají k hodnocení cévní mozkové příhody? Dokážete popsat škálu FAST?
12. Co je to trombolýza?
13. Jaká je další léčba akutního iktu?

Okruh č. 3

14. Jaké jsou specifika péče a komunikace u pacientů s CMP?

Okruh č. 4

15. Můžete mi popsat postup péče ve vašem zařízení, který používáte v praxi u pacienta s akutním iktem?
16. Myslíte si, že v rámci postupů Vašeho zařízení/oddělení je něco, co byste udělal/a jinak? Změnil/a byste postup péče?

PŘÍLOHA P VIII: ROZHOVORY S VŠEOBECNÝMA SESTRAMA NA ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU

Rozhovor s respondentem - S 1

A: Tak ráda bych se Vás zeptala, jestli souhlasíte s tím, že tento rozhovor použiju do své bakalářské práce?

S1: Pokud Vám to pomůže, samozřejmě.

A: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? A jak dlouho na urgentním příjmu?

S1: Ve zdravotnictví pracuju s tou přestávkou mateřskou 30 let. Teď prvního dubna to bude 20 let zde na příjmu.

A: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

S1: To je velice relativní, protože jak je diplomovaný specialista, já jsem diplomovaná sestra. Mám dvě maturity, dvě odbornosti. Ale v mé době se ještě na toto nehrálo. Takže já mám maturitu jako všeobecná zdravotní sestra, maturitu jako dětská zdravotní sestra a potom nástavbové studium psychologie. Ovšem to teď už neplatí. *(klade důraz a zvyšuje hlas).* Takže se mě neptejte. Jako mám milion věcí, ale to nemá cenu. Teď už se to hodnotí zase trošku jinak, takže z této pozice jsem jenom Všeobecná zdravotní sestra, tak asi.

A: Absolvovala jste nějaké kurzy, atestace?

S1: Samozřejmě, že jsem v tehdejší době dělala. Mám to papírově podložené, teď už mi to na nic není. Jenom to, že to vím, že to umím nebo že to používám v praxi. Mám psychologii, byla jsem dvakrát přijata na vysokou, dvakrát jsem nenastoupila, to už je můj problém.

A: A kde získáváte nové informace ohledně CMP?

S1: Úplně všude, to znamená samozřejmě na internetu, ale to je takové minimální, protože to je všeobecné. Spíš se dotazuji vyšších, výše postavených lékařů, primářů, diskutuju o problémech, chodím na semináře, co mě zajímá samozřejmě.

A: Takže účastníte se seminářů a konferencí na téma akutní iktus? Pořádá vaše nemocnice nějaké semináře na toto téma?

S1: Nechodím na všechno. Chodím na to, co vím, že mi něco řekne. Ano zúčastnila jsem se seminářů, nehledě na to, že třeba to nebyl třeba jen akutní iktus, ale byl to dvoudenní seminář v otrokovické besedě, to se pořádalo z Ostravy. Do teď mě informují a chtějí, abych šla do Ostravy přednášet, ale nejdu. Určitě tato nemocnice pořádá, ale to se střídá, že jednou je to gastroenterologie, potom je to to a to je v pořádku, protože nemůžeme být zaměření pořád jen na jednu stranu. Navíc já jsem především interní sestra.

A: Je podle Vás CMP častou příčinou smrti a vyskytuje se často v naší populaci?

S1: Pokud vím, tak je to druha nejčastější smrt na světě. Nebo příčina smrti. To je, že je tady nízkoprahový urgentní příjem, to není zase tak dlouho. A přitom nám přidali vlastně tu neurologií, plicní a infekční, že před tím jsme byli jen interní obory. Takže oficiálně, nehledě na to, že je nízkoprahový a je vysokoprahový, to je chirurgický urgentní příjem

A: Jak často se vyskytuje CMP na urgentním příjmu?

S1: No tady jak říkám jsme nízkoprahový urgentní příjem, takže my od 3 odpoledne do 7 ráno jsme do této trojkové naca neurologičtí. Takže minimálně na té službě, když vezmeme jenom to odpolední, že tu není svátek, neděle, sobota, tak 2 – 3 proběhnou za ten den. To znamená, že my máme ohrožení života 1-3 naca, pokud je to vyšší tak to už jde přímo na ARO. To platí i pro ty ikty. Pokud je ohrožení života na tolik veliké, velké krvácení nebo opravdu vážný stav, tak to jede hned na to ARO. Tady u nás se ani nezastaví. Ale jsou to převážně ty lehčí. Párkrát se stalo, že teda špatně vyhodnotili situaci, odhadli stav a přivezli to k nám, přesto, že to už mělo jít na to ARO. A s tím jsou obrovské problémy, zaplať pán bůh, nám tady nikdo neumřel, protože jsou to ti lehčí, není to tak závažné. Ale u těch vážných byl tady primář z neurologie, dva lékaři z neurologie, lítali jsme tady kolem pána, protože špatně vyhodnotili situaci. Nakonec honem, honem ho vezli na aseptickou JIP, protože na ARO tady neměli místo. A to jsme s ním jezdili na CT, vyšetření, odběry a to bylo zbytečné zdržení. Zbytečná prodleva, špatného vyhodnocení situace v té záchran-ce, to je celé.

A: Setkala jste se někdy s úmrtím zapříčiněné CMP?

S1: S úmrtím jsem se tady nesetkala, co se týká CMP, interních oboru ano.

A: Na jaké dva základní typy se rozděluje CMP?

S1: Ischemická a hemoragická mozková příhoda.

A: Jaké jsou klinické příznaky akutního iktu?

S1: Tak to je klasika, že. Máte závrativost, slabost, potom nemůžete artikulovat, prostě chcete něco říct, ale nejde vám to. Nebo chcete se usmát, máte obrnu, ztuhlost tváře. Nebo vám bud úplně nebo máte bezvládnou jednu polovinu nebo ruku, nohu, to může být i rozdělené. Nebo ne úplně mrtvou, ale máte ji slabou. Není to normální, nemáte normální úchop. To jsou takové ty základy. Bývá také převážně na zvracení, točení hlavy, neustojí, padá ten člověk. Buď má tu nohu plegickou, nebo prostě zakopává o vlastní špičku, když chce chodit. To je zase individuální. To je otázka, kde je ta mrtvička umístěna v tom mozku. Jak ten člověk je starý, pohlaví, co má všechno za nemoci, protože tam je zase vysoký krevní tlak a ten je první krok k tomu, aby byla mrtvička. Cukrovka, ucpávají se cévy v celém těle, další krok k tomu, takže to hraje roli.

A: Jaká je urgentní diagnostika akutního iktu?

S1: Jinak zase vnímám, jak ten člověk mluví. Ten vzruch neprobíhá stejně ve všem, něco člověk ví přesně, v něčem je úplně mimo. Má prostě takové výpadky a přitom to jsou inteligentní lidi. To už musí člověk vnímat, že se s ním nebude povídat jen taková ta klasika, to je základ. Ale potom si musím všímat toho, jak reaguje a jak vnímá pacient mě. Takže tak asi. Základ je CT, vždy samozřejmě fyzické vyšetření lékařem, to je automatické, ale to CT nám dá takový ten odrazový můstek. Aby se taky rozhodlo, pokud by tam byla ta trombolýza, jestli jí dáme nebo nedáme. Pokud by tam bylo velké krvácení, tak bychom toho člověka ohrozili, ale nepomohli. Takže základem je vždy CT. Samozřejmě vždycky odběry včetně koagulace, všeho, to se udělá.

A: Škály používané v diagnostice CMP? Dokážete charakterizovat škálu FAST?

S1: Škála FAST - základy tvář, řeč a ruce. Při hodnocení to je zase vyloženě věc lékaře. To musí ten doktor rozlišit, jestli se jedná o ischemickou nebo hemoragickou. To je doktorská věc. Tady v tomto já jsem takový ten malý článek, diagnostikovat musí vždycky lékař, já můžu jen říct svůj názor, ale není to směrodatné.

A: Co je to trombolýza?

S1: Trombolýza je podání léku, který naředí krev, respektive ten embol, který nám někde ucpe tu cévu, aby to rozpustil, zprůchodnil. Proto trombolýza se doporučuje do tří hodin od vzniku, maximálně 4, 5 hodiny, ale to rozhoduje zase lékař.

A: Jaká je léčba akutního iktu?

S1: Základ trombolýza, pak už se ponechává spíše na ty specifická pracoviště. Ale určitě se tam řadí ředění krve, diabetická léčba u diabetiků, někdy vlastně může být i chirurgické řešení a tak dále. To už se nás pak netýká *(řekla důrazně).*

A: Jaké jsou specifika péče u pacienta s akutním iktem?

S1: Vyptávat se především. Je pěkné taky třeba ptát se na prezidenta, protože kolikrát tady byl aj Masaryk *(směje se)*, takže to už je individuální. Převážně vždycky, jak jsem mluvila o té psychologií, tak tohle je právě parketa té psychologie, kdy musíte volit jednotlivé otázky, jednotlivé úkony ke každým pacientům vždycky jinak. Není na to nikdy jeden metr. Musíte být flexibilní a reagovat na danou situaci. Pokud ten čas je, můžeme úplně jednoduše, to je stará první pražská paroplavba, abyste viděla tu artikulaci, nebo úsměv, vycenit zuby. Nebo mrknout oběma očima naraz a takové, nebo starého psa novým kouskům nenaučíš. Taky takové fráze, ale když tam proběhne nějaká ta ataka, tak Vám to neřekne ten člověk.

A: Můžete mi popsat stručný postup péče a zjištění pacienta?

S1: Postup vám můžu říct, problém je spíše ten že vždycky zase zaleží na lékaři. Bohužel máme neurologa ve vedlejší budově, to znamená, pokud není přítomný tady u nějakého jiného pacienta, tak já se s ním musím spojit s telefonem, dám mu záchranáře, aby mu to předal telefonicky, ten záchranář poté podá informace telefonický mě a řekne mi, co by si ten lékař přál *(řekla rozhořčeně)*. Případně se dává nějaká ta kapačka. Pokud ten doktor řekne, dáme to, tak pacienta prostě zajistíme. To znamená, kdyby zvracel, tak to už zase záleží, někdy můžu i sama, ale převážně se teda domluvit s lékařem co aplikovat, některý doktor preferuje to, druhy zase to druhé. U nás je to taková jen zastávka da se říct, my vlastně toho člověka nezalečujeme. My většinou děláme ty odběry, zajistíme co je třeba, třeba když v záchrance se nenapíchne žilka, tak samozřejmě musí být žilní přístup bez diskuze, takže zavedeme normálně žilní katetr, všechno. Čeká se na výsledky a ten člověk někam jde. JIP, etáž neurologická, to už závisí na tom stavu.

A: Myslíte si, že v rámci postupů Vašeho zařízení je něco, co byste udělala jinak? Změnila byste postup péče?

S1: Kdyby to bylo úplně ideální, tak ten neurolog by byl vždycky tady přítomný, prostory by byly větší. Pořád nám to slibují, pořád nic. To znamená, že někdy pokud ten stav není dobrý a já tady na toho doktora musím třeba 20 minut, půl hodiny čekat, není to nic pěkného. Pokud ho 2x, 3x avizuju a on mi řekne, že má moc práce na oddělení a ještě nemůže přijít, není to dobře. Není to rozumně udělané. Máme tady málo prostor, málo pracovníků. To je asi co se týká tady tohoto., Zatím si stojím. Tohle je jako ohrožení. Není to zabezpečené tak, jak by to mělo být.

A: Moc Vám děkuji za Váš čas.

Rozhovor s respondentem – S 2

A: Souhlasíte s tím, že tento rozhovor použiju do své bakalářské práce?

S 2: Ano

A: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

S2: V červnu minulého roku jsem úspěšně ukončila studium a od srpna nastoupila zde na urgentní příjem. I když jsem se v rámci praxe během studia pohybovala ve zdravotnictví dlouhých 7 let, tak v pozici pracovníka ve zdravotnictví jsem teprve 8 měsíců.

A: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

S2: Mým nejvyšším dosaženým vzděláním je vyšší odborné, v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků se účastním různých seminářů a konferencí. V minulosti jsem absolvovala kurz maséra rekondičních masáží a v současné době absolvuji kurz - pedagogické vedení studentů v klinické praxi. Co se týče urgentní medicíny, kdyby byla příležitost, tak bych absolvovala.

A: Kde získáváte nové informace, co se týče CMP?

S2: Většinou informace získávám z internetu, ale z ověřených zdrojů. Ne vždy se totiž podaří najít informace, které jsou pravdivé, proto si dívám pozor, ze kterých stránek čerpám. Ale pokud mám možnost, sáhnu po odborné literatuře a časopisu. Někdy se ptám doktorů, protože mé povolání všeobecné sestry, i když to tak vypadá, že by člověk jako měl mít dost informací, tak ne vždy ty informace má, proto se raději ptám. Nezúčastnila jsem se konference na téma neurologie, akutní iktus, protože jsem neměla zatím možnost. Ale pokud by se nějaká naskytla, například kdyby naše nemocnice pořádala konferenci s tímto zaměřením, tak bych se ráda zúčastnila.

A: Vyskytuje se CMP často v populaci a je podle Vás častou příčinou úmrtí?

S2: *(krčí rameny)* Po pravdě jsem se nad touto otázkou nikdy nezamyslela, ale vzhledem k tomu, že se v rámci své práce setkávám často s lidmi s touto diagnózou, tak bych řekla, že výskyt je poměrně častý. Pokud bych měla říct kolik pacientů je k nám s podezřením CMP transportováno rychlou záchrannou službou, tak je to velmi individuální, protože fungujeme jako neurologická ambulance až od pul 4 do 7 hodiny ranní.

A: Jak často se setkáváte na urgentním příjmu s akutním iktem?

S2: Někdy k nám nepřivezou pacienta žádného, nebo jen jednoho, o víkendu naopak fungujeme 24 hodin denně, tady už je výskyt ven pacientů četnější. V průměru 1 až 2 případů na den. Ale zažila jsem i víkendovou směnu, kdy jsme tady měli takové pacienty i 4, nelze tedy říct přesný počet. Kolikrát záleží i na tom, jestli sloužíte den nebo noc, protože mám v poslední době pocit, že mám „štěstí“ na jiné neurologické diagnózy jako epilepsie. Kolegové zase pro změnu na pacienty s tou cévní mozkovou příhodou. Od těch 7 hodin ranní do té půl 4 přebírá funkci neurologická ambulance, která sídlí na neurologickém oddělení.

A: Setkala jste se někdy na oddělení UP s úmrtím zapříčiněným CMP?

S2: Zkušenosti s úmrtím nemám, v rámci studia ano, ale na pracovišti ne. Po stanovení diagnózy lékařem a uložení pacienta na oddělení pak nemáme ani informace, jak na tom pacient je.

A: Jaké jsou klinické příznaky akutního iktu?

S2: Tak z mého pohledu co vidívám na tomto oddělení tak je to povislý koutek, pokud toho pacienta požádáme, aby vyplázl jazyk, tak ten jazyk jde k jedné straně úst, většinou takového pacientu vytékají z úst sliny, pacient je zmatený, nedokáže se orientovat v čase, místě, prostoru. Pak se vyskytuje porucha řeči, když třeba pacienta požádáme, aby nám něco sdělil, nebo my mu něco řekneme, aby on udělal nějaký ten požadavek, tak on většinou rozumí, ale nedokáže dát najevo, co vlastně chce říct. Pak to je ztráta hybnosti tak zvané parézy a plegie Parézy to jsou částečné ztráty hybnosti, plegie pak úplné ztráty hybnosti, které se většinou vyskytují na jedné polovině těla *(názorně ukazuje).* Pak mezi další příznaky patří porucha čití, hypestezie. Teď si například vzpomínám na jeden případ. Většinou tito pacienti pokud je lékař poprosí, aby například stiskli ruce, tak ten rozdíl, v tom stisku rukou je rozdílný.

A: Jaká je urgentní diagnostika akutního iktu

S2: Mezi hlavní diagnostické metody patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní a zobrazovací metody. Tady je to hlavně počítačová tomografie CT nebo lze provést i nukleární magnetickou rezonanci.

A: Jaké škály se používají v urgentní diagnostice? Co je to škála FAST?

S2: Co se týče škálování, přiznám se, že přesně netuším, co se vše hodnotí a s jakým bodovým ohodnocením. Protože se ve volném čase zabývám první pomocí a vedu i výuku první pomoci, tak pojem FAST vždycky zmiňuji. Jedná se o pomůcku, podle které si zapamatujeme, co máme na postiženém člověku hodnotit. Začáteční písmena vlastně tohoto slova FAST v angličtině nám říkají, na co se máme zaměřit. Písmenko F znamená Face, s angličtiny obličej. To znamená, že sledujeme právě ten povislý ústní koutek, který jsem už zmiňovala v těch příznacích. Pak je to písmeno A jako Arm, tady zase ta citlivost nebo ten uchop předmětů, podle toho postižení taky znatelný. Písmenko S specch znamená řeč, kdy ten pacient není schopen zopakovat větu a celkově ta jeho řeč je jakoby horší, nedokáže se vyjádřit a Téčko značí Time jako čas, který vlastně hraje velkou roli právě z důvodu té následné léčby, že bychom měli co nejrychleji zavolat záchrannou službu.

A: Na jaké dva základní typy se dělí CMP?

S2: Tak ty dva základní typy jsou hemoragická a ischemická. Kdybych měla trošinku charakterizovat tyto skupiny, tak ta hemoragická je způsobena rupturou cévy v dané oblasti. Ta ischemická vzniká na základě trombózy nebo embolie.

A: Co je to trombolýza?

S2: Výkon, při kterém dochází k rozpuštění trombu, tedy sraženiny, která ucpe příslušnou cévu. Lze ji provést například u této cévní mozkové příhody v co nejkratším čase od jejího vzniku.

A: Jaká je léčba akutního iktu?

S2: Léčbu lze rozdělit na přednemocniční a nemocniční. K té nemocniční to je hlavně zajištění vitálních funkcí, ta nemocniční pak zahrnuje trombolýzu, antiagregační a antikoagulační léčbu. A potom zajištění parenterální a enterální výživy, podle stavu pacienta. A co se týká našeho zařízení, kdybych se měla zaměřit na tu léčbu, tak tady pouze diagnostikujeme onemocnění a poté pacienta transportujeme na specializované pracoviště neurologického oddělení.

A: Jaké jsou specifika péče u pacientů s akutním iktem?

S2: Tak my hlavně dbáme o jeho bezpečnost, protože zde hrozí i riziko pádu, tak každý takový pacient je zabezpečen postranicemi na lůžku. Máme tady i kamerový systém, takže pokud se právě z nějakých důvodů třeba při najetí jiné záchranné služby, s jiným pacien-

tem, tak máme tohoto pacienta na kamerovém systému. A v případě, že kdyby se cokoliv dělo, můžeme rychle zasáhnout. A protože s pacientem je špatná komunikace, tak dáváme žluté náramky s identifikačními údaji pacientovi. Protože pacient se právě neorientuje v tom čase, místě a prostoru. No a snažíme se vlastně toto onemocnění diagnostikovat co nejrychleji, protože rychlost zde hraje velkou roli.

A: Stručný postup péče a zajištění pacienta s akutním iktem?

S2: Tak všechno začíná u nás dispečinkem, který nám zašle sms zprávu o stavu pacienta a časovém příjezdu na naše oddělení. A po příjezdu rychlé záchranné služby si pacienta přebíráme. Změříme mu fyziologické funkce, většinou teda saturaci, teplotu, a krevní tlak. Provedeme laboratorní vyšetření, nejčastěji bereme teda krevní obraz, koagulaci, vstupní soubor, pokud je pacient diabetik, tak si hlídáme glykémií a pokud pacient nemá periferní žilní katetr tak zavádíme i ten. Pak následuje vyšetření ze strany lékaře a indikované zobrazovací metody. Tady nejčastější provádíme CT popřípadě rentgen a všechny tyto výkony zaznamenáváme do dokumentace. Vypisujeme ambulantní záznam a po rozhodnutí lékaře je pak pacient transportován na neurologické pracoviště.

A: Co byste udělala jinak v rámci postupů vašeho zařízení?

S2: Tak postup péče v rámci našeho pracoviště bych asi neměnila, myslím si, že se snažíme pro pacienta udělat maximum, ale změnila bych celý systém přijímání takového pacienta. Protože u nás je velkou nevýhodou, že sídlíme mimo budovu neurologie, i když jsou u nás zobrazovací metody k posouzení této diagnózy, a pokud se diagnóza prokáže, tak musíme pacienta transportovat na neurologickou budovu, což bývá pro pacienta často náročné. Tady vlastně nemáme neurologického lékaře, což je taky velký mínus si myslím.

A: Děkuji Vám moc

Rozhovor s respondentem – S 3

A: Souhlasíte s tím, že tento rozhovor použiju do své bakalářské práce?

S3: Ano.

A: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a jak dlouho na urgentním příjmu?

S3: Tak ve zdravotnictví 10 let a na urgentním příjmu asi 3 roky.

A: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

S3: Jsem vlastně diplomovaná všeobecná sestra s kurzem ARIPA a dětským kurzem na intenzivní péči dalo by se říct.

A: A kde získáváte nové informace, co se týče CMP?

S3: Nové informace občas od našich lékařů a od lékařů z neurologické kliniky, jinak že bychom aktivně vyhledávali to moc ne.

A: Účastnil jste se někdy nějakých seminářů či konferencí na téma akutní iktus? Pořádá vaše nemocnice konference na toto téma?

S3: Ne, ne. Tak nemocnice určitě pořádá, určitě neurologická klinika asi pořádá nějaké konference, jako celorepublikově, ale nikdy jsme nebyli, takže ne.

A: Myslíte, že CMP se v populaci vyskytuje často a je častou příčinou smrti?

S3: Tak vyskytuje se poměrně často. Dřív to bylo jakoby u starších lidí, teďka se ta věková hranice postupně snižuje, je to prostě problém s vysokým krevním tlakem. Že by to bylo častou příčinou úmrtí, to si nemyslím až tak moc. Jako pokud je to nějakej těžkej ischemickej, tak samozřejmě ano. Může to skončit smrtí nebo smrtí mozku, ale že by to byla úplná přímá příčina úmrtí, to si myslím, že ne.

A: Setkal jste se tady s úmrtím, co se týká akutního iktu?

S3: Ne, ne. Říkám jako, těžký iktus tu byl, nakonec to skončilo fatálně, ale nezemřel ten dotyčný tady. To progredovalo během dvou, tří dnů tuším, zemřel.

A: Vyskytuje se často tady na urgentním příjmu?

S3: Dalo by se říct, že je to denně. Denně jeden, někdy dva. Dva lidi, jako je to poměrně častá diagnóza u nás na urgentním příjmu.

A: Jaké jsou klinické příznaky?

S3: Nejčastější co si tak lidi můžou zjistit, že ten dotyčný třeba přestane mluvit, nemůže se vyjádřit. Má nějaký pokles končetin, padá. Může nám padat třeba na nohu. Jeví se třeba těm dotyčným, těm rodinám zvláštní. Takže většinou je tam nějaký pokles končetiny, může se to třeba časem upravit, někdy se upraví, že než dojed záchranka, tak už to není tak dramatické, ale ten iktus tam jakoby přetrval, takže nejčastěji jsou to třeba změny mimiky a hlavně teda ta řeč může být postižená, no.

A: Na jaké dva typy se dělí akutní iktus?

S3: Tak jak už jsem řekl, na tu ischemickou a hemoragickou no. U té ischemické je to to jakékoli ucpání vlastně té přívodné tepny a u těch hemoragických to pak může být nějaký prasknutí zase té cévy, nebo nějaké to prasknutí aneurysmatu. Toho může být víc no.

A: Jaké škály se využívají v této urgentní diagnostice? Co je to škála FAST?

S3: No to nechávám spíše na lékaři. Jako máme je tady vyvěšený, ale že bych je nějak vyloženě znal, to asi ne. Vím, že je nějaká NIHSS, ale nepovažuju to za až tak pro mě důležité. FAST přesně nevím.

A: Jaká je urgentní diagnostika?

S3: My vlastně dostaneme avízo od záchranky a od neurologa, který si takového pacienta striážuje, což jakoby rozhodne podle toho, jak ten dotyčný vypadá. Co mu záchranka řekne, tak si rozhodne na příjem přes náš urgent a my si ho poté vlastně přebereme od záchranky, napojíme si ho na monitor, změříme vitální funkce a zajistíme žilní vstup, žilní linku abychom mohli následně pacienta vyšetřit na CT, protože je potřeba někdy podat kontrast, aby se zobrazilo cévní řečiště mozku. Tak zvané CT angio mozkových tepen. No a poté co ho máme zajištěného a neurolog si ho vyšetří na lůžku, tak s ním vlastně zajedeme do toho CT a tam se rozhodnou, jestli chcou klasické nativní CT a nebo chcou k tomu nativnímu CT, které se provádí standardně udělat ještě to CT angio těch mozkových tepen. A podle toho se pak neurolog rozhodne o přijetí buď to na jednotku intenzivní péče, nebo na intermediální péči u nás. Nejčastěji podáváme nějaký Ringerův roztok. Léky podáváme úplně minimálně. Když ti pacienti mají hypertenzi, tak pokud je tam ischemický CMP, a je

ten tlak nějak dramatický, kdy to systolicky šlo přes nějakých 200 a diastolou nějakých 100-110, tak ten tlak teprve řešíme, jinak ne. Spíš je to pro toho dotyčného lepší, aby ten tlak byl vyšší. Pokud samozřejmě je to hemoragický CMP, tak už ten tlak koriguje na nějakou únosnou úroveň. Dejme tomu třeba 140/90. Pokud je tam otok mozku, tak to už se volá většinou neurochirurg, aby se k tomu vyjádřil, to už my tady neřešíme. Pokud je tam otok mozku, tak jako snažíme se toho pacienta dostat co nejdřív na to příslušný oddělení. K té následující léčbě, pokud by byl diagnostikován. My máme základní portfolio těch odběrů, který berem. Je v tom i glykémie, neděláme klasický glykemický profil, ale glykémie je v tom obsažena. Záleží na tom, jak ten pacient vypadá. Ale většinou pokud jde na trombolýzu, tak my tady u nás zavedeme močový katetr. Je to i z důvodů toho, kdyby došlo k nějakému poškození těch močových cest, aby se to prostě nezavádělo během té trombolýzy, kde by to bylo zase kontraindikací. Snažíme se to tady zavést pokud možno co nejšetrnějc a vidíme u toho pacienta, jestli je tam nějaká hematurie nebo ne, ale v 99 %, tam není.

A: Takže vlastně toto můžeme považovat i za postup ve vašem zařízení?

S3: Jo.

A: Co je to trombolýza?

S3: Tak trombolýza je vlastně rozpuštění toho vzniklého trombu, který ucpal nějakou tu mozkovou tepnu. My tady používáme aktilýzu. A podává se to vlastně co nejdřív po zjištění zobrazovacích metodách, aby byl ten pacient co možno jak říkajíc v tom okně.

A: Jaká je léčba akutního iktu?

S3: Tak tam je základ ta trombolýza, že. Pak to může být nějaký to ředění krve. Léčba edému, při těch těžších stavech. Určitě nějaké ty úpravy dramaticky vysokého tlaku, to je někdy problém a celkově úprava těch vitálních funkcí.

A: Jaké jsou specifika péče u pacienta s akutním iktem?

S3: No tak ta komunikace je taky spíš pak už v rukou lékaře, který nějakým způsobem odebírá anamnézu. My se snažíme pacienta zajistit a stabilizovat. Samozřejmě jsou tam nějaký ty specifika, jak komunikovat a tak dále, ale většinou je to všechno v takové rychlosti. A vlastně i ta rychlost, to bych tak řekl. Je to stav vyžadující obratné a zrychlené jednání, tak asi.

A: Udělal byste něco jinak v rámci postupů vašeho zařízení?

S3: Já si myslím, že ne. Že tohle je prostě vypracovaný manuál nebo vypracovaný postup jak neurologické kliniky tak vedoucího lékaře a lékařů na urgentním příjmu. Myslím si, že to docela dobře funguje, je to rychlý, nebo ten pacient je u nás minimálně krátkou dobu. Zajistíme ho dostatečně, dostatečně ho vyšetříme a může být převezen co nejdřív na to cílové oddělení, kde mu prostě podají tu trombolýzu.

A: Moc Vám děkuji

Rozhovor s respondentem – S4

A: Tak chtěla bych se vás zeptat, jestli souhlasíte s tím, že tyto informace použiju do své bakalářské práce?

S4: Ano souhlasím.

A: Tak první otázka – Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? Jak dlouho specificky na urgentním příjmu?

S4: 10 let ve zdravotnictví, jeden rok a tři měsíce na urgentním příjmu.

A: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

S4: Je to střední škola zdravotnická s maturitou, ta klasická čtyřletá zdravka co byla před asistentem.

A: A nějaké absolvované kurzy nebo atestace?

S4: Kurzy mám. Mentorský kurz, to je vlastně v nemocnici a kurz EKG v Brně.

A: Kde získáváte nějaké nové informace, co se týče CMP a její léčby?

S4: Nové informace tak pokud mi to řekne náš lékař nějaký, jakože tady na interně, chodím každý rok na geriatrický kongres na Baťovu univerzitu, takže tam to hodně bývá, ale tam to bývá spíš pro lékaře, ne že by to bylo vyloženě pro sestry. Na internetu, když něco zachytím. Jako že bych vyloženě vyhledávala CMP to asi ne, ale když něco i od kolegů sem tam zaslechnu, tak asi průběžně.

A: Myslíte si, že tato nemocnice pořádá konference? Účastníte se?

S4: Konference, jo když je to nějaká, když to není to úplně až někde v Praze, když je to někde tady v dosahu, já nevím do Ostravy nebo tak to určitě bych zašla, neříkám jako přímo na tohle, ale určitě mě to zajímá nějakým způsobem. Tato nemocnice jo, a tady ten geriatrický den vlastně, to je ten kongres ten pořádá každoročně, takže tam to bývá.

A: Myslíte si, že CMP se vyskytuje v naší populaci často a že bývá častou příčinou smrti?

S4: Že se vyskytuje často, to si myslím. Jestli to bývá často s úmrtím spojené, myslím si, že to má jakože dost vliv, ale nevím, jestli je to vyloženě jenom CMP. Myslím, že je to nějak přidružené, nebo třeba pozdě se na to přijde u některých pacientu, že ti příbuzní kolikrát jako nepřijdou na to, ne tak rychle aby sem stihli dojet, nebo si toho nevšimnou. Jakože si

myslí, že je to něco jiného a třeba to i špatně odhadnou s tím zavoláním lékaře a čekají, co z toho bude a tak. A určitě má vliv životní styl, ten teďka na všechno si myslím. Civilizační choroby a mrtvice je jedna z těch.

A: A jak často vy se tady setkáváte na urgentním příjmu s CMP?

S4: Dost často se tu vyskytují. Myslím si, že každý den, neříkám, že je toho jako extra moc každý den, ale každý den určitě aspoň tu jednu, dvě jo.

A: Setkala jste se někdy s úmrtím zapříčiněným CMP?

S4: S úmrtím vyloženě já ne. Nevím jak moje kolegyně ale já rozhodně zatím ne.

A: A jaké jsou podle vás nejčastější klinické příznaky, co se týká CMP?

S4: Nejčastější příznaky zmatenost, nějaká bolest z jedné poloviny hlavy, pardon, nějaký sestup koutku, nějaká slabost na jedné straně těla, ať už ruka, povislý koutek, jo ty prostě tak nějak ta mimika, špatná mluva, nějaké rozostřené vidění, něco takového a pak už je to spíš tak mixovaně. To samé končetiny, že nezvedne jednu ruku třeba, nebo když máte nohy vedle sebe na boso a přejedete po jedné noze nějakou, něčím ostřejším, tak na to nereaguje nebo je to otupělé, brnění prstů. Je toho strašně moc těch příznaků.

A: Jaká je urgentní diagnostika?

S4: Určitě nějaké CT s kontrastem, CT hlavy s kontrastem tak. To povodí těch cév, jak to vypadá, to je asi nejčastější test. To i tady provádí vlastně CT, když je podezření na mozkovou mrtvici, tak vždycky je prováděné CT angio vlastně. Plus krevní náběry a ty vyšetření, co k tomu patří. Ale to CT je vždycky signifikantní tadyhle. Odběry se berou vlastně základ tam je metabolický soubor, CRP plus jaterní soubor pak je krevní obraz a koagulace a pak pokud doktor ještě něco chce nabrat, ale tohle je ten základ, který se bere vždycky plus glimča, pokud je to diabetik, to je vždycky.

A: Škály, které se používají?

S4: Já si myslím, že by mezi ty škály mohl patřit i ten FAST svým způsobem, kde se posuzuje ten obličej sám o sobě, to jsou ty písmenka vlastně v angličtině. To F znamená jako Face, A jako Arm, S jako speech a T jako test, tak i podle toho bych řekla, že se to může, pak si myslím, že nějaké to Glasgow Coma Scale dá se říct. Myslím si, že jo. Něco takového asi, plus mínus.

A: A na jaké dva základní typy se dělí cévní mozková příhoda?

S4: Na hemoragickou a ischemickou. Hemoragická si myslím, že nějaké krvácení a ischemické, že je ta céva něčím přicpaná, jakože trombem nebo nějak takhle.

A: Dokážete říct jaká je léčba akutního iktu?

S4: Trombolýza. Ředění krve takové obecné. Proti edematozní léčba, jak kdy. Asi dost záleží na tom lékaři, jak je zkušený, jestli to nenechá až na tu neurologickou jipku, asi tak. Taky podle toho, jak je to závažné. To dost na tomto závisí.

A: Co je to trombolýza?

S4: Je to rozpuštění trombu, který vlastně způsobuje tu ischemickou cévní mozkovou příhodu. Dávají se nějaké prostě léky na rozpuštění trombu. Takže, ale říkám to se dává většinou až na neurologické jipce, kde se můžou podávat ty léky na ředění krve, tady spíš ty nízkomolekulární.

A: Můžete mi popsat váš stručný postup po přijetí pacienta?

S4: Takže přijedou, teď ještě měl by tady sedět lékař celou dobu, jakože neurologický, ale většinou to tak není, protože on potřebuje být i na JIP, která je od nás teda docela daleko. Takže většinou se to děla tak, když víme, že sem jede CMP, a to nám většinou nahlásí sanitky, tak my už voláme toho lékaře. Lékař, když tady je, tak naordinuje odběry, někdy EKG, a vždycky je to CT angio. No a podle toho se postupuje dál. Buď tady pacient vyčkává, pokud to není to CMP, je to něco jiného nebo většinou jde na tu jipku, nebo neurologické oddělení. Infuze na zavodnění určitě, ale to je všechno na ordinaci lékaře. Záleží, co on chce a ze sanitky dost často mívají už dané, jakože už kapou. Močový katetr já osobně jsem ještě asi nezaváděla. Samozřejmě zavedu, když mi doktor naordinuje, ale jen u žen, ne u mužů, protože to vlastně nemůžu, takže tak. Bývají i neklidní, takže se můžou ordinovat i tišící léky, ale to zase závisí na lékaři, stavu pacienta a jiných věcech. Říkám u všeho musí být lékař a schopný personál, který dokáže pomoct v jakémkoli stavu.

A: Dokážete mi říct nějaké specifika přístupu, jak pečovat o pacienta s akutním iktem?

S4: Určitě se musíme doptávat jak je na tom, jestli je orientovaný nebo dezorientovaný. Jak mluví, jestli mluví normálně, setřele, jestli vyplázne jazyk, jestli neplazí ten jazyk středem, nebo jestli jde nějak do boku, jestli se na mě podívá nebo má oči úplně ve sloup, jestli zvedne ruce, jestli vůbec ví kdo je, kde je, kdo jsme my, kde se nachází, Určitě ty specifika

jsou, je jich hodně. A určitě bych toho pacienta označila páskem na ruce, kdo to vlastně je, aby se to nějakým způsobem nemohlo zaměnit. Oni samozřejmě vědí, koho tady vezou, ale přivezou je tady mezi dalších 20 pacientů a ta komunikace potom může být problém. První co dám pacientovi, jsou z obou stran postranice. Pokud není úplně orientovaný, což obvykle nejsou tak, určitě ten pásek s tím jeho jménem. Všude nalepím štítky s jeho jménem. I když se zdá ze začátku dobrý, může se rychle zhoršit a pak to může být problém.

A: A myslíte si, že v rámci postupu vašeho zařízení je něco, co byste udělala jinak? Jak byste změnila postup?

S4: Určitě základní věc, kterou bych udělala je, že bych urgentní příjem nebo tady tuhle naši část specificky posunula blíže k CT, rentgenovým metodám a celkově sloučila nějak s neurologickou částí, protože neurologická část je jinde. Nás urgentní příjem je strašně daleko od ní. Je tady i blbá dostupnost, když se jede s pacientem a vozíkem. Je to mimo budovu, není to v žádné chodbě, takže jdeme po venku. Může sněžit, může pršet. Může být zaneprázdněna i převozová sanitka, takže je to i ta časová vzdálenost, aby se vlezli do toho časového okna a plus ještě to CT je strašně daleko. Jede se tam chodbou, máme tady málo personálu, jo je to strašně stres pro personál a hlavně je to strašná škoda pro pacienta, který vlastně ztrácí drahocenné minuty. Takže určitě bych tohle nějak sloučila blíže nebo vytvořila ještě nějakou jednotku na to CT, ale to vlastně asi ale závisí i na financích naší nemocnice.

A: Dobře, tak Vám moc děkuji.

Rozhovor s respondentem – S 5

A: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a jak dlouho na urgentním příjmu?

S5: Ve zdravotnictví pracuji 3 roky a na urgentním příjmu to bude asi rok a něco.

A: Vaše nejvyšší vzdělání ve zdravotnictví?

S5: Takže mám vlastně vysokou školu, vlastně z Bc.

A: Nějaké specializace?

S5: Co se týká specializace, tak to nic.

A: Kde získáváte nové informace, co se týká akutního iktu?

S5: Když vlastně nevím, tak třeba půjdu za lékařem nebo ke spolupracovnícím se na cokoliv zeptat, a když mě samotnou to nějak víc jak kdyby zajímá, tak na internetu si vyhledávám nějaké věci.

A: Účastníte se seminářů na téma neurologie?

S5: Ne, to ne. Já se zajímám spíše o kardiologickou stránku, ale v nemocnici jsou určitě nějaké na téma neurologie. Já jsem ale nebyla.

A: Vyskytuje se často podle Vás CMP v naší populaci a je častou příčinou úmrtí?

S5: Určitě ano, ale spíše to teďka progreduje do mladšího věku a to hlavně u žen, díky antikoncepci si myslím, že užívají. Myslím, že je to častou příčinou smrti.

A: Jak často se vyskytuje akutní iktus na oddělení urgentního příjmu?

S5: Tak v průběhu dne, dvakrát za den, a když je to během víkendu, kdy vlastně z neurologie chodí ty případy k nám, tak to může být 3 i 4x za den.

A: Setkala jste se s úmrtím na urgentním příjmu zapříčiněné CMP?

S5: S CMP ne, ale s jinými diagnózami ano.

A: Klinické příznaky, které doprovází akutní iktus?

S5: Tak může to být vlastně pokles koutku, slinění, nějaké plegie, parézy, poruchy visu, což tam může být vlastně dvojité vidění, nějaké špatné ostření, rozostření. Bledost, nevolnost. Dezorientace určitě, nebo zvýšený krevní tlak může být.

A: Jaká je urgentní diagnostika využívaná při akutním iktu?

S5: Takže je to určitě anamnéza od lékaře, nějaké ty odběry, zhodnocení fyzického a psychického stavu, pak tam je určitě zhodnocení fyziologických funkcí, CT nebo magnetická rezonance.

A: Znáte nějaké škály, které se využívají v diagnostice akutního iktu? Víte co je to škála FAST?

S5: Škály nějaké asi vím, je to glasgow coma scale asi, kterým se hodnotí stav vědomí, ale spíš je to vlastně podle mě v režii lékaře. On si to jako kdyby sám vyhodnotí. FAST vím, k čemu se používá a mělo by to vlastně zahrnovat zhodnocení vlastně pro tvář, jak kdyby ten svěšený koutek, artikulace, asi čas, vlastně kdy ta CMP vzniklo, protože je to hrozně důležité pro časové okno při léčbě.

A: Jaký je postup ve vašem zařízení po příjmu pacienta s CMP?

S5: Záchranka nám dá vlastně echo, která pak to domlouvá s neurologem, který nám pak vyhodnotí tu událost a pak ta záchranka nám řekne vlastně verdikt neurologa, který nám pak oznámí, co se s tím klientem bude dít. Pak vlastně teda jestli ten klient přijede k nám, tak se mu odebírají odběry dle ordinace lékaře, snižuje se krevní tlak málokdy ale teda. Jenom když jsou s ním fakt problémy. Podávají se infuze, pokud je tam problém s hypo nebo hyperglykemii tak určitě inzuliny, málokdy kyslík, znovu fyziologické funkce a pak je to odvoz na CT a pak vlastně dál o tom klientovi nemáme informace. Jde jen o to prvotní zajištění u nás vlastně.

A: Jaká je léčba akutního iktu?

S5: Je to vlastně antiagregační a antikoagulační asi a pak je tam hlavní ta trombolýza bych řekla. Pak se někdy řeší i ty otoky mozku vlastně, ale to se neřeší přímo u nás. To už je pak to specializované oddělení na JIP nebo ARO.

A: Co je to trombolýza?

S5: Je to vlastně podání přípravku na rozpuštění trombu.

A: Co byste udělala jinak v rámci postupu vašeho zařízení?

S5: Tak určitě je tu málo personálu. Jsou tady problémy, když se má jet pak někam k vyšetření nebo cokoliv, tak musí jet vlastně se sanitárkou sestra a pak třeba na oddělení zbyde sama jak kdyby sestřička. Takže je tam pak sama na ty příjmy. Takže z tohoto pohledu je to velice náročné a druhá věc je vlastně, že neurologie sídlí v budově vedle, takže

když my chceme komunikovat s neurologem, tak na něho musíme i dlouho čekat, je to vlastně o budovu dál, takže by bylo vhodné, kdyby u nás na tom urgentu byl nějaký neurolog jako stále. Vzhledem k tomu, že je to tak časté to CMP, tak by to bylo vodné.

A: Jaké jsou specifika péče u pacienta s akutním iktem?

S5: Takže protože jsou hodně zmatení, tak jim dáváme indentifikační štítky na ruku, dále jsou to třeba postranice na lůžku, kdyby se třeba nějak převrátili, tak aby nám někde nehupsli. Kamery jsou vlastně v čekárně, takže je sledujeme a ještě pak, když třeba jdou někam, tak je přidržujeme, protože mají sklon padat na jednu stranu. A ještě protože jsou zmatení, tak jsou často pod dohledem, protože mají jak kdyby chuť nám utíkat někdy, nebo se ztrácet.

A: Dobře, děkuji Vám.

Rozhovor s respondentem – S6

A: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a jak dlouho na urgentním příjmu?

S6: Tak celkem pracuji ve zdravotnictví 15 let a na urgentním příjmu 6 let.

A: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

S6: Tak vystudovala jsem střední zdravotnickou školu a teď pracuji jako registrovaná sestra.

A: Absolvovala jste nějaké kurzy nebo atestace?

S6: Před dvěma lety jsem se specializovala na ARIP v Brně.

A: Kde získáváte nové informace a zkušenosti ohledně akutního iktu?

S6: Tak nějaké semináře pořádá sama nemocnice, krajská nemocnice Tomáše Bati, nebo samostudium. Nebo nějaké časopisy. Samozřejmě lékařů se doptávám.

A: Vyskytuje se CMP často v populaci a je podle vás častou příčinou úmrtí?

S6: Je to myslím si že třetí nejčastější příčina úmrtí, vyskytuje se v poslední době velmi často.

A: Jak často se vyskytuje CMP na urgentním příjmu?

S6: Myslím si, že každý den máme takové neurologické pacienty. Nesetkala jsem se s úmrtím, tito pacienti jsou jakoby odváženi už na neurologické JIP nebo na ARO, takže ne.

A: Jaké jsou klinické příznaky akutního iktu?

S6: Může to být povislý koutek, apraxie což je vlastně ztráta schopnosti vykonávat nějaké koordinované postupy, afázie což je porucha řeči, vertigo, dysfagie což jsou poruchy polykání vlastně nebo hemiparézy třeba. Jsou úplně dezorientovaní, časem, místem, prostorem. Necitlivost končetin, brnění v končetinách.

A: Jaká je urgentní diagnostika akutního iktu?

S6: Tak v první řadě je to anamnéza, dále fyzikální vyšetření, neurolog přijde vlastně vyšetřit, CT, to je nejběžnější, někdy magnetická rezonance a základní krevní odběry.

A: Víte škály, které se používají při urgentní diagnostice? Škála FAST?

S6: Nejběžnější je co se asi u nás používá je škála FAST, kdy vlastně hodnotíme tvář, ruce a řeč. U té tváře požadujeme vlastně, aby se usmál nebo vycenil zuby, vyplázl jazyk. U rukou natáhnout ruce před sebe a šáhnout si na nos na špičku *(názorně ukazuje)*. A u řeči používáme nějaké jednoduché věty jako první pražská paroplavba.

A: Na jaké dva typy se dělí CMP?

S6: Ischemická a hemoragická. Tak ischemická vzniká na podkladě embolie nebo trombózy a hemoragická, jsou to různá aneuryzma.

A: Jaká je léčba akutního iktu?

S6:Nejčastěji trombolýza, rozpuštění vlastně té sraženiny, dále antiagregancia, vazodilatancica, antikoagulancia a antiedematozní léčba. Podává se mannitol na otok mozku vlastně.

A: Co je to trombolýza?

S6: Rozpuštění vlastě té sraženiny.

A: Jaké jsou specifika péče u pacientů s akutním iktem?

S6: Tak u těchto pacientů vždycky dáváme žlutý náramek, kde je vlastně jejich jméno, příjmení, datum narození, abychom je mohli identifikovat. Jsou zabezpečení dál na lůžku postranicemi, proti pádu, aby nespadli. A snažíme se s nimi dorozumívat, tak jak vlastně oni nejlíp mohou.

A: Postup při zajištění pacienta ve vašem zařízení?

S6: Tak pokud pacient není zajištěn, jakože žilní linka, tak jako první zajistíme žílu, kdyby mohlo dojit vlastně k nějaké opakované příhodě, abychom mohli jako aplikovat různé infuze, potřebné léky a podobně. Měření fyziologických funkci samozřejmě – puls, teplota, saturace hlavně a také tlak. Pokud má pacient nízkou saturaci, tak podáváme kyslík, ale to se neděje tak často. Pokud je to pacient diabetik tak samozřejmě odběr glykémie a dále podáváme různé infuze dle ordinace lékaře. Pokud je to diabetik, tak i s nějakou glukózou a inzulinem. A dále pacienta odvážíme na magnetickou rezonanci nebo CT. No a potom vlastně čekáme na výsledky s CT a pak už pacient míří na neurologickou JIP.

A: Co byste udělala jinak v rámci postupů vašeho zařízení?

S6: Myslím si, že tito pacienti, hlavně teda neurologičtí s CMP by se vůbec neměli zastavovat na urgentním příjmu a měli by rovnou směřovat na CT anebo na tu neurologickou JIP. Že je to zbytečná zastávka u nás.

A: Moc Vám děkuji