

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Anna Behenská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Anna Behenská

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPOLUPRÁCE SESTRY A RODINY NEMOCNÉHO
PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2016

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 5. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a podnětů. Dále chci poděkovat své rodině za podporu při tvorbě bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Behenská Anna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Spolupráce sestry a rodiny nemocného po cévní mozkové příhodě

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: cévní mozková příhoda - ošetrovatelská péče - rehabilitace - rodina - spolupráce

Souhrn:

Bakalářská práce pojednává o spolupráci sestry a rodiny nemocného po cévní mozkové příhodě. Teoretická část zahrnuje anatomii a fyziologii mozku a jeho krevního zásobení, popisuje druhy cévních mozkových příhod. Zaměřuje se na ošetrovatelskou péči a rehabilitaci pacienta po cévní mozkové příhodě a spolupráci sestry s rodinou. Praktická část se věnuje problematice spolupráce sestry s rodinou při péči o nemocného po cévní mozkové příhodě v průběhu hospitalizace a v domácí péči. Zaobírá se životními změnami a psychickým stavem blízkých pečujících o pacienta doma.

Annotation

Surname and name: Behenská Anna

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Cooperation nurse and patient's family after stroke

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 29

Keywords: stroke – Nursing Care – rehabilitation – family - cooperation

Summary:

Thesis discusses the collaboration sisters and families ill after a stroke. The theoretical part includes anatomy and physiology of the brain and its blood supply, describes the types of strokes. It focuses on nursing care and rehabilitation of patients after stroke and sisters collaboration with the family. The practical part is dedicated to the collaboration sisters with family in the care of patients after stroke during hospitalization and home care. It deals with life changes and mental condition relatives caring for patients at home.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 9 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 MOZEK A NERVOVÁ TKÁŇ..... | 10 |
| 1.1 Krevní zásobení mozku | 10 |
| 2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA..... | 11 |
| 2.1 Definice CMP | 11 |
| 2.2 Současný stav incidence cévní mozkové příhody..... | 11 |
| 2.3 Ischemické mozkové příhody | 12 |
| 2.3.1 Druhy ischemických mozkových příhod dle časového průběhu | 12 |
| 2.3.2 Patogeneze | 12 |
| 2.3.3 Etiologie | 12 |
| 2.3.4 Léčba | 13 |
| 2.3.5 Intervence sestry při neurologické trombolýze | 14 |
| 2.4 Hemoragické mozkové příhody..... | 14 |
| 2.4.1 Příznaky hemoragické CMP | 14 |
| 2.4.2 Etiopatogeneze hemoragické CMP | 14 |
| 2.4.3 Intracerebrální krvácení (ICH) | 15 |
| 2.4.4 Subarachnoidální krvácení (SAK)..... | 15 |
| 2.4.5 Léčba hemoragické mozkové příhody..... | 15 |
| 2.4.6 Klasifikace hemoragické CMP | 15 |
| 2.5 Diagnostika cévních mozkových příhod..... | 16 |
| 2.6 Rizikové faktory CMP | 17 |
| 2.7 Klinický obraz cévní mozkové příhody..... | 17 |
| 2.7.1 Afázie..... | 19 |
| 2.8 Prevence cévní mozkové příhody | 19 |
| 2.9 Test tvář ruce řeč..... | 20 |
| 3 REHABILITACE PACIENTA PO MOZKOVÉ PŘÍHODĚ | 21 |
| 3.1 Mobilizace pacienta po cévní mozkové příhodě..... | 22 |
| 3.2 Občanské sdružení ICTUS..... | 23 |
| 4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ | 24 |
| 4.1 První pomoc a neodkladná péče | 24 |
| 4.2 Anamnéza | 24 |
| 4.3 Fyzikální vyšetření..... | 24 |
| 4.4 Ošetřovatelský proces | 25 |
| 4.5 Ošetřovatelské diagnózy pacienta po mozkové příhodě..... | 25 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.6 | Intervence sestry při péči o pacienta po CMP | 26 |
| 4.7 | Potřeby pacienta po mozkovém iktu..... | 27 |
| 4.8 | Psychický stav pacienta | 27 |
| 4.9 | Spolupráce sestry s pacientem a rodinou | 28 |
| 5 | RODINA V ROLI OŠETŘOVATELŮ BLÍZKÉHO PO MOZKOVÉ PŘÍHODĚ..... | 29 |
| 5.1 | Agentury domácí péče | 29 |
| 5.2 | Vliv mozkové příhody blízkého na rodinu | 30 |
| 5.3 | Domácí ošetřování pacienta po CMP | 30 |
| 5.4 | Instrumentální a emocionální podpora blízkého po mozkovém iktu..... | 31 |
| 5.5 | Podpora pečovatele v domácím prostředí | 31 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 33 |
| 6 | ZPRACOVÁVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI..... | 33 |
| 6.1 | Formulace problému | 33 |
| 6.2 | Cíl výzkumu..... | 34 |
| 6.3 | Výzkumné otázky | 34 |
| 6.4 | Metoda sběru dat..... | 34 |
| 6.5 | Výběr případu | 35 |
| 6.6 | Organizace výzkumu | 35 |
| 7 | ROZHOVORY | 36 |
| 7.1 | Anamnéza prvního pacienta..... | 36 |
| 7.1.1 | Rozhovor s pečujícím | 36 |
| 7.1.2 | Shrnutí rozhovoru paní Věry | 43 |
| 7.2 | Anamnéza druhé pacientky..... | 44 |
| 7.2.1 | Rozhovor s pečujícím z rodiny | 44 |
| 7.2.2 | Shrnutí rozhovoru paní Andrei | 52 |
| 7.3 | Rozhovor se sestrou | 53 |
| 7.3.1 | Shrnutí rozhovoru s všeobecnou sestrou | 56 |
| | DISKUZE | 57 |
| | ZÁVĚR..... | 64 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 66 |
| | SEZNAM ZKRATEK | 69 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 70 |

ÚVOD

Cévní mozková příhoda panuje na prvních příčkách příčin úmrtnosti u nás i ve světě, dokonce i přes pokroky v obecné informovanosti o rizikových vlivech a snížení výskytu srdečních onemocnění. Iktus postihuje převážně pacienty mezi 40 a 60 rokem, nicméně se tato hranice posouvá a výjimkou dnes nejsou ani 20letí pacienti. Prognózu pacienta podmiňuje časový faktor od vzniku prvních obtíží po dobu zahájení adekvátní léčby. Proto by toto aktuální téma mělo být výzvou pro společnost a vést k rozšíření povědomí o příznacích a první pomoci. (Feigin, 2007, s. 11), (Seidl, 2015, s. 83)

Zvládání akutního stavu postižených probíhá na půdách jak specializovaných iktových center, tak na klasických odděleních ARO a JIP. Než se zdravotní stav pacientů kompenzuje natolik, že mohou být propuštěni do domácího ošetřování, projdou často v rámci následné péče léčebnou dlouhodobě nemocných, kde se dočkají jen základních ošetřovatelských úkonů. Mozková příhoda nepostihuje jen pacienta samotného, ale i celou rodinu. Pacient potřebuje zájem blízkých, jejich laskavost a motivaci. Spolupráce sestry s rodinou nemocného umožní příbuzným se podílet na péči o jejich blízkého. Edukace rodiny sestrou může přispět k přesvědčení pro domácí péči. Pobyť doma s domácím ošetřováním se zdá být vhodným řešením pro nemocné, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, a nadále je jejich stav kompenzován natolik, že péče o ně může být zajišťována blízkými z rodiny. Nemocný kromě běžného plnění potřeb musí pracovat na své mobilitě a soběstačnosti, toho se docílí jen pravidelným cvičením, které většinou nezvládne sám a potřebuje podporu. Domácí péče o blízkého skrývá fyzickou, citovou a také finanční náročnost. Čím vážnější postižení zdravotní stav nese, tím náročnější situace nastává pro pacienta, ale i pro jeho pečující. Sestra v domácí péči se může stát rovnocenným partnerem, který provází příbuzné a pomáhá ve všech oblastech potřeb nejen klienta, ale i rodiny. Tato práce nabízí náhled na vliv spolupráce mezi sestrou a rodinou na zdravotní stav pacientů, ale i na vyrovnávání se blízkých s novými životními změnami.

Teoretická část práce shrnuje anatomii a fyziologii mozku. Zaměřuje se na druhy mozkových příhod, jejich diagnostiku, léčbu, samotný průběh a následky, které se vhodnou péčí snažíme kompenzovat. Nedílnou součástí představuje práce sestry, ošetřovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě a spolupráce rodiny nemocného se sestrou. Poslední část popisuje vliv mozkové příhody blízkého na příbuzné a domácí ošetřování pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MOZEK A NERVOVÁ TKÁŇ

Mozek představuje pro lidské tělo životně důležitý orgán. Řídí většinu tělesných funkcí a zodpovídá za mentální a intelektovou stránku každé osoby. (Feigin, 2008, s. 33)

Neuron tvoří základní funkční a histologickou jednotku nervové tkáně. Nervové buňky tvoří mnohočetně propojenou síť po celém těle. Neurony vytváří elektrické potenciály a pomocí chemických látek tvoří převodní síť, po které roznáší informace do všech tkání. (Orel, 2009, s. 17)

1.1 Krevní zásobení mozku

Mozek představuje velmi citlivý orgán disponující jedinečnou biologickou výkonností. Pro svou správnou funkci vyžaduje mimořádné nároky na metabolický a oxidační příjem. Uspokojivý krevní průtok mozkové tkáně u dospělého člověka náleží 50 – 60 ml/100 g za minutu. (Kalvach, 2010, s. 39)

Omezení přívodu krve může během krátké doby způsobit vážná postižení, až nevratné odumření mozkových buněk. Časový interval nevratného poškození je individuální a závisí na mnoha faktorech. Okysličenou krev do mozku přivádí pravá a levá vnitřní krkavice (*arteria carotis interna dextra, arteria carotis interna sinistra*). Dále pak pravá a levá páteřní tepna (*arteria vertebralis dextra, arteria vertebralis sinistra*), jejichž spojení tvoří tepnu bazilární (*arteria basilaris*). Bazilární tepna se spojuje s vnitřními krkavicemi na spodině mozku v tepenném Willisově okruhu. Z okruhu odstupující mozkové tepny přední (*arteria cerebri anterior*), střední (*arteria cerebri media*) a zadní (*arteria cerebri posterior*) poté zásobují krví jednotlivé oblasti mozkové tkáně. Odkysličenou krev z dílčích sektorů mozku odvádí mozkové žíly, které ústí do žilních splavů a následně naplňují vnitřní hrdelní žíly (*venae jugulares internae*). (Merkunová, 2008, s. 221 – 222)

2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkové příhody (dále CMP) jsou druhou nejčastější příčinou morbidit, mortality a zároveň dlouhodobé invalidity v rozvojových i rozvinutých zemích. Jedná se o urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení terapie. Hlavním problémem je včasná dostupnost péče pro pacienta. Pacientům, kterým není adekvátní péče poskytnuta co nejdříve, hrozí, že budou po zbytek života v různé míře nesoběstační a budou odkázáni na pomoc blízkých. (Tyrlíková, 2012, s. 124), (Herzig, 2008, s. 10)

2.1 Definice CMP

Cévní mozkové příhody jsou rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, případně difúzního mozkového postižení, předpokládaného cévního původu trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti. (Tyrlíková, 2012, s. 124)

Cévní mozková příhoda je charakterizována akutně vzniklými klinickými fokálními či globálními příznaky poruchy funkce mozku trvajících déle než 24 hodin nebo do smrti bez zjevné jiné než vaskulární příčiny. (Seidl, 2015, s. 83)

2.2 Současný stav incidence cévní mozkové příhody

Ischemické cévní mozkové příhody jsou stále velkým medicínským, ekonomickým i sociálním problémem, přestože byl za poslední léta prokázán jejich pozitivní vývoj. Iktus zaujímá třetí místo v příčinách smrti, hned po chorobách srdce a nádorovém onemocnění. Každý rok následkem mozkových příhod zemře na světě více než 5 milionů lidí. Z celkového počtu všech úmrtí to činí přibližně 13 % a to i přes skutečnost, že v poslední době došlo ke zlepšení preventivních opatření. Mortalita při výskytu tohoto onemocnění je v ČR čtyřikrát vyšší, než v USA. Výskyt mozkových příhod ročně u nás činí mezi 150 – 200/ 100000 obyvatel. 40 % nemocných umírá do jednoho roku po příhodě. Z pacientů, kteří mozkový iktus přežijí, se přibližně 50 % stane invalidními, z toho 25 % těžce. U pacientů po prodělaném iktu nebo transitorní ischemické atace stoupá riziko opakování příhody. Riziko recidivy se v prvním měsíci pohybuje okolo 4 - 8 %, během prvního roku 12 % a v dalších 5 letech 24 – 29 %. Nesmí být opomíjena sekundární prevence v péči neurologa specialisty poskytovaná ambulantně. (Seidl, 2015, s. 83), (Goldmund, 2014)

2.3 Ischemické mozkové příhody

2.3.1 Druhy ischemických mozkových příhod dle časového průběhu

Tranzitorní ischemická ataka (TIA)

Jedná se o neurologický ložiskový deficit ischemického původu, jehož příznaky zcela vymizí do 24 hodin. Symptomy zpravidla ustanou během 2 – 20 minut. TIA představuje významný varovný příznak hrozícího iktu.

Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND)

Reverzibilní změny se projevují poruchou přívodu krve s následnou ischemií, trvající déle než 24 hodin s celkovou normalizací stavu. Obvykle se návrat funkce dostaví do 72 hodin.

Progredující cévní mozková příhoda - Evolving stroke (ES)

Subakutní stav, kdy dochází k postupnému narůstání poškození funkce, a během kterého nenastává během 24 hodin ke stabilizaci. Progredující trombóza způsobuje selhávání kompenzačních mechanismů cirkulace mozkových cév a trombus narůstá.

Dokončený iktus – Completed stroke (CS)

Jedná se o dopad progredující CMP. Představuje nevratné ložiskové poškození, spolu s neurologickým deficitem. (Novotná, 2012, s. 31 – 32), (Hutyra, 2011, s. 85)

2.3.2 Patogeneze

V důsledku přerušení průtoku mozkových cév dochází k poruše dodávky kyslíku a živin. Mозková tkáň využívá na rozdíl od jiných tělesných tkání velmi omezené zásoby rezervních látek využitelných v případě blokády jejich přívodu, a to navíc při jejich vysoké spotřebě. Tkáň je při náhlé zástavě krevního zásobení schopna přežití přibližně 8 minut. Neurony ale ztrácí funkci již po 10 sekundách, rozvíjí se bezvědomí. V případě krajní nouze se mozek obrací na doplnění ztrát kyslíku a energie metabolismem ostatních zdrojů, za cenu následné dysfunkce a rozvíjejících se tkáňových nevratných změn. (Herzig, 2008, s. 12 – 14)

2.3.3 Etiologie

Ischemické CMP jsou z hlediska etiologie heterogenní onemocnění. Ischemická onemocnění vedoucí k ložiskovému poškození a ke vzniku infarktu mají společný mechanismus a to uzavěr mozkové tepny. Méně často to bývá ischemie důsledkem

globální hypoperfuze. Pacienti s různou etiologií mají odlišnou prognózu. Léčba a prevence probíhá odlišně.

Mezi kardioembolické příčiny způsobující ložiskovou ischemii patří embolizace. Nejčastější příčinu tvoří fibrilace síní nebo chlopenní vady. Tromby se vytváří například v srdeční síni při chronické fibrilaci. Mezi nejčastější vaskulární činitele způsobující CMP patří ateroskleróza, onemocnění velkých a středních tepen aterosklerotické stenózy magistrálních tepen. Vyvolává narůstání nástěnných adenomatózních plátů, které později mohou zapříčinit stenózu tepny, nebo její úplné uzavření. Částečným uvolněním trombu dochází k ischemii embolizačním mechanismem. Onemocnění malých tepen je označováno jako lakunární příčina. Jedná se o postižení arteriol zásobujících hluboko uložené mozkové struktury. Z hematologických onemocnění mohou ložiskovou ischemii způsobit hemofilie. Jinými příčinami jsou myšleny poruchy koagulace, natržení stěny tepen v důsledku traumatu nebo záněty stěn tepen. Kryptogenní případy mají neznámou etiologii, oproti celkovým, ty jsou způsobeny generalizovaným poškozením mozku. Z respiračních příčin může jít o systémovou - hypoxii při sníženém obsahu kyslíku ve vdechovaném vzduchu nebo při anémii. Při selhávání oběhu se může objevit ischemie, její příčinou bývá kardiální selhání nebo těžká hypotenze, či úplná srdeční zástava. (Rokyta, 2015, s. 543), (Tyrliková, 2015, s. 125 – 126)

2.3.4 Léčba

Léčba mozkového infarktu během posledních let prošla podmětným vývojem. Důležitým faktorem účinného zvládnutí ischemické CMP zůstává doba, která uplynula od vzniku akutního onemocnění. Včasné zahájení terapie v iktovém centru zvyšuje prognózu pacienta. Záměrem je za cíl rekanalizovat uzavřenou tepnu. Metody terapie se mezi sebou liší bezpečností, efektivností a také délkou využitelnosti od doby vzniku prvních příznaků mozkového infarktu. Interval od počátku iktu do určení diagnózy se označuje termínem terapeutické okno. Způsobem standardizované terapie je systémová trombolýza. Tato metoda zahrnuje podání tkáňového aktivátoru plasminogenu pacientovi intravenózně. Časový horizont pro adekvátní podání jsou tři hodiny, v některých případech až šest hodin od prvních příznaků. Další možností, pro obnovení krevního oběhu mozku je perkutánní transluminární angioplastika s implantací stentu. Metoda se používá v akutní fázi ischemického iktu. Výhodnou se stává z hlediska použitelnosti a úspěšnosti, naopak jedna z nevýhod je nutná antiagregační příprava pacienta, či možné poškození stěny cévy. Postup mechanické extrakce trombu neboli trombektomie s možností použití až do osmi hodin

zahrnuje endovaskulární odstranění uzávěru z mozkové tepny. (Seidl, 2015, s. 83), (Hutyra, 2011, s. 28 – 32)

2.3.5 Intervence sestry při neurologické trombolýze

Trombolytickou léčbu využíváme cíleně pro rozpuštění krevní sraženiny v mozkovém řečišti. Při systémové trombolýze se používá rekombinantní aktivátor tkáňového plazminogenu. Doporučená dávka látky se stanovuje 0,9 mg/kg v infuzi během jedné hodiny a z toho 10% se podává bolusem. Aplikace probíhá za hospitalizace pacienta na neurologické jednotce intenzivní péče.

Před výkonem sestra uloží pacienta na lůžko, následně zavede periferní žilní katetr a dle indikace lékaře odebere krev na vyšetření. Poté změří fyziologické funkce a založí záznam o monitoraci krevního tlaku. Intervence navazují přípravou pacienta na CT vyšetření. Sestra zjišťuje, zda pacient v průběhu 24 hodin před podáním trombolýzy neužil protisrážlivé či protidestičkové léky. Během a po výkonu ošetřovatelský personál provádí dle předepsaných protokolů intervence pro cerebrální trombolýzu. Od zahájení léčby sestra měří pacientovi tlak v určených intervalech a sleduje jeho celkový stav. (Slezáková, 2014, s. 42)

2.4 Hemoragické mozkové příhody

Mozková krvácení zahrnují přibližně 20 % všech CMP a z toho jsou nejčtenější intracerebrální krvácení. Krvácení nejčastěji vyvolá ruptura mozkové tepny. Lokalizace poškození má významný podíl na prognóze pacienta. (Tyrliková, 2012, s. 124)

2.4.1 Příznaky hemoragické CMP

Subarachnoidální krvácení často vzniká při fyzické námaze. Počátečním příznakem obvykle bývá náhle vzniklá krutá bolest hlavy s největší intenzitou na začátku ataky. Dále je to zvracení. Může dojít až k epileptickému záchvatu. Vzniká meningeální syndrom a další neurologická poškození. Pokud dojde k silnějšímu krvácení, u pacienta se rozvine dezorientace, neklid, negativismus, kvantitativní poruchy vědomí. V některých případech není průběh typický, přítomnost meningeálního syndromu se objevuje až s odstupem času. Pacient příznaky bagatelizuje. (Novotná, 2012, s. 41), (Seidl, 2015, s. 88)

2.4.2 Etiopatogeneze hemoragické CMP

Mezi nejčastější příčiny krvácivých CMP patří vysoký krevní tlak, vrozené vady cév, poruchy koagulace, antikoagulační léčba. Dalšími příčinami může být užívání narkotik nebo mozkové tumory. Typ a lokalizace krvácení závisí na příčině. Pokud se

postižená céva nachází na povrchu mozku, krev z tepny zaplní část subarachnoidálního prostoru a dochází k subarachnoidálnímu krvácení. Pokud dojde ke krvácení na hlavních mozkových kmenech z malformací, vznikne subarachnoidální krvácení. Rupturou tepny uložené uvnitř mozku vznikne intracerebrální krvácení, které bývá zapříčiněno arteriální hypertenzí. Nitrokomorové krvácení vzniká v důsledku prasknutí malformace v oblasti komor mozkových. (Tyrlíková, 2012, s. 126)

2.4.3 Intracerebrální krvácení (ICH)

Intracerebrální hemoragie se nejčastěji projevuje jako typické tříštivé parenchymové krvácení, jež je lokalizováno v místě bazálních ganglií, thalamu, či capsula interna. Méně často bývá postižen mozeček nebo mozkový kmen. Chronická arteriální hypertenze může stěnu mozkové cévy poškodit natolik, že dojde k její ruptuře, tedy tříštivé hemoragii. Mezi ICH se řadí také atypické parenchymové krvácení vyskytující se v největší míře lobárně. Za zdroj krvácení se označují aneurysma, arteriovenózní malformace, angiopatie, či poruchy krevní srážlivosti, včetně koagulační terapie a užívání drog. (Seidl, 2008, s. 40)

2.4.4 Subarachnoidální krvácení (SAK)

Ruptura aneurysmatu nebo krvácení z arteriovenózní malformace patří mezi nejčastější zdroje přítomnosti krve v subarachnoideálním prostoru. Oslabení cévních stěn se vytváří na predilekčních místech mozkových cév již během embryonálního vývoje, z toho většina ve Willisově okruhu. Vzácněji může být příčinou krvácivý stav nebo porucha koagulace. (Novotná, 2012, s. 41), (Seidl, 2015, s. 88)

2.4.5 Léčba hemoragické mozkové příhody

Jsou využívány dva postupy terapie hemoragických cévních mozkových příhod dle mechanismu vzniku, chirurgická a konzervativní léčba. Invazivní chirurgický zákrok spočívá v evakuaci hematomu. Případy jsou řešeny též konzervativně, antiedematozní a symptomatickou léčbou. Pacient rehabilituje a probíhá řešení přidružených komplikací. V případě hemoragie může dojít k opětovnému propuknutí krvácení. Riziko se s odstupem hodin a dnů zmenšuje. (Novotná, 2012, s. 41)

2.4.6 Klasifikace hemoragické CMP

Závažnost onemocnění lze shrnout do jednotlivých stádií s postupným narůstáním klinických příznaků.

I. stádium – bolest hlavy

II. stádium – bolest hlavy spolu s meningeálním syndromem

III. stádium – somnolence a lehké ložiskové příznaky

IV. stádium – sopor a výrazný ložiskový zánět

V. stádium – kóma

Pokud nejsou přítomny spasmy, třetí stupeň bývá řešen chirurgicky s dobrou prognózou, čtvrtý a pátý stupeň se pro celkově vážný klinický stav neoperují. (Seidl, 2015, s. 88.)

2.5 Diagnostika cévních mozkových příhod

Vyšetření cévní mozkové příhody probíhá komplexně kombinací několika diagnostických metod. Nezbytnou roli hraje anamnéza. Podstatným bodem osobní anamnézy, na který je nutné se při rozhovoru s klientem, zaměřit jsou rizikové faktory vedoucí ke vzniku CMP. Ohrožujícím vlivem může být například diabetes, hypertenze, fibrilace síní nebo jiná srdeční onemocnění. Pacient po iktu bývá často odkázán na pomoc rodiny a blízkých, proto je pro primární i následnou léčbu významná rodinná a sociální anamnéza. Pokud u pacienta propuklo akutní onemocnění, není schopen spolupráce při odebrání anamnézy. V tomto případě může být se základními informacemi nápomocna osoba, která přivolala lékařskou pomoc. (Geraint, 2008, s. 18, 23)

Podle doby, která uplynula od začátku ataky, se indikuje adekvátní léčba. Pacient projde vyšetřením fyzikálních funkcí, lékař zhodnotí klinický obraz klienta. Jsou provedena neurologická, interní a kardiologická vyšetření. Pro určení příčiny a rozsahu poškození mozkového centra se využívají zobrazovací metody. Počítačová tomografie (CT) má zásadní roli při diferenciální diagnostice akutního neurologického poškození mozku. CT vyšetření se stává výhodným zejména díky dostupnosti a rychlosti trvání vyšetření. Ke zhodnocení mozkového iktu se využívá také magnetická rezonance (MRI), jež může nahradit CT. Použitím správné sekvence se docílí zobrazení časně fáze mozkového infarktu. K průkazu aneurysmatu se standardně volí angiografie. Znárodnění cévního řečiště pomocí výpočetní tomografie (CTA) nebo magnetické rezonance (MRA) v současné době nestačí. Pro kvalitní předoperační vyšetření pacient podstoupí digitální subtrakční angiografii (DSA). Výsledek rozhoduje o léčebném postupu. (Seidl, 2015, s. 88 – 89), (Tyrlíková, 2012, s. 127), (Kalina, 2008, s. 61)

2.6 Rizikové faktory CMP

Rizikové faktory, které se zasluhují o vznik mozkového iktu, dělíme na neovlivnitelné či ovlivnitelné pacientem samotným.

Mezi činitele, kteří nepřímo ovlivňují riziko mozkového iktu lze zařadit věk. V současné době přibývá mozkových infarktů v nižším věku. Obecně ale platí, že nebezpečí vzniku přibývá ve stáří, například ve věkové skupině nad 65 let se vyskytují dvě třetiny iktů. Vznik mozkové příhody ovlivňuje též pohlaví. V nižším věku postihuje CMP častěji muže, s rostoucím věkem se riziko u obou pohlaví vyrovnává. Onemocnění má významné genetické podklady, zejména u pacientů s pozitivním lipoproteinem Lp nebo sklonem k diabetu. Do skupiny neovlivnitelných činitelů také patří rasa populace, u které se může CMP vyskytnout. Tento aspekt hlavně souvisí s životním stylem jednotlivých komunit. Rizikové faktory genetické podmíněnosti geografického rozmístění se připisují stravovacím návykům, které se kulturně liší na jednotlivých kontinentech, v jednotlivých státech. (Herzig, 2008, s. 16-21), (Novotná, 2012, s. 31)

Další skupinu tvoří rizikové faktory, které pacient může sám ovlivnit. Důležitý vliv na výskyt iktu má krevní tlak. Bez ohledu na věk, pohlaví, rasu či zemi, ve které člověk žije, arteriální hypertenze významně ovlivňuje propuknutí mozkových příhod. Vlivem léčby hypertenze může dojít ke snížení možného výskytu. Krevní tlak lze v některých případech snížit i vlivem životosprávy. Rizikovou se může stát také arteriální hypotenze, zejména u starších osob s poruchou lokální cirkulace mozku. Rizikovým faktorem CMP mohou být kardiální dekompenzace, zapříčiněné například infarktem myokardu, chloppenními vadami nebo fibrilací síní, přičemž ischemická choroba srdeční přítomná v akutní fázi CMP zvyšuje mortalitu. Za negativně působící vliv se považuje zvýšená hladina krevních lipidů a Diabetes mellitus. Jeden z nejvýznamnějších negativních faktorů, ateroskleróza, zapříčiňuje snížení průtoku krve cévami nebo přispívá k tvorbě trombů. Neméně významné škodlivé vlivy mohou být mezi laickou veřejností často opomíjené kouření, obezita a nadměrná konzumace alkoholu, zejména u pacientů kuřáků hypertoniků. Výskyt mozkových příhod u žen může ovlivnit užívání hormonální antikoncepce, zejména v souvislosti s kouřením. (Herzig, 2008, s. 16-21), (Novotná, 2012, s. 31)

2.7 Klinický obraz cévní mozkové příhody

Soubor příznaků charakteristických pro mozkovou příhodu ischemického, či hemoragického původu nastupuje z plného zdraví. Nejčastěji jde o náhle vzniklý ložiskový

deficit. Pro diagnózu se stává významná tíže deficitu. Má význam při určení příčiny vzniku onemocnění, místa uzávěru nebo hemoragie, prognózy a strategie léčby. Při ischemii postižení podmiňuje přítomnost kolaterální cirkulace, přivádějící do zasaženého místa krev jinou cestou. Pro hodnocení tíže neurologických potíží se používá NIHSS škála (Uvedena v příloze 1). (Tyrlíková, 2012, s. 127)

Porucha dodávky krve do mozku způsobuje poruchy hybnosti, oslabení svalové síly neboli parézu nebo úplné ochrnutí plegii. Charakteristickým příznakem u CMP je zhoršení hybnosti končetin na jedné straně těla hemiparéza, hemiplegie, postižení hybnosti jedné končetiny monoparéza, monoplegie. Ochrnutí tří končetin triparéza, triplegie, pokud dojde k ochrnutí všech čtyř končetin, jedná se o kvadruparézu, kvadruplegii. Lékař posuzuje významné poruchy citlivosti (hypestezie) nebo úplné senzitivní vyhasnutí (anestezie). Také může dojít ke změnám vnímání kvality čítí, kdy pacient cítí neadekvátní pocity (dysestezii). Subjektivně klienti často pocítují brnění až mravenčení v periférii. Amaurosis fugax je přechodná porucha zraku pouze na jednom oku, jde o varovný příznak cévního poškození, který v budoucnu může vyvolat TIA nebo CMP. Při složitějším postižení mozkové tkáně dochází k poškození zraku, například výpadku funkce poloviny zorného pole (hemianopsii). Při poškození zrakového traktu není vzácná ani homonymní hemianopsie, kdy se naruší kontralaterální polovina zorného pole. U pacienta v některých případech nastane následkem mozkové příhody porucha řeči. Setkáváme se s poruchami řeči (fatické poruchy), poruchami psaní (dysgrafií), čtení (dyslexií), poruchou prostorové orientace, vnímání částí vlastního těla (asomatognozií). Může vymizet schopnost vykonávat lehčí i složitější pohyby (dyspraxie nebo apraxie), což vede ke snížené možnosti sebeobsluhy. V rámci poruch vestibulárního aparátu a mozečku se objevuje závrať, nevolnost, zvracení, nebo poruchy koordinace pohybu. Příznačnou poruchou extrapyramidového aparátu jsou prudké pohyby kontralaterální končetiny velkého rozsahu (hemibalismus). Kmenové poruchy souvisí s mozkovými nervy, které z něj vycházejí. Léze vyvolají například okohybné poruchy, dále nemožnost polykání (dysfagii), poruchu artikulace částečnou (dysartrii) a celkovou (anartrii). Mozkový kmen je centrem důležitých životních funkcí, náleží sem tudíž také poruchy dýchání a oběhu. Závažnějším problémem hodnotíme poruchy vědomí, kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativními poruchami označujeme somnolenci, sopor a kóma. K analýze se využívá hodnocení Glasgow Coma Scale. Do druhé skupiny se řadí stavy zmatenosti (amence), delirium, halucinace nebo mráкотné stavy (obnubilace). (Herzig, 2008, s. 24 – 26), (Seidl, 2008, s. 32)

2.7.1 Afázie

Nejčastější příčinou fatických poruch jsou cévní mozkové příhody. Akutní afázie trvá v průměru 4-6 týdnů od vzniku akutního onemocnění. V tomto období pacienti obtížně komunikují, často toho vůbec nejsou schopni. Asi u třetiny nemocných se schopnost řeči intenzivním cvičením v tomto období obnovuje. Do jednoho roku dále mluvíme o afázii postakutní. Déle trvá afázie chronická. Poruchy řeči se dělí do skupin a často se jednotlivé typy prolínají. Motorická afázie se vyznačuje poruchou mluvení. Pacient nám rozumí, ale není schopen odpovědět. Senzorická afázie brání porozumět. Provází ji povídání nesmyslů a komunikace není možná. Anamnestická afázie označuje neschopnost si vybavit názvy věcí, situací, činností, či osob. Častou poruchou bývá afázie smíšená, jde o kombinaci příznaků dvou nebo více fatických poruch. Stav kdy klient řeči nerozumí a sám není schopen mluveného projevu, se označuje totální afázií. S neschopností mluvit se setkáváme po cévní mozkové příhodě přibližně u pětiny pacientů. Afatický slovník používají ošetřovatelé při domluvě s pacientem. Jde o soubor obrazový slovník, který byl vytvořen pro usnadnění komunikace pacientů s afázií. (Salač, 2009)

Poruchy řeči brání v komunikaci a často jsou pro pacienty více stresující než pohybové postižení. Ideální stav shledáme v případě, že klinický logoped může s afatikem pracovat ihned. Logoped ve spolupráci s foniatrem zajišťuje procvičení mimických svalů a obnovu řeči. Z chování pacienta při komunikaci může rodina nebo ošetřovatelský personál usoudit, že jim pacient nerozumí. Logoped proto radí personálu a rodinným příslušníkům, jak s nemocným komunikovat. Cílem logopedie u pacienta po mozkové příhodě není obnovení bezchybné řeči, nýbrž zlepšení schopnosti se dorozumět, aby byl pacient schopen komunikace. (Kejklíčková, 2011, s. 44-55), (Hánová, 2011)

2.8 Prevence cévní mozkové příhody

Primární prevence si klade za cíl ochránit, posílit zdraví jedince a zabránit vzniku onemocnění. Jedná se o soubor komplexních zdravotních a sociálních opatření. (Čeledová, 2010, s. 35)

Mezi doporučená preventivní opatření patří léčba vaskulárních rizikových faktorů například hypertenze, diabetu, dyslipidemie, hyperurikemie. Nutností bývá řádná terapie kardiálních onemocnění. Obecné podpůrné rady se týkají zdravého životního stylu. Klient by se měl vyvarovat kouření, nadměrné konzumaci alkoholu, působení stresu. Naopak se doporučuje pravidelný pohyb, dietní opatření se sníženým obsahem soli a nasycených

tuků, strava bohatá na ovoce, zeleninu a vlákninu. Pokud trpí člověk nadváhou, přistupuje se k redukční dietě. Důležitým bodem se stává poučení pacienta o varovných příznacích CMP a co dělat v případě, že nastanou. (Novotná, 2012, s. 37)

Sekundární prevencí se snažíme předejít neblahým následkům nemoci, která již propukla. Usilujeme o vyvarování se komplikacím a nevratným změnám, které nemoc může přinést. Mezi hlavní body druhé fáze prevence zařazujeme náležitou včasnou diagnostiku a adekvátní účinnou terapii zaměřenou na prevenci dalších komplikací. Jako nedílnou součást sekundární prevence řadíme preventivní prohlídky. (Čeledová, 2010, s. 37 - 38)

Pokud pacient již CMP nebo TIA prodělal, sekundární preventivní program spočívá v řešení příčin základního onemocnění. Pacient se podrobí dlouhodobé antiagregační nebo antikoagulační léčbě. Popřípadě lékař indikuje jiné látky paralelní s onemocněním. Součástí jsou sonografická vyšetření karotid a dalších mozkových cév, také další pravidelné kontroly cévních rizikových faktorů. Doporučení zaměřujeme na úpravu životního stylu. (Novotná, 2012, s. 37)

2.9 Test tvář ruce řeč

Pokud dojde k vzniku mozkové příhody, například u pacienta doma, tento jednoduchý test, nazývaný tvář ruka řeč, může posloužit laické veřejnosti pro rychlé odhalení cévní mozkové příhody blízkého. Včasný záchyt akutního onemocnění a přivoláním záchranné služby hrají velkou roli při prognóze pacienta.

Pro zhodnocení tváře požádáme nemocného, aby se usmál, zapískal a ukázal zuby. Člověk zasažený mozkovou příhodou má obvykle pokleslý koutek a při úsměvu nesymetrické ústní koutky. Posouzení hybnosti končetin se provádí požádáním nemocného o předpažení rukou a otočením dlaní směrem dolů. Postižení ruka obvykle rychle klesá. Řeč lze objektivně zhodnotit, pokud postiženému uložíme jednoduchou větu k zopakování. Člověk zasažený CMP nebude schopen artikulace, nebo bude danou větu komolit.

Uvedené příznaky mohou trvat někdy jen krátkou dobu a po pár minutách zcela vymizet. Pacienta ohrožuje recidiva závažnějších příznaků, proto měl by následovat rychlý převoz do nemocničního zařízení. (Dohnálek, 2014)

3 REHABILITACE PACIENTA PO MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Pohyb a aktivitu potřebujeme ke zvládnutí každodenních činností a pomáhají samostatné běžné sebekpěči. Rehabilitační ošetrovatelství vyjadřuje postup léčebné rehabilitace, které se zabývá prevencí komplikací, které by mohly vzniknout v souvislosti se základním onemocněním. Svými prostředky nemocným pomáhá zmírnit následky nemoci, úrazu nebo vady. Klade si za cíl obnovit co možná nejvyšší funkce pohybového systému. (Vytejková, 2011, s. 78 – 79)

Čas, který uplyne od prvních příznaků do začátku léčby a rehabilitace, určuje budoucí míru postižení pacienta. Celkové vyléčení zcela bez následků čeká přibližně 30% pacientů. Ostatní jsou po zbytek života v různé míře invalidní. Tento stav má dopad na běžný život a psychiku nejen pacientů, ale zasahuje i do života jejich rodin. Pacient by se měl co nejrychleji od propuknutí nemoci dostavit, nejlépe záchrannou službou, do specializovaného zdravotnického centra, kde mu bude zajištěna adekvátní léčba akutního onemocnění. Proces rehabilitace začíná v nemocnici obvykle na jednotce intenzivní péče. Pokračuje na oddělení neurorehabilitace a dál v léčebně dlouhodobě nemocných. Po propuštění pacienta se doporučuje ambulantní rehabilitace, či cvičení v domácím prostředí, aby se docílilo co nejnižšího stupně závislosti pacienta na jiné osobě. Intenzita a délka rehabilitace se určuje dle věku pacienta, stupni poškození struktur mozku a funkcí. Spolupráce multidisciplinárního týmu spolu s motivací klienta a zapojením rodiny do péče pomáhá pacientovi se vrátit do běžného života. (Kejklíčková, 2011, s. 52), (Švestková, 2011)

Sestra zhodnotí míru pohyblivosti pacienta a zajistí konzultaci s fyzioterapeutem, který stanoví přesný plán rehabilitace. Postižené končetiny pacienta sestra vhodně polohuje a kontroluje jejich fyziologické postavení. Po uplynutí doby akutního onemocnění může pacient používat pomůcky, které mu pomohou měnit či udržet polohu. Pacient provádí aktivní a pasivní cvičení s fyzioterapeutem cílené na zvýšení rozsahu pohybu a udržení svalového tonu. Sestra pomáhá pacientovi a nabádá ho ke cvičení minimálně třikrát denně. Kompenzační pomůcky pro pohyb může využívat při aktivitách s pacientem i rodina, sestra v roli edukátorky pomáhá rodině pomůcky využívat. (Slezáková, 2014, s. 68-69)

3.1 Mobilizace pacienta po cévní mozkové příhodě

Mobilizování nemocných po cévní mozkové příhodě má v léčebném procesu důležitou úlohu. Důsledkem poruchy na různých úrovních řízení pohybu dochází k poruchám volní pohyblivosti. U pacientů se setkáváme nejčastěji s hemiparézou nebo hemiplegií. Fyzioterapeut spolu s ošetrovatelským personálem začíná s aktivizací pacienta bezprostředně po zvládnutí akutního stavu. Stanovení konkrétního postupu záleží vždy na zdravotním stavu klienta. Člověk po prodělané mozkové příhodě má často sníženou pohyblivost. Aktivizací se snažíme snižovat spasticitu a riziko kontraktur. Fyzioterapeut provádí nácvik, usiluje o zlepšení hybnosti. Sestra v průběhu dne pacienta aktivizuje a pomáhá nacvičit sebeobslužné činnosti. Dbá na prevenci vzniku dekubitů u klienta na lůžku. Nutností jsou opatření pro podporu soběstačnosti nemocného. Pokoj sestry přizpůsobí tak, aby umístění nábytku korespondovalo s potřebami klienta. Pomůcky a potřeby musí sestra přemístit na postiženou stranu klienta, z této strany je nutné provádět veškerou péči. Pacient leží na rovném lůžku a ošetrovatelský personál jej polohuje každé dvě hodiny ve dne i v noci s pomocí klasických polštářů nebo speciálních polohovacích pomůcek. Každá poloha musí být stabilní, aby nedocházelo ke zvyšování spasticity. Při poloze na zádech se riziko zvyšuje, proto ji sestra používá nejméně. Vhodnější volbu představuje polohování na zdravém a postiženém boku. (Vytečková, 2011, s. 95)

Běžné denní potřeby na začátku hospitalizace zajišťují všeobecné sestry. Fyzioterapeuti s nemocným začínají pracovat již na iktové jednotce, jakmile to zdravotní stav dovolí. Později se nemocný učí z pomoci fyzioterapeuta základní pohyby. Nácvik soběstačnosti s tréninkem kognitivních funkcí probíhá s pomocí ergoterapeutů. Se sebepečí a samostatností v běžném životě pomáhají nemocným speciální pomůcky, které jsou jim podle funkčních schopností doporučeny.

Většina pacientů odchází po ukončení rehabilitace do domácího prostředí, kde pokračují v dlouhodobé rehabilitaci. Některým se podaří v průběhu času zcela vrátit k běžnému životu. Části klientů zdravotní stav neumožní adaptaci k dřívějšímu životnímu stylu. Lidé s velmi těžkým postižením jsou odkázáni na pomoc rodiny. Rodina buď zajistí celkovou péči, nebo lékař doporučí dlouhodobý pobyt ve speciálním zařízení. Další formu zajištění péče poskytují denní stacionáře, či pečovatelská a ošetrovatelská služba v podobě domácí péče. Pokud blízcí péči nejsou schopni zajistit, nemocný bývá umístěn do zařízení dlouhodobé péče. (Švestková, 2011)

3.2 Občanské sdružení ICTUS

Občanské sdružení funguje již od roku 2007. Organizace si klade za cíl pomoci lidem postiženým CMP a usnadnit jim návrat do běžného života. Pokud blízký pacienta nebo pacient sám kontaktuje tuto společnost, snaží se ho vyhledat a pomoci mu v této těžké životní situaci. Poukázáním na vlastní zkušenosti se snaží vysvětlit, že život není beznadějný. Klienti by se neměli stydět a zůstat doma, ale naopak znovu chodit ven. Sdružení usiluje o zapojení nemocných v různých aktivitách a zálibách. Snaha se obrací ke znovuzískání sebevědomí a nalezení nového smyslu života. ICTUS pořádá pro své členy rekondiční pobyty a svou činností nesměřuje pouze na klienta samotného, ale i na rodinné příslušníky, přátele a odborníky. Podílí se na osvětové činnosti šíření informací o cévní mozkové příhodě. (Dohnálek, 2011)

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

4.1 První pomoc a neodkladná péče

Při podezření na mozkovou příhodu poškozeného položíme na záda a bezprostředně zavoláme rychlou záchrannou službu (RZS). Doporučuje se podložit hlavu polštářem a do příjezdu zdravotníků kontrolovat stav pacienta.

Po příjezdu RZS lékař zkontroluje stav pacienta. Dále jsou zjištěny důležité informace, zejména přesný začátek obtíží, předchozí onemocnění a užívané léky pro vyloučení kontraindikace trombolýzy. Pacientovi posádka RZS zajistí žilní vstup a jsou podány léky či infuze. Následně proběhne transport nemocného do nejbližšího specializovaného zařízení. (Novotná, 2012, s. 34-35)

4.2 Anamnéza

Nedílnou součástí ošetřovatelského procesu zahrnuje ošetřovatelská anamnéza. Shromažďuje údaje o současných potížích pacienta v časovém sledu například druh, trvání a zvláštnosti vzniku obtíží. Osobní anamnéza zahrnuje úrazy, rizikové faktory mozkové příhody a dosavadní zdravotní stav. Rodinnou anamnézou zejména zjišťujeme, zda některý člen pacientovi rodiny prodělal, nebo se léčí na kardiovaskulární onemocnění. Sociální část zaměřujeme na pracovní zátěž, abúzus stresových situací, životního stylu, či závislostí. Psychologickou anamnézou odhalíme změny chování. Ošetřovatelská anamnéza a ošetřovatelský screening se odehrává, podle stavu pacienta, nejpozději do 8 hodin od pacientova přijetí. (Slezáková, 2014, s. 62-63), (Vörösová, 2015, s. 23)

4.3 Fyzikální vyšetření

Vyšetření zahrnuje pacientovy subjektivní informace a objektivní údaje zjištěné pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Sestra provede fyzikální vyšetření a zvláštní pozornost věnuje nervovému systému. Sleduje výraz tváře, zbarvení pokožky, dále polohu a držení těla. Další prací sestry je monitorace bolesti a posuzování, například podle škály dle Melzacka. Úroveň stavu vědomí či poruchy vědomí posuzujeme škálou Glasgow Coma Scale.

Pokud je pacient schopen spolupráce, zjišťujeme poruchy řeči a porozumění, myšlení, či výpadky paměti. Funkci hlavových nervů hodnotíme pohledem, všímáme si poruch zorného pole, poklesu víčka, pacient může udávat dvojité vidění. Dále hodnotíme poruchy artikulace nebo polykání. Objevuje se neschopnost zvednout rameno, také bývá patrné stáčení a rotace hlavy k postižené straně. Patrná může být přecitlivělost na všechny podměty. Postoj a chůze pacienta se mohou zdát narušené, dále posuzujeme na končetinách reflexy. Pohyblivost může být snižená, objevit se mohou spazmy, křeče nebo úplná ztráta hybnosti. Často se vyskytuje porucha citlivosti. Posoudíme projevy meningeálního dráždění a motorické funkce. (Slezáková, 2014, s. 63)

Lékař provede základní vyšetření, na základě kterého indikuje diagnostické a léčebné metody a postupy. Součástí práce sestry je příprava pacienta na vyšetření a asistence lékaři v průběhu léčebného postupu a následně péče o pacienta po zvládnutí akutního stavu. Pacient na základě indikace podstoupí farmakologickou, chirurgickou, či podpůrnou léčbu. Tři fáze léčebného procesu zahrnují fázi akutní, trvající přibližně od 3 do 6 hodin, subakutní období trvající 6-24 hodin od vzniku CMP. Poté následuje chronická fáze, její trvání pokračuje po 3 týdnech. (Slezáková, 2014, s. 64)

4.4 Ošetrovatelský proces

Sestra se v průběhu posuzování pacienta zaměřuje na zvládnutí každodenních aktivit. Mezi tyto aktivity patří stravování a příjem tekutin, kvalita spánku, vylučování, pohyblivost a samostatnost klienta. Pokud pacient není schopen odpovídat na dotazy a spolupracovat, sestra posoudí míru sebeobslužnosti a naplánuje jednotlivé intervence. Pacienti po prodělané CMP mohou mít problémy s polykáním, často se vyskytuje nespavost, v souvislosti s narušeným ovládním svěračů se objevuje inkontinence. Pacient má omezenou schopnost pohybu a v celku bývá pacient z menší nebo větší části závislý při sebeobsluze. (Slezáková, 2014, s. 63)

4.5 Ošetrovatelské diagnózy pacienta po mozkové příhodě

Sestra v průběhu diagnostického procesu, získává na základě kompetencí platných údajů informace o pacientovi. Údaje analyzuje pro uskutečnění výsledných ošetrovatelských diagnóz aktuálních, dále potencionálních, či těch diagnóz, jež mají za úkol podpořit zdraví pacienta. Nejdříve se sestra zaměří na určující znaky a faktory diagnóz a poté je semkne do souvislostí, které potvrdí deficit pacienta. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacienta s cévní mozkovou příhodou jsou: „00201 Riziko

neefektivní cerebrální tkáňové perfuze, 00103 Porucha polykání, 00102 Deficit sebezpečie při stravování, 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost 00020 Funkční inkontinence moči, 00011 Zácpa, 00108 Deficit sebezpečie při koupání, 00109 Deficit sebezpečie při oblékání, 00146 Úzkost, 00118 Porušený obraz těla, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00155 Riziko pádů“. (Slezáková, 2014, s. 63), (Herdman, 2013, s. 251, 285, 230, 184, 261, 199, 209, 259, 260, 302, 446), (Marečková, 2006, s. 36), (Vörösová, 2015, s. 23)

4.6 Intervence sestry při péči o pacienta po CMP

V průběhu hospitalizace pacienta, s ohledem na jeho zdravotní stav a indikaci lékaře, vykonává sestra jednotlivé intervence. Podává infuze s elektrolyty, léky proti srážení krve, kontroluje saturaci, podává kyslík, měří fyziologické funkce a bandážuje dolní končetiny pacienta. Mírným zvednutím lůžka pod hlavou, zajistí u pacienta podporu správného žilního návratu z mozkové oblasti. Dodržuje správný pitný režim nemocného, podává jídlo, případně speciální režim stravy při poruchách polykání. Dává pozor na aspiraci. Pokud není pacient dostatečně hydratován, snaží se ošetřovatelský personál pravidelně vykapávat oči a zvlhčovat ústní dutinu. Stanovuje a zaznamenává stupeň mobility. S pomocí polohovacích pomůcek pacienta polohuje, provádí mobilizaci a posazování. Změna polohy umožní efektivnější dýchání a lepší prokrvení tkání. Sestra kontroluje vyprazdňování, pravidelně vyměňuje inkontinenční pomůcky, popřípadě pečuje o permanentní močový katetr a zaznamenává bilanci tekutin. Pečuje o kůži, provádí správnou hygienu, a postupně zapojuje klienta do sebezpečie. Sleduje predilekční místa a dbá na prevenci dekubitů. Pokud dojde k porušení integrity kůže, stará se na základě doporučení lékaře o převaz rány. Pomáhá při předcházení přepínání svalů, následném zanícení a bolesti kloubů. Pacienti s postižením ruky či nohy musí být obeznámeni, aby si končetiny uvědomovali a postupně zkoušeli pohyb. Nesmí však dojít k přetížení poškozené končetiny. Důležitou část péče zahrnuje zhodnocení schopnosti pacienta komunikovat. Nachází způsob, jak se dorozumět v případě fatických poruch. Zprostředkovává komunikaci s příbuznými a pomáhá zapojit rodinu do plánu jejího rozvoje. Spolupracuje s rodinou a edukuje blízké, aby se mohli na péči podílet. Důležitou intervencí je práce s pacientem po psychické stránce. Pacientovi naslouchá, zaznamenává míru úzkosti, hněvu či frustrace a ujišťuje nemocného, že jde o přirozené pocity. Podporuje a motivuje pacienta ve zvládnání sebezpečie. (Feigin, 2007, s. 133-150), (Slezáková, 2014, s. 65-70)

4.7 Potřeby pacienta po mozkovém iktu

Profesionální ošetrovatelská péče cíleně dbá na zajišťování potřeb klientů. Sestra se v průběhu ošetrovatelského procesu rozhoduje, vyvozuje ošetrovatelské intervence a konkrétní ošetrovatelské činnosti. Na základě zjištěných poznatků aktivně vyhledává potřeby klientů a snaží se o jejich uspokojování. Teoretické a praktické poznatky sester jsou klíčové při zpracovávání informací o pacientovi a rodině. Kritické myšlení pomáhá sestram předvídat a předcházet problémům, které se mohou vyskytnout v průběhu ošetrovatelské péče. Dlouhodobé neuspokojení individuálních nezbytností může mít za následek narušení zdraví. Pacienti, kteří jsou odkázáni na pomoc jiné osoby, často vykazují příznaky psychosomatické nerovnováhy. Rozhodování by mělo probíhat v kontextu konkrétní povahy člověka, případně celé rodiny. Partneři nemocných v domácím prostředí se stávají partnery profesionálních poskytovatelů zdravotnické péče a mají tak cenný podíl na péči. Správně celostně zvolené ošetrovatelské úkony spolu s léčbou a rehabilitací pomohou pacientům přejít od problémových stavů k očekávaným výsledkům. (Vörösová, 2015, s. 19, 23, 28), (Mastiliaková, 2014, s. 23, 26), (Palmer, 2013, s. 44)

4.8 Psychický stav pacienta

V souvislosti s prodělanou mozkovou příhodou se důraz přikládá na psychický stav pacienta, který často odhaluje změny nálad. Klienti se cítí méněcenní, mají nepříjemné pocity v souvislosti s ochrnutím a ve velké míře sníženou sebeúctu. Pokud nemoc propukne, pacient na ni reaguje normálně, má zájem o správnou léčbu a péči. Pesimismus v souvislosti s nedostatkem nebo nadbytkem informací, malými léčebnými pokroky a zdoluhavým rehabilitačním procesem mohou za to, že se klienti na nemoc hůře adaptují. Pacient se může uzavřít do sebe a zamezit tím další spolupráci. Navázání správného kontaktu podporuje pocit pohody a vzájemnou důvěru mezi pacientem ošetrovatelem či zdravotnickým personálem. Klidný empatický přístup a povzbuzení pomáhá udržovat správný vztah. Nemocný potřebuje znát priority terapeutických úkonů, sám být zapojen do rozhodování o způsobu léčby. Sociální situace po prodělaném cévním onemocnění mozku často přináší změny v životním stylu, práci nebo postavení v rodině a ve společnosti. (Slezáková, 2014, s. 63), (Janáčková, 2008, s. 73)

Ukazuje se, že v důsledku mozkové příhody se více jak polovina pacientů potýká se změnami chování, myšlení nebo vyjadřování emocí. Objevují se pocity žalu, podrážděnosti, nespokojenosti, smutku, úzkosti, či deprese. Problémy se mohou

vyskytnout ihned po příhodě, v důsledku změněných schopností nemocného. Pacienti jsou často velmi citliví na události a změny ve svém okolí. Stav se pojí s fyziologickými příznaky. Dochází k pocení, stupňování vnitřního napětí a tachykardii. Pacient trpící úzkostí má reálné pochyby o své schopnosti zvládnout náročnou situaci. V takovém případě se nabízí příprava pacienta na nadcházející situace. Klient potřebuje o svých problémech mluvit. (Faleide, 2010, s. 195), (Feigin, 2007, s. 158-159)

Situace se stává náročnou pro blízké. Pacient se odcizuje, bývá agresivní, dokonce může působit jako jiný člověk. V neposledním případě obviňuje ostatní ze svého stavu. Nejlepší pomoc pro rodinu představuje lékař, který posoudí, zda se situace časem změní, nebo jde o nevratné poškození mozku. (Palmer, 2013, s. 49)

4.9 Spolupráce sestry s pacientem a rodinou

Docílení kvalitní péče zahrnuje aktivní spolupráci personálu. Vzájemná vstřícnost v kruhu spolupracujících pomáhá vytvořit ideální způsob poskytování péče. Kodex sester popisuje spolupráci mezi ošetrovatelským týmem a dalšími spoluúčastníky ošetrovatelské praxe. Sestra pracuje s lidmi, proto dodržování správných forem jednání ve vztahu k pacientům a spolupracovníkům hraje významnou roli. Etický kodex nabízí souhrn etického rozhodování v práci sestry. Kooperace ve zdravotnické péči tvoří základ pro pohodu pacienta. Sestra bývá iniciativním odborníkem při vytváření spolupráce mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu. Plánuje a realizuje program péče a do procesu zapojuje ostatní kolegy. V neposlední řadě komunikuje a spolupracuje s rodinou. Při předávání znalostí se uplatňuje role sestry jako edukátorky. (Kutnohorská, 2007, s. 40)

5 RODINA V ROLI OŠETŘOVATELŮ BLÍZKÉHO PO MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Narůstání počtu mozkových příhod i v mladém věku pacientů by mělo vést k potřebě být informován o první pomoci a včasné záchraně při vzplanutí onemocnění, rizikových faktorech a prevenci. Iniciátory nouzové péče o nemocné jsou obvykle členové rodiny. Dostatečná informovanost pečovatелů by mohla pomoci při budoucím zvládnání péče. (Stein, 2008, s. 684)

Role rodiny a blízkých při péči a rehabilitaci, i v běžném životě je pro pacienty po iktu obrovská. Aby mohla být rodina pacientovi co nejdříve oporou, potřebuje cílené, jasné informace a pokyny. Ošetřovatelský personál by měl zajistit navázání spolupráce. Doporučuje se, aby nejbližší člen rodiny, například pozdější ošetřovatel v domácím prostředí, sledoval péči o pacienta, a aby později zkoušel pracovat s nemocným sám pod vedením sestry nebo fyzioterapeuta. Neúspěchy v péči a rehabilitaci nesmí nemocného odrazovat. Ošetřující lékař může být nápomocen rodině a pacientovi při získání optimistického a zároveň realistického pohledu na nemoc a budoucí život. Členové rodiny mají schopnost blízkého motivovat, aktivizovat a dát mu tak nezávislost. Pacient potřebuje být ujišťován, že má o něj rodina stále zájem. Blízcí mohou zajistit oporu v hledání nových aktivit a koníčků odpovídajícím stavu pacienta, zvláště pokud nebude možnost návratu do zaměstnání. Někteří členové rodiny mohou pociťovat stres a těžko se budou vyrovnávat s emočním dopadem a rozsahem povinností. Problémy pomůže překonat skupinové psychoterapeutické sezení, které může být rodině doporučeno. (Feigin, 2007, s. 163-164), (Stein, 2008, s. 683-684)

5.1 Agentury domácí péče

Pokud není rodina sama schopna zajistit péči v domácím prostředí nebo to zdravotní stav pacienta nedovoluje, nabízí se možnost využití agentur domácí péče. Při první návštěvě v domácnosti klienta sestra posuzuje rodinné prostředí, ve kterém pacient žije. Snaží se odhalit a předejít rizikům, bránícím poskytování péče. V České republice má kompetence pro indikaci služeb domácí péče ošetřující a později praktický lékař. Lékař na základě posouzení zdravotního stavu doporučí základní, odbornou nebo specializovanou zdravotní a sociální péči. Agentury zajišťují integrovanou formu zdravotní péče a sociální pomoci klientům v domácím prostředí. Zdravotní péči částečně financují zdravotní

pojišťovny, dále na služby přispívá sám klient z příspěvku na péči a přímou platbou hradí klient nadstandardní služby. (Jarošová, 2007, s. 64-65), (Mastiliaková, 2014, s. 72-73)

5.2 Vliv mozkové příhody blízkého na rodinu

Pokud iktus zasáhne partnera nebo člena rodiny, postihne všechny v okolí nemocného. Má velký dopad na život partnera, ale i na život rodiny. V jediném okamžiku převrátí život naruby. Důsledky mohou mít vliv na emocionální zdraví a také na vztah mezi nemocným a rodinou. Žádná rodina není připravena na náhlé onemocnění člena rodiny. Situace bývá často děsivá a rodina nemocného může mít pocit, že není připravena se vyrovnat s následky a dopadem onemocnění. Partner nebo manžel/ka bude navzdory nedostatku zkušeností nebo přípravy ten, kdo zajistí péči o pacienta. Prodělaná CMP může často představovat jednu z největších výzev, kterým je nezbytné v životě čelit. Podporu, porozumění a cenné rady potřebuje nejen nemocný sám, ale také celá rodina. (Powell, 2010, s. 124), (Feigin, 2007, s. 164)

5.3 Domácí ošetřování pacienta po CMP

Velká část osob po cévní mozkové příhodě se i v případě přítomnosti trvalého postižení může po čase vrátit domů. Většina pacientů touží mít aktivní či uspokojivý život. Nejlepší alternativu, i přes náročnou finanční stránku, představuje domácí péče zajištěná jejich druhem, či rodinou. Vyplnění přání nemocného je odměnou za vynaložené úsilí. Větší šanci na domácí pečování mají pacienti, kteří žijí v manželství. Přítomnost manžela nebo manželky napomáhá dobré péči a případnému zotavení. Pečující partner poskytuje nemocnému nejen fyzickou pomoc, ale také značnou citovou podporu. Dodání odvahy pro nalezení vnitřní síly, poskytnutí motivace v péči a rehabilitaci, ochrana před komplikacemi, či pouhé zlepšení nálady má pro postiženého nesmírný význam a napomáhá zotavení. Ve společném životě silně ovlivňuje fyzický i psychický stav i druhou osobu. Odvrácenou stranu mají případy, kdy v partnerském vztahu mozková příhoda v pečujícím protějšku vyvolá stres, deprese nebo jiné psychické potíže. Potřeby osoby po prodělané CMP musí stát na prvním místě po dobu, než uplyne akutní kritické období. Poté nastává čas najít psychickou pohodu a podporu i pro sebe. Rodinný příslušník pečující o nemocného má často problém si uvědomit, že musí myslet také na svoje potřeby. Pokud pečovatel najde způsob, jak vytvořit sobě i partnerovi vhodné prostředí pro příjemný vztah, napomůže tím v poskytování dlouhodobé péče. Některým pečovatelům změna rolí vyhovuje, dokonce z ní těží. Partneri objeví v péči o nejbližšího nový smysl života, získají

větší sebevědomí a jistotu v učení se novým věcem. Pokud se dobře daří oběma, mohou spolu sdílet nadšení, které nepocítili celý život. (Palmer, 2013, s. 37-38, 43-45), (Powell, 2010, s. 134)

Rodina postrádá dostatek fyzických, emocionálních či finančních zdrojů. Citové vypětí a stres rozhoduje o ústavní péči více než samotný rozsah potřeb nemocného. Čím větší rodinné zázemí a okruh přátel, tím spíš může postižený zůstat doma i s těžkým postižením. Citová odolnost i silná motivace často pečovateli nestačí. Většinou nastane čas, kdy potřebuje pomoc od rodiny a blízkých. Třeba jen pro odreagování nebo psychickou podporu. (Palmer, 2013, s. 69)

5.4 Instrumentální a emocionální podpora blízkého po mozkovém iktu

Instrumentální společenská podpora zahrnuje praktické úkony. Druh pomáhá při fyzických potřebách, například s hygienou, podáním jídla či pohybem, dodáním pocitu bezpečí a ochranou zdraví v podobě zajištění odborné péče. Dochází k převzetí rolí za partnera jako pomoc s nákupem, vařením, či ekonomickou stránkou domácnosti. V neposlední řadě partner zabezpečí a přizpůsobí prostředí pro život partnera s postižením v domácnosti v podobě instalace madel, půjčení polohovacího lůžka, vytvoření bezbariérového prostoru a pomoc s organizací aktivit. Mluvení a naslouchání druhému stejně jako povzbuzování, projevy náklonosti a vyslovení obav můžeme zařadit do podpory emocionální. Partner motivuje a podporuje nemocného v řešení problémů. Tráví spolu volný čas, věnují se příjemným aktivitám, navštěvují přátele. Druh bývá iniciátorem kulturního života. Po návratu domů bývá podpora intenzivní. Pro rozvoj soběstačnosti může být nežádoucím oddaný a příliš ochranný pečovatel. Kompromis a postupné zapojování do běžných aktivit bývá nejlepší cestou, aby si partner nezvykl na úplnou pomoc. (Palmer, 2013, s. 74-76)

5.5 Podpora pečovatele v domácím prostředí

Pečovatel občas potřebuje mít čas sám pro sebe. Podporu může poskytnout rodina a přátelé. V této situaci lze využít služeb respitní péče, popřípadě klubů nebo podpůrných skupin, které sdružující pacienty po mrtvici a jejich blízké. Dopřát si pauzu od pečovatelské práce má velkou roli na udržení duševní a fyzické energie pro další péči. Inspirací pro udržení vlastní pohody mohou být praktické rady.

Pečovatel by se měl naučit požádat a přijímat nabídky pomoci, pokud se naskytnou. Každému vyhovují jiné zdroje podpory. Nabízí se rodina, sousedé, místní organizace, či osobní asistenti. Pokud situace překročí mez a pečovatel upadne do deprese, potřebuje pomoci se zvládnutím emocí nebo získáním nadhledu - měl by uvažovat o odborné pomoci psychologa. Vlastní pohodu výrazně ovlivňuje životní styl, čas na relaxaci, dostatek spánku, pestrý jídelníček, vyhýbání se závislostem a malé radosti každý den. Důležité je si stát za svým názorem a snažit se o naplnění vlastních potřeb. (Palmer, 2013, s. 148-149)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 ZPRACOVÁVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

6.1 Formulace problému

Prognóza pacienta po CMP se může zdát přímo úměrná pouze zdravotnímu stavu, či průběhu onemocnění, ale důležitou roli hraje psychický stav spjatý s rodinným zázemím. Spolupráce sestry s rodinou může velmi usnadnit péči o pacienta nejen v průběhu hospitalizace. Pokud má pacient dobré zázemí, které mu umožní aktivně pracovat na zvládnutí následků, odchází po překonání akutního stavu a dobré kompenzaci zpátky domů. Jako nejlepší možnost se nabízí péče z pozice rodiny. Lze využít i nabídek agentur domácí péče, či různých rekondičních programů určených k navrácení do běžného života pacientů po CMP.

Výzkum práce si klade za cíl nahlédnout na současnou spolupráci sester s rodinami pacientů po cévní mozkové příhodě jak v průběhu hospitalizace, tak v průběhu domácí péče. Před propuštěním do domácího prostředí pomůže pacientovi i rodině tvorba obrazu o prognóze mozkového iktu, důkladná edukace a zodpovězení všech adekvátních otázek. Myslíme si, že dostupnost informací a pomoci rodinám starajících se o nemocného po CMP není tak velká, jako dostupnost informací pro pacienty samotné. Sestra může být v takovém případě rodině nápomocna a stát se rovnocenným partnerem v průběhu domácí péče. Jaké jsou tedy zásady spolupráce mezi sestrou a rodinou pacienta po cévní mozkové příhodě? Jaký má vliv součinnost rodiny nemocného po CMP se sestrou na zdravotní stav pacienta, a jaké změny má nemoc blízkého a následné domácí ošetřování na pečující z rodiny?

6.2 Cíl výzkumu

Hlavní cíl: Zmapovat zásady spolupráce mezi sestrou a rodinou při péči o pacienty po cévní mozkové příhodě.

Dílčí cíle:

- Zmapovat míru spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky při péči o pacienta po CMP v průběhu hospitalizace.
- Zmapovat míru spolupráce mezi sestrou a rodinou při domácí péči o pacienta po CMP.
- Zjistit, jaký má vliv spolupráce mezi sestrou a rodinou na zdravotní stav pacienta.
- Analyzovat, jak po mozkové příhodě působí na rodinu domácí péče o blízkého.

6.3 Výzkumné otázky

- Jaké jsou zásady spolupráce mezi sestrou a rodinou při péči o pacienta po CMP?
- Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi sestrou a rodinou pacienta po cévní mozkové příhodě v průběhu hospitalizace?
- Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi sestrou a rodinou nemocného po CMP v domácí péči?
- Jak je pro pacienta prospěšná spolupráce při péči mezi sestrou a rodinou?
- Jakým způsobem ovlivňuje péče o nemocného po cévní mozkové příhodě jeho rodinu?

6.4 Metoda sběru dat

Pro zpracování praktické části byl použit kvalitativní výzkum formou případových studií. Odborná část práce zahrnuje polostrukturované rozhovory. S jejich pomocí byly získávány potřebné informace od dvou respondentek, jejichž příbuzný prodělal cévní mozkovou příhodu. Dále od jedné respondentky, která v rámci své profese pracuje

s takovými pacienty. Pro úplnost informací uvádím anamnézy pacientů a bližší informace o dotazovaných. Před začátkem výzkumu byl respondentkám vysvětlen průběh samotného výzkumu a byly obeznámeny se skutečností, že veškeré uvedené údaje budou anonymní a použity pouze pro potřeby bakalářské práce. Respondentkám byl předložen k podpisu informovaný souhlas (Uveden v příloze 2), který obsahoval rámcové informace o studii a s jejich svolením byl pořízen zvukový záznam rozhovorů.

6.5 Výběr případu

Každé zdravotnické zařízení má jiný postoj ke spolupráci s rodinou a k její edukaci. Bylo proto záměrem spolupracovat s dvěma odlišnými rodinami. První dvě respondentky byly pro výzkum zvoleny podle dvou kritérií. Prvním kritériem byla skutečnost domácího ošetřování pacienta po CMP. Obě respondentky se rozhodly vynaložit úsilí a doma poskytují péči blízké osobě postižené cévní mozkovou příhodou. Druhé kritérium spočívalo v rodinném vztahu pečovatele z řady rodiny. Jedna z respondentek se ve společné domácnosti stará o svého manžela, naopak druhá dotazovaná je dcerou pacientky a nesdílí s ní domácnost. Důvodem spolupráce s třetí dotazovanou bylo získat další úhel pohledu, avšak od profesionálního zdravotníka. Kritériem pro třetí respondentku bylo zaměstnání jako všeobecná sestra v domácí péči.

6.6 Organizace výzkumu

Dle kritérií byly vybrány tři ženy, které byly ochotné se výzkumu zúčastnit. Dohoda o spolupráci na výzkumu proběhla s respondentkami ústní domluvou. S každou z nich bylo naplánováno jedno setkání. V jeho průběhu bylo využito předem zpracovaných otázek, které se staly vodítkem oblastí, kterým bylo důležité se věnovat. Další uvedené otázky vyplynuly z dialogů. Každý rozhovor trval přibližně dvě hodiny. Schůzky s prvními dvěma dotazovanými proběhly v jejich domácnostech a třetí setkání proběhlo na veřejném místě. (Všechna v období března a dubna 2016). Rozmluva s příbuznými pacientů byla zaměřena na anamnézu a hospitalizaci jejich blízkého, dále na spolupráci se sestrou, jejich roli pečovatele, a následně domácí ošetřování. Rozhovor s všeobecnou sestrou si kladl za cíl zjistit informace o práci všeobecné sestry s rodinou pacienta po CMP. Rozhovory byly poté podrobně zpracovány a převedeny do písemné formy. Odpovědi respondentek byly minimálně jazykově změněny. Zhodnocení stanovených cílů a výzkumných otázek jsou uvedeny v diskuzi práce.

7 ROZHOVORY

7.1 Anamnéza prvního pacienta

Pan Jaroslav

Pan Jaroslav prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu v dubnu r. 2015. Pacient žije v domě se svou manželkou. Dříve pracoval jako vedoucí v lihovaru. Pan Jaroslav byl silný kuřák, občas požíval alkohol, nikdy nesportoval a jeho jediným zájmem bylo rybaření. Prodělal běžná dětská onemocnění a rodinná anamnéza není pro jeho onemocnění významná.

7.1.1 Rozhovor s pečujícím

Paní Věra

Paní Věra pečuje doma o svého manžela postiženého cévní mozkovou příhodou. Je jí 54 let a s manželem žije od mládí ve venkovském domečku. V domě s nimi bydlí jediný syn, který se doma zdržuje zřídka. Ostatní příbuzní manžele jen navštěvují. Paní Věra v současné době poskytuje péči manželovi sama, po ukončení hospitalizace byla podpůrná péče zajištěná agenturou domácí péče.

Byla jste u blízkého v době prvních příznaků cévní mozkové příhody, jak byla poskytnuta první pomoc?

„Večer jsem si najednou všimla, že manžel hrozně špatně dýchá. Tak jsem se ho snažila zeptat, co se děje, proč mu není dobře. Vůbec se mnou o tom nechtěl mluvit. Nabídla jsem se, že zavolám záchranku. To nechtěl vůbec slyšet. Manžel má panickou hrůzu z lékařů, prochází si tím celý život. Tak jsem celou noc hlídala, běhala jsem k němu, kontrolovala, co dělá, jestli spí a jestli vůbec dýchá. Bylo hodně okamžiků, kdy jsem chtěla to sluchátko zvednout, ale manžel mě upokojil, že je to lepší. K ránu bylo vidět, že se manžel cítí hůř a zdálo se mi, že chvílemi přestává dýchat. To už nebylo na co čekat. Asi v půl čtvrté ráno jsem záchranku zavolala.“

Byla jste spokojena s prvním kontaktem se zdravotnickou pomocí?

„První kontakt proběhl dobře. Přijeli takoví dva sympatičtí zdravotníci a doktor. Manželovi všechno vysvětlili, vyšetřili ho. Pracovali celkem rychle, tak mě napadlo, že jeho stav asi není moc příznivý. Potom ho naložili a odvezli. V hlavě mi utkvěla poslední věta,

kteřou mi řekl. Všechno to člověku proběhne hlavou, celý společný život. Bylo mu špatně a měl starost, ať dobře opatřím domácnost. Když mu bylo nejhůř, přemýšlel nad tím, jak budu hospodařit. Budu si to pamatovat dokonce života.“

Mohla byste popsat průběh nemocniční péče o Vašeho blízkého?

„Manžel byl nejdřív na ARU. Byla to celkem dlouhá doba, přibližně osm týdnů. Manžel to měl komplikovanější, celkově ten průběh. V nemocnici upadl do bezvědomí a potom byl přibližně dvanáct dní v umělém spánku. Každý den jsem za ním jezdila a čekala, až se pohne nebo probudí a jak bude vypadat. Celkové selhání zasáhlo taky orgány, protože už je tady ten věk. Manžel byl celý život kuřák, to možná ještě všemu přidalo. Měl taky poškozené polykání. Nemohl být vyživovaný infuzemi dlouhodobě, tak mu provedli tracheostomii. Zavedli mu trubičku do krku, přes kterou byla zajištěna jak výživa, tak tekutiny. Asi nejhorší pro něj i pro nás byla změna myšlení a porucha mluvení. To manžel velmi špatně snášel. Ze začátku se s ním vůbec nešlo domluvit, protože nedokázal odpovédět a to ho hrozně vytáčelo.“

„Potom byl krátký čas na JIP a pak, když byl lepší, ho přeložili na internu. Na interně byl také dlouhou dobu, ale zdálo se mi, že tam takové pacienty často nemívají. Nevím, jak je to přesně zařizené. Manželovi potom zrušili přístup přes krk a zavedli mu přístup přímo do žaludku a podávali stravu Janettkou. Postupně mu začali podávat jídlo i klasicky, aby se polykací reflex obnovil. Poslední oddělení, na kterém byl hospitalizovaný, byla LDN. Tam jsem viděla, že to nikam nevede, bylo to čím dál víc horší. On to prostředí celkově špatně vnímal. Rozhodla jsem se, že si manžela vezmu domů. Jenomže lékaři mi to nedoporučili. Tak jsem čekala a chodila přemlouvát, až mi to dovolili a mohla jsem ho vzít domů.“

Našli jste vhodný způsob pro komunikaci s manželem?

„Ze začátku nám to moc nešlo. Mluvili jsme na něj, snažili jsme se mu všechno objasnit. Po vyndání tracheostomie měl podrážděné hlasivky. Navíc měl poškozené přímo řečové centrum. Postupně zvládal komunikovat pomocí gest. Snažila jsem se pokládat jednoduché otázky, aby měl variantu ano a ne. Například jsem se zeptala, jestli je mu zima. Zavrtěl hlavou, jako že ne a hned bylo jasno. Později jsme zkoušeli psát, ale to manželovi moc nešlo. Dokonce mám schovanou první větu, kterou mi chtěl něco říct, ale napsal

jenom klikyháky. Postupně se to zlepšovalo. Také to mluvení, třeba jednoduchá slova zvládl říct, sice ta srozumitelnost byla horší, ale byli jsme za to rádi.“

Usnadnila jste Vy sama dorozumívání mezi ošetřovatelským personálem a manželem?

„Myslím, že ano. Přece jen žijeme s manželem spolu celý život. Dobře ho znám a poznám, jak se cítí, třeba jen podle výrazu tváře. I když se manžel po té nehodě trochu změnil. Sestřičky když věděly, že jsem přišla, mě požádaly, ať manželovi předám informace, nic zásadního, spíš jen, že má další den vyšetření a tak. Občas se stalo, že manžel nechtěl spolupracovat. Sestřička šla semnou a já manželovi domluvila.“

Byla jste spokojena s přístupem a péčí sester o Vašeho blízkého při hospitalizaci v nemocnici?

„Ano. Já si nemohu stěžovat. O manžela se staraly dobře i přes jeho negativní přístup. Na té JIP už s ním i pracovaly, posazovaly ho a cvičily s ním na lůžku. Na ARU a JIP jsem byla nadmíru spokojená, všechno bylo prostě úžasný. Péče je tam opravdu moc dobře zařízená. Řekla bych, že se tam měl manžel jak v bavlnce a dostaly ho z toho nejhoršího. Na interně jakbysmet. Jen LDN byla horší, tam byla péče slabší. Nevím, jestli neměly čas, protože tam bylo s manželem na pokoji hodně ležících. Sice s ním občas cvičily, chodil tam fyzioterapeut, ale objevila se u něj proleženina na patě. Celkově jsem ale byla spokojená i v LDN se všichni chovali k manželovi dobře.“

Měla jste zájem se podílet na péči o Vašeho blízkého v průběhu hospitalizace?

„Na začátku mě to ani nenapadlo, protože to zdravotní stav manžela nedovoloval. Ošetřovatelskou péči dělaly sestřičky, a já jsem jen s manželem trávila volný čas. Byla jsem u něj, i když byl v umělém spánku, jednou nebo i dvakrát denně, držela ho za ruku, někdy jsem na něj mluvila, třeba mu i četla. Když se potom probрал, povídala mu běžné věci, které jsem dělala během dne, koho jsem potkala. Snažila jsem se mu dodávat energii a podporovat ho, protože pro něj ten stav vůbec nebyl lehký. Spíš bych se přirovnala k psychické opoře, než abych se přímo podílela na péči. Potom až později jsem manželovi zkoušela podávat jídlo, třeba jogurt, když měl na něj chuť. Postupně jsem se začala na péči podílet.“

Měly sestry zájem Vás do péče zapojit?

„Ani ne, myslím, že se mi nikdy na žádném oddělení nestalo, aby se mě sestry zeptaly, jestli chci manželovi nějakou věc udělat. Když jsem se zeptala já, tak mi to umožnily. V nemocnici jsem se pokoušela manželovi pomoci při jídle, nebo jsem mu dávala napít. Sám jíst mohl, tak bylo důležité dávat pozor, aby se nezadusil.“

Co Vás vedlo k tomu si blízkého vzít do domácího ošetřování?

„Vidět manželův stav v LDN, který nikam nevedl, to byl právě ten impulz. Uvědomila jsem si, že mu chci věnovat energii a péči sama. Myslela jsem si, že mu udělá dobře známé domácí prostředí. Nebude agresivní, zklidní se a rehabilitace půjde snadněji. Nejdříve mi rodina a kamarádky říkaly, ať to nedělám, že jsem blázen, když chci sama o manžela pečovat. Chodily mi esemesky od známých, snažili se mě odradit. Já si ale pořád vedla svou. Mojí spřízněnou duší byla moje známá, která pracovala před lety na ARU a ubezpečovala mě, že to bude dobré. Další byla moje kamarádka, která mi po návštěvě u manžela řekla: Věro, jestli máš dost sil, vezmi si ho domů, nekoukej napravo ani nalevo, máš to v sobě, ty to zvládneš.“ Dnes jsem moc šťastná, že jsem si svůj názor uhájila a jsme tu s manželem spolu.“

Ovlivnila sestra Vaše rozhodnutí domácího ošetřování blízkého?

„Když jsem jim řekla svůj záměr, tak se začátku byly skeptické, protože mi to doktor nedoporučil. Říkaly, že je péče pro jednoho ošetřovatele náročná. Ale pořád mi nechaly naději. Když jsem se ptala, jak to s manželem vypadá a jestli doktor něco neříkal, jejich reakce byla, ať počkám, že to určitě půjde. Chodila jsem obden tlačit na pana doktora a nakonec mi doporučil domácí péči zajištěnou sestřičkami z agentury. Zajásala jsem a hned se informovala ohledně pomůcek důležitých pro péči. Sestra mi doporučila, ať se zeptám v agentuře domácí péče, že mají i službu půjčovny pomůcek. Pak už jsem si mohla manžela vzít domů.“

Edukovaly Vás sestry před propuštěním manžela do domácího ošetřování?

„Vyloženě, aby mi někdo řekl, ať se jdu podávat na péči, abych zvládla co je třeba, to ne. Něco jsem odkoukala na té LDN. Na předchozích odděleních vždycky, když jsem byla u manžela na návštěvě a sestry chtěly něco udělat, požádaly mě, ať odejdu. Na LDN tomu tak nebylo, nikdo se mojí přítomností nezabýval. Jednou jsem přišla a zrovna byl

v pokoji sanitář a chtěl s manželem chodit. Vysvětlil mi, že dostanu chodítko domů a ukázal mi, jak se má postel nejdřív snížit tak, aby se manžel dobře mohl posadit. Celou rehabilitaci v ten den jsem absolvovala s nimi. Také jsem viděla sestru, jak podává manželovi hadičkou do žaludku výživu. Z toho jsem měla trochu obavy, zeptala jsem se tedy sestry, jestli to zvládnou. Řekla mi: „Jo to zvládnete.“ A tím mi dodala odvalu.“

Nabídla Vám sestra možnost si zkusit podání jídla pomocí Janettovi stříkačky?

„Ne, v nemocnici ne. Nevzpomínám si, že by tomu tak bylo.“

Jak probíhala péče o blízkého v domácím prostředí s pomocí všeobecných sester z domácí péče?

„Sestřičky byly skvělé, střídaly se u nás dvě pravidelně každý den. Když bylo nejhůř, poprosila jsem telefonicky naši praktickou doktorku. Vždycky mi vyšla vstříc a přišla se na něj podívat. Sestřičky sem jezdily nejdřív třikrát, později dvakrát a po čase jednou denně. Přijela vždy jedna sestra ráno po osmé hodině a pomohla mi manžela vykoupat a vyměnit pampers. Změřila manželovi tlak a převázala proleženinu na patě. Pak jezdila kolem oběda, přibližně v půl jedné a podávala manželovi jídlo do PEG stejně jako ráno a večer. Večerní návštěva byla většinou nejkratší, sestřička dala manželovi výživu, zeptala se, jestli nepotřebujeme pomoci s mytím a zkontrolovala manžela, aby bylo všechno v pořádku. Během pár týdnů mě to s Janettkou naučila a zvládala jsem to sama. Stejně jako s vyměňováním pleny. Toho jsem se sice nebála, ale manžel zezáčátku nechtěl, abych to dělala, musela jsem odejít vždycky pryč. Po čase pochopil, že je lepší, abych i plenu měnila já, protože nejsme limitováni časem sestřiček. Možná taky překonal stud.“

Jakým způsobem Vás sestra z domácí péče edukovala?

„Pořád jsme si při péči povídaly, to mi hodně pomáhalo a všechno mi ukazovala. Vždycky mi přesně řekla, jak se co dělá a předvedla to. Po čase mi nabídla, ať si to zkusím, a radila mi v jednotlivých úkonech. Třeba když připravovala manželovi jídlo, byla jsem u toho s ní a i při samotném podání do hadičky. Řekla, že je třeba hlavní jídlo rozmixovat a potom propláchnout, aby se dodržela průchodnost a čistota. Manželovi jsem podávala i běžnou stravu. Museli jsme cvičit polykání, u toho se mnou sestřička byla jen na začátku vždycky před podáním do břicha. Důležité bylo, stejně jako v nemocnici, aby seděl a pomalu to

zkoušel a taky zapíjel. Když se dusil, počkali jsme chvíli. Polykání nám stále dělá problémy, ale už je to lepší. “

Jakým způsobem probíhala rehabilitace v domácím prostředí u vašeho blízkého?

„Manžel rehabilitoval už v nemocnici a tím pádem měl zájem pokračovat i doma. Měl už trochu zajatý režim. První týdny jsme cvičili hlavně na posteli a posazovali. Pak mi sestra pomáhala manžela přemístit do křesla. Teď přesun zvládá skoro sám. Cvičili jsme nohy i ruce s pomocí gumy, kterou jsme natahovali. Důležité bylo chození. Zkoušeli jsme to pomalu po kouskách s chodítkem a teď už zvládáme delší trasu i mimo dům. Nejhorší bylo naučit manžela znovu mluvit a psát. Mluvení zvládl částečně v nemocnici, ale stejně si nepamatoval významy slov. To byla někdy sranda, bylo mu jedno, jestli je to kilo nebo metr. I teď se tomu často smějeme. Každý den trénujeme, dávám mu různé otázky, třeba jednoduché, jako například kdy se narodil. Když uvařím oběd a jdeme jíst, třeba vystřelím otázku jako pro malé dítě, „Co to je?“, tak takové hraní je u nás na denním pořádku. Psaní nám šlo hůř, v nemocnici jsme používali psaní, aby manžel mohl s námi komunikovat, ale až po čase to bylo k přečtení. Ještě mám skované ty první lístečky a porovnáváme, jak se manžel zlepšuje. “

Vyskytly se nějaké komplikace v průběhu domácí péče o vašeho blízkého?

„Ano, dvakrát byl manžel zase zpátky v nemocnici. Nejdříve když se mu opět se mu špatně dýchalo a měl teplotu. Zavolala jsem paní doktorku, ta hned přijít nemohla, tak jsem rovnou volala 155. Manžel dýchal hlasitě a hodně do břicha. V nemocnici zjistili, že má vodu na plicích. Nechali si ho tam asi dva týdny, teď jsem za ním opět jezdila. Ten stav se upravil celkem rychle, to jsme byli rádi. Podruhé manželovi rušili výživu do břicha a to bylo to pravé vítězství. Teď už jíme celkem dobře, akorát to trvá déle. Prostě na to musíme mít více času. Manželovi se tvoří hleny, tak často odkašlává. Musím stále kontrolovat, co mu dávám a aby hodně zapíjel. “

Byla pro Vás spolupráce se sestrou důležitá?

„Samozřejmě. Už v nemocnici mi sestřičky povídaly, jak probíhá péče u manžela. Hezky se o něj staraly. Mě nebraly na lehkou váhu a to mi vyhovovalo. Co se týče následné domácí péče, to bylo nezbytné. Manžel potřeboval docela dlouho odbornou péči, kterou jsem já nezvládala, sestřičky byly moc hodné a se vším mi pomohly. Ránu na patě jsem

nemohla sama převazovat. Až později jsem vyzkoušela heřmánek, protože věřím bylinkám. Sestřička mi řekla, že tím zkazit nic nemůžu. Poradila mi, ať ho vylouhuji. Odvar jsem nechala zchladit a patu jsme koupali. Myslím si, že se mi to dařilo, protože nám pomohl ránu zahojit.“

Jak byste zhodnotila spolupráci sestry s Vámi?

„V nemocnici ta spolupráce tak velká nebyla. Sestřičky neměly čas jen na nás. Děly vše odborně, jak se má, podle postupů. Ale jinak byly vstřícné, nemůžu si na ně stěžovat. Více jsem spolupracovala se sestrami z domácí péče. Hodně mě toho naučily. Možná to bylo i mnou, protože jsem měla zájem se o manžela starat sama.“

Co pro Vás bylo v průběhu péče o Vašeho blízkého nejtěžší?

„Nejtěžší byl psychický stav manžela po celou dobu a změna jeho osobnosti. V nemocnici nechtěl spolupracovat, měl hrozné nálady. Doma na mě i řval. Já jsem to těžce nesla, i když jsem chápala, že se musí vybit, protože mu nic nejde. Moc se zlobil, když mu nešlo něco vyslovit a nerozuměli jsme mu. Nemohl si vzpomenout na správná slova. Teď už není tak zlý při těch záchvatech. Já vím jak na něj. Snažím se vše řešit dobrem. Vždycky se na něj usměju, nebo mu řeknu něco hezkého, nečekaného a to ho odzbrojí. Oplatí mi úsměv a vše je dobré. Snažím se to zvládat, ale někdy to není ideální. Když je mi nejhůř, vezmu kolo a pejska, nebo trochu máknou pěšky a jdu do lesa. Kdyby jen na půl hodiny, moc mi to pomáhá. Máme tu vrt s pitnou vodou, vyvěrá volně v přírodě a já tam chodím pro vodu. Alespoň mám nějakou záminku a mohu být chvíli sama. Také pro mě nebylo lehké, jak mě zezacátku odmítal, mou péči v některých věcech. Cítala jsem bezmoc a vinu, že mu nemohu nabídnout všechno, co potřebuje. Dívat se na manžela, jak se trápí, pro mě bylo velmi těžké. Ale pořád se snažím mu dávat energii a radost.“

Jak se změnil Váš život po onemocnění Vašeho blízkého?

„Celý život se změnil. Člověk musí přizpůsobit svoje potřeby tomu druhému. Den trávím s manželem, dříve jsme měli každý své aktivity. Samozřejmě jsme čas trávili i společně, starali jsme se o zahrádku, jezdili jsme na rodinný statek, kde chováme ovce. Teď tam jedu sama jednou za dva dny jen doplnit krmení a zkontrolovat dobytek, jinak to nejde. Jednu malou ovečku matka odvrhla, tak jsem si jí vzala sem domů. Manžela dokázala krásně rozveselit. Někdy jsem nechala otevřené dveře a ona přišla až dovnitř, jinou potvoru bych vyhnala. Bylo to něco neuvěřitelného, když se manželovi rozzářily oči.“

Vše najednou bylo jako dřív. Přesně takové věci manžel potřebuje. Kolikrát se na mě zlobí, vlastně na sebe, ale já jsem ten hromosvod. Stačí se na něj usmát, nebo mu říct jakoukoli hloupost a je vidět, jak si to pěkně uvědomí. Takový náš vztah nikdy nebyl. Sice jsme spolu čas trávili, ale žili jsme vedle sebe a ne spolu. Teď vkládám veškerou energii do našeho společně tráveného času. My si spolu povídáme, hrajeme si při cvičení, dávám mu různé kvízy. Je to báječné. Sice jsem nikdy nikomu nic špatného nepřála a nepřeji, už vůbec ne mým blízkým, ale teprve manželova nemoc nám otevřela oči a my jsme spolu šťastnější a spokojenější. Cítím, že se náš společný vztah se změnil.“

7.1.2 Shrnutí rozhovoru paní Věry

Paní Věra popisuje, že její manžel byl v době akutního onemocnění v těžkém stavu. Největší problém se objevil s poruchou manželova mluvení a myšlení. To sešlo významný propad v psychickém stavu nejen pacienta, ale také jeho ženy. V cestě za navázáním komunikace s manželem nejdříve využívali vhodné otázky a gesta, později psaní. Velmi pozitivním okamžikem pro Paní Věru bylo, že sama přispěla pomocí sestřím, které jí žádaly o spolupráci, když potřebovaly předat pacientovi informace, nebo když manžel nechtěl spolupracovat. Pro zlepšení stavu a obnovení polykacího reflexu došlo k odstranění tracheostomie a následnému zavedení PEG. Výživa byla podávána sestrami nejen do PEG, ale také se stimulovalo polykání stravou per os. Dalším oddělením po kompenzaci stavu bylo oddělení LDN. Paní Věra vnímala nejen manželovu psychickou nepohodu, ale také zhoršení zdravotního stavu. V LDN došlo ke zhoršení stavu pana Jaroslava a k vytvoření dekubitu na patě. Respondentka navštěvovala manžela v průběhu hospitalizace každý den, trávila s ním čas a podporovala ho. Podílet se na péči ji zpočátku nenapadlo, dospěla k tomu až v průběhu času. Uvádí, že jí sestry nikdy do péče nezapojily, jen když ona o to měla zájem. Paní Věra chtěla změnit zdravotní stav manžela, který se v LDN zhoršoval, a proto se rozhodla pro domácí ošetřování. Většina známých ji odrazovala, ale s dodáním sebevědomí od kamarádek si nakonec prosadila svůj názor. Paní Věru před odchodem manžela z nemocnice nikdo ze sester needukoval, ale náhodným odkoukáním péče od sester a strávením manželovy rehabilitace s fyzioterapeutem si odnesla alespoň základní poznatky. Manžel paní Věry odcházel do domácí péče s vyživováním přes PEG, ale bohužel jí nikdo nenabídl si vyzkoušet podání stravy pomocí Janettovi stříkačky. Pro paní Věru i pro jejího manžela probíhala domácí péče skvěle. Sestry ze začátku prováděly běžnou péči samy, ale později respondentku edukovaly, aby se ona mohla sama více na péči podílet. K edukaci v domácí péči docházelo pomocí

rozhovoru a praktických ukázek. Později paní Věra pracovala pod vedením sestry sama. Sestra vysvětlila zásady podávání stravy do PEG, ale také per os. Důležitost spolupráce paní Věra uznává zejména v průběhu hospitalizace a hlavně při komunikaci se sestrami. V domácí péči jí sestry naučily jak správně pečovat o manžela. Také díky jejich konzultaci vyzkoušela na hojení manželova dekubitu koupání v heřmánku. Došlo k jeho zhojení. Paní Věra se v průběhu hospitalizace manžela nesešla s velkou spoluprací ze strany ošetrovatelského personálu s ní. Sestry z agentury domácí péče hodnotí kladně. Hodně jí toho naučily. Uvádí, že za spolupráci v domácím prostředí možná mohl její zájem. Paní Věra cvičila s manželem pohyblivost pomocí pomůcek a také procvičovat mluvení a myšlení pomocí kvízů a otázek. Ty dotazovaná ráda pro manžela vymýšlí. Při posazování do křesla zezáčátku spolupracovala se sestrou. Z počátku jí trápila bezmoc, nevěděla jak manželovi pomoci. Trápil ji také manželův psychický stav a jeho změna osobnosti. Svěřuje se, že na ni doma křičel, hlavně v souvislosti s poruchou myšlení a nemožností si vybavit správná slova. Paní Věra se problémy snaží řešit dobrem a pozitivním přístupem, a to prý na manžela platí. Obtížné situace zvládá procházkami v přírodě. Manželům se po onemocnění změnil celý život. Dříve netrávili tolik času spolu, spíš jen žili vedle sebe. Volné chvíle věnují společnému cvičení, či hraní nebo si povídají. Nyní má Paní Věra pocit, že si spolu s manželem skvěle rozumí, mají krásný vztah, cítí se báječně.

7.2 Anamnéza druhé pacientky

Paní Marie

Paní Marie prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodu v srpnu 2015. Žije v bytě se svým manželem a mají jedinou dceru. Dříve pracovala jako ekonomka v sociálních službách, nyní je v důchodu stejně jako její manžel. Pacientka aktivně nikdy nesportovala, veškerý čas věnovala manželovi a dětem, proto bylo jejím koníčkem vaření. V dětství prodělala běžné choroby, od důchodu trpí hypertenzí. Rodinná anamnéza odhaluje hypertenzi a následné úmrtí na infarkt jejího otce.

7.2.1 Rozhovor s pečujícím z rodiny

Paní Andrea

Paní Andrea je dcerou paní Marie. Pečuje o svoji matku, která prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodu. Paní Andrea žije s manželem a s jejich dvěma dětmi v bytě. Pracuje jako recepční a většinu volného přízpůsobila nemoci své matky

a tráví čas s ní. Ošetrovatelskou péčí u paní Marie zajišťuje vzhledem k jejímu postižení mimo paní Andreu i agentura domácí péče.

Byla jste u blízkého v době prvních příznaků cévní mozkové příhody, jak byla poskytnuta první pomoc?

„Pamatuji si to jako dnes. Mamince jsem v ten den volala na mobil. Bylo odpoledne a měly jsme se domluvit, co bude chtít nakoupit na následující týden. Do telefonu mluvila tiše a pomalu, zdála se mi po hlase nějaká divná. Začala jsem vyzvídat, jestli se něco doma nestalo. Vůbec mě nenapadlo, že by na tom mohla být špatně zdravotně. Myslela jsem si, že se spíš nepohodli a tátou. Snažila jsem se zjistit, co se stalo, ale mami mi nic nechtěla říct, jen povídala, že je to dobrý. Jenže nebylo. Mami mě poprosila, jestli nenecháme nákup na jindy, že je unavená a malátná. Chtěla si jít lehnout. Řekla jsem, ať si odpočine, že se večer zastavím. Když jsem přišla po práci k rodičům do bytu, táta byl v křesle u televize. Ptala jsem se, co dělá mami a jak je na tom. Odpověděl mi, že jí nebylo dobře a je v posteli. Šla jsem se tedy na ni podívat. Maminka ležela v posteli, pod hlavou měla hodně polštářů a nereagovala na mě. Nevěděla jsem, co mám dělat. Napadlo mě ji odkrýt a zkusit ať se posadí. Dnes vím, že jsem měla hned zavolat sanitku, ale tenkrát jsem byla mimo. Jenže mami sice otevřela oči a chtěla něco říct, ale to bylo celé. Pak už vím jen, že jsem rychle popadla mobil a volala jsem záchranku. Ještě jsem rychle řekla tátovi, ať jde k ní do ložnice. Pak už jen pokyny ze záchranky a starost hrůza. Dělal jsem, co mi řekli. Přijeli během chvíle, to jsem byla moc ráda, ale přišlo mi to jako věčnost. Doktor přijel první a pak záchranáři. Maminku vyšetřili, pak naložili na nosítka. Doprovodila jsem je k sanitě a odjeli. Dnes bych to udělala jinak, přece jen první zkušenost se záchrankou.“

Byla jste spokojena při prvním kontaktu se zdravotnickou pomocí?

„Jako první kontakt musím počítat až sestry na ARU, protože si moc z toho dne, kdy se to stalo, už nepamatuji. Záchranku jsem vypustila z hlavy, pamatuji si jen to, jak vypadala mami. Jeli jsme do nemocnice hned ráno. Maminka spala, tak jsme využili času a zeptali se sester, jestli nám může o zdravotním stavu něco říct lékař. Bez problémů nám sestřička doktora zavolala. Říkal, že měla maminka štěstí, zavolali jsme za pět minut dvanáct. Tím pádem jsem si myslela, že pro nás nemá dobré zprávy, ale vlastně z celého rozhovoru vyplynulo, že tomu budeme muset dát čas a uvidíme.“

Mohla byste popsat průběh nemocniční péče o Vašeho blízkého?

„Nejdřív byla maminka právě na ARU. Byla hodně zesláblá, ale mohla s námi mluvit, to bylo skvělé. Vždycky jsme si povídali jen chvíli, protože musela hodně odpočívat. Maminka byla ochrnutá ze začátku úplně, celé tělo. Měla v sobě všechny ty hadičky a jen ležela. Pak nás po čase čekal překlad na neurologickou JIP. Maminka na tom byla špatně hodně po fyzické stránce, psychicky to docela šlo. Cvičením se vlastně docílilo, že mohla hýbat rukama, celkem dobře, nohy byly slabší. Ani jsem nevěřila, že ten pokrok může být v průběhu týdnů tak vidět. To bylo díky tomu intenzivnímu cvičení. Pak to přišlo. Mami už nemohla být na klasickém oddělení, říkali, že už byla dobře kompenzovaná a dali jí na LDN. Moc se mi to nelíbilo, ale vysvětlili nám, že je to prozatím nejlepší řešení, že se domů ještě vrátit nemůže. Tenkrát nás sestra ujišťovala, že v LDN taky s pacienty cvičí a že nic nezanedbají. Kdybych to tenkrát věděla, našla bych jinou možnost. Maminka se na oddělení začala zhoršovat. Když jsem přišla na návštěvu a viděla jí na posteli, bylo mi do pláče. Během dvou týdnů z ní udělali opět jen ležáka. Také prodělala zánět močového měchýře, protože měla močovou cévku. Jednou jsme našli pytlík, do kterého se moc sbírá u mami v posteli. Když se taková věc stane, to přece nejde nepochybovat o kvalitě péče. Aby toho nebylo málo, udělala se jí na kostrči proleženina. Bylo to hrozné, vidíte maminku, jak se po těžké nemoci dává dohromady a najednou razantní zhoršení stavu. Nemohla jsem jinak, než požádat, aby mohla domů. Mám kamarádku, která pracovala v domácí péči, tak mi to poradila.“

Jak byl řešen zánět močového měchýře v souvislosti se zavedením močového katetru Vaší matce?

„Podstoupila vyšetření, když si stěžovala na bolesti v podbřišku. Všimla jsem si, že i barva té moči v pytlíčku byla taková jiná. Odstranili matce cévku, odebrali vzorky a tak přišli na zánět. Lékař jí doporučil více pít, předepsal léky a také už močila jen do pleny. Za pár dní jsme podepsali revers a odvezli maminku domů. Byla jsem moc ráda. Zánět během celkem krátké doby ustoupil a už nás nic horšího nepotkalo.“

Byla jste spokojena s přístupem a péčí sester o Vašeho blízkého při hospitalizaci v nemocnici?

„První oddělení bylo perfektní. Sestřičky byly skoro stejně staré jako já, tak jsme si dobře rozuměly. Do nemocnice semnou jezdil manžel i děti a kromě toho, že nás ze začátku

dovolili jen krátké návštěvy, bylo opravdu špičkové. Sestřičky byly na maminku hodné, ona spolupracovala, dělala jim radost. Cvičila pečlivě s fyzioterapeuty. Byla to moc hezká setkání, protože jsme se mohli po čase u cvičení být. S maminkou jsme se hodně nasmáli, když jí nějaký cvik nešel hned. Nevím, kde se to v ní vzalo. Maminka bývala vždycky jako šedá myška. Ale hned ze začátku pochopila, že se to zlepší, jen když se bude ona sama snažit. Škoda, že nám přišla do cesty ta LDN. To se opravdu nemělo stát. Já vždycky byla z těch sester vytočená. K mamince se chovaly, jako kdyby si všechno zvládla udělat sama. Ráno jí položily umyvadlo k posteli, a když se sama nezvládla umýt, byl to její problém. Sama jsem potom chtěla péči dohánět, když to jinak nešlo. Odpoledne jsem maminku chodila pomáhat umýt. Sestrám se to vůbec nelíbilo, taková nadstandardní péče. Když jsem prosila o půjčení umyvadla poprvé, vůbec se semnou nechtěly bavit. Já nevím, všechno je to o lidech, možná přidává i prostředí takového oddělení. Nicméně si myslím, že pokud má sestra dát pacientům to nejlepší, rozhodně by měla mít trochu citu. O polohování ani nemluví. Maminka byla věčně ve stejné poloze. Když jsem sestry prosila, aby maminku polohovaly na boky, sice to udělaly, ale očividně to byl také velký problém. Pak přišla ta proleženina a já byla bezmocná. Pak jí bolelo i ležet. Mamince jsem pomáhala s jídlem asi taky jen já, protože hodně zhubla. Prostě se mi ta péče v LDN vůbec nelíbila.“

Snažila jste se vysvětlit sestrám svou nespokojenost?

„Asi dvakrát na začátku, když maminku do LDN přeložili. Hned druhý den se mi zdálo, že má maminka špinavý obličej od jídla. Tak jsem se jí otevřeně zeptala, kdo jí pomáhal jíst. Maminka se mi svěřila, že to zkoušela sama, protože nikdo nepřišel a umazala si pusou, kterou jí později nikdo neutřel. Nejdříve jsem se chtěla domluvit, upozornit na to, že maminka sama úkony ještě dokonale nezvládá a potřebuje pomoc. Sestrám jsem to vysvětlila a ony mi slíbily, že na to dohlédnou. Jenže se situace opakovala. Maminka měla sice čistý obličej, ale celkově třetí den zapáchala. Maminka se hodně potila. Když jsem přišla, byla ve stejné košili jako předchozí den, přestože měla ve věcech čistou. Opět mi oznámila, že se nic nedělo. Znovu jsem šla řešit situaci, poněkud důrazněji, ale žádná odezva. Bylo mi oznámeno, že se mi to zdá, maminka krásně spolupracuje a vše je v nejlepším pořádku. Chtěla jsem jí tedy pomoci s mytím sama. Sestry mi půjčily, co jsem potřebovala, ale moje nespokojenost se jim nelíbila. Dál už jsem se snažila maminku opatřit sama.“

Měla jste zájem se podílet na péči o Vašeho blízkého v průběhu hospitalizace?

„Určitě jsem měla zájem. Kdykoli jsem mohla, tak jsem něco udělala. Sestřičky z intenzivní péče si dělaly sice skoro všechno samy, ale byly rády, že maminku třeba nakrmím, dám jí napít. Taky jsem pomáhala při rehabilitaci. Prostě co se našlo, když jsem u matky zrovna byla.“

Měly sestry zájem Vás do péče zapojit?

„Ano, byly rády, že za maminkou často chodíme. Přišly a požádaly mě, normálně, hezky nenuceně. Myslím si, že viděly náš hezký vztah. Na návštěvu jsme chodili celá rodina, manžel, děti, dokonce někdy i náš tatínek. Byla jsem ráda, když se sestřička třeba zeptala, jestli pomohu maminku nakrmit, nebo na ni alespoň s jídlem dohlédnu. Jednou jsem dokonce kapala do očí. To bylo zajímavé, protože přišla taková milá sestřička a vyptávala se mě, jak se máme a podotkla, jak se pacientka velmi zlepšila. Maminka řekla, že je to také díky mě a na ten popud se mě sestřička zeptala, jestli nechci zkusit kápnout mamince do očí. Chvilí jsem váhala, ale nakonec jsem řekla: „Proč ne, jen jestli bude mami chtít.“ A tak to postupovalo, až jsem si v LDN řekla, že to chci zkusit doma se sestřičkami.“

Co Vás vedlo k tomu si blízkého vzít do domácího ošetřování?

„Maminka byla vždycky moc hodná a skromná. Je to taková dobrá duše, radši by sama trpěla za druhé. Mně jí přišlo tak líto. Často se mi o ní zdálo a sny pro mě hodně znamenají. Však v nich nebylo nic hezkého. Měla jsem pocit, že mám daný úkol a to oplatit péči mamince. Nesnesla jsem pohled na ni v průběhu poslední hospitalizace. Takhle přece moje vlastní matka nemohla skončit. Musela jsem s tím něco dělat, dokud to šlo.“

Ovlivnila sestra Vaše rozhodnutí domácího ošetřování blízkého?

„Ano, právě ta moje známá z agentury domácí péče. Párkrát jsme spolu byly na kávě a vyprávěla mi odstrašující případy z nemocnice. Byla toho názoru, že má člověk být, pokud to jde, doma a ne v LDN. Její názor se mi líbil. Samozřejmě jsou případy, kdy je to nevyhnutelné, ale to se netýkalo nás. Dle mého názoru bylo všechno lepší než léčebna. Motivovaly mě také sestry v nemocnici. Dodávaly mi sebevědomí a já věděla, že se s pomocí sester z domácí péče zvládnou o maminku postarat.“

Edukovaly Vás sestry před propuštěním blízkého do domácího ošetřování?

„Nemyslím si, že by sestry v LDN, odkud maminka odcházela, měly chuť mi podávat nějaké rady.“

Jak probíhala péče o blízkého v domácím prostředí s pomocí všeobecných sester z domácí péče?

„Sestřičky po propuštění z nemocnice chodily k rodičům do bytu dvakrát denně a střídaly se. Já byla u maminky, když jsem měla volno a prakticky každý den od tří hodin po práci, až do večera, než jsem maminku uložila. Někdy jsem měla kratší směnu, nebo volno. Sestry ráno zajišťovaly hygienu, měnily plenu, potom na lůžku trochu cvičily. Někdy opatřovaly nějaké speciální věci, například vyzvedávaly léky a mastičky, které doktor předepsal. Měly také hodně práce s převazováním proleženiny na kostrči. Doma nám pomáhá polohovací postel z agentury. Nebude to úplně levná záležitost, ale matce hodně pomůže. Dřív jsme tu měli i nafukovací matraci, ale od té doby, co se záda zhojila, ji nepotřebujeme. Maminka je zvyklá často měnit polohy, aby ji nebolely kyčle, protože není tolik pohyblivá, pomocí ovladače si zvládne zvednout pod hlavou nebo pod nohama. Občas jsem se potkala se sestrami a popovídaly jsme si, jak se nám péče daří. Pokud jsem sama něco nevěděla, vždy mi ochotně podaly radu. Za celou dobu domácí péče jsme měly jen jedno dilema. Chtěla jsem maminku každý den posazovat do křesla. Maminka nezvládala chůzi, nejsme zařízeni pro takovou rehabilitaci a sama to nezvládnou. Sestřičky sehnaly klasický vozík a na něm už bylo celkem snadné maminku přemístit. Bylo to hezké například si dát v obýváku kávu, nebo přijímat návštěvy mimo postel. Na vozíku jsme začali dělat i hygienu. Je to pro ni lepší, než na lůžku.“

Neuvažovali jste o možnosti pobytových rehabilitačních programů pro osoby po mozkové příhodě?

„Napadlo nás to, přesněji mého manžela. Moc se mi to nelíbilo, chtěla jsem mít její péči pod dohledem. Přes to jsem se jednou mami zeptala, vysvětlila jsem, že složitější rehabilitaci doma nezvládneme. Hlavně, že by jí pomohli s chozením. Mamince se návrh nelíbil, chtěla být doma a od té doby jsme to neřešili.“

Jakým způsobem Vás sestra z domácí péče edukovala?

„Asi ve všem si myslím, protože jsem začínala od nuly. Takové ty běžné věci jsem zvládla, krmit, umýt to ano. Ostatní věci co se týče rehabilitace nebo polohování, to mi sestry ukázaly.“

Jakým způsobem probíhala rehabilitace v domácím prostředí u vašeho blízkého?

„Rehabilitace u nás není klasická, jako například byla v nemocnici. Žádného fyzioterapeuta domluveného nemáme. Sestry z domácí péče mi daly nějaké typy, poradily, co vyzkoušet. Myslím, že maminka hodně cvičí nácvik každodenní rutinní péče, když nám sama pomáhá. Zvládá si s pomocí umýt některé části těla. Kupodivu zvládá čištění zubů a za to jsem velmi ráda. Profesionální cvičení neděláme, ale máme různé předlohy, letáky a brožury. Podle nich já ukazuji a obě cvičíme. Je to zábava. Můj otec na nás někdy kouká, povídá, že jsme účinné baletky. Mami to vždy zlepší náladu. Když je úzkostná, jdeme cvičit a hned se to spraví.“

Vyskytly se nějaké komplikace v průběhu domácí péče o vašeho blízkého?

„Komplikace u nás neexistují. Doufám, že ani nenastanou. Všechno zvládáme méně nebo více, záleží také na tom, jak se matka cítí.“

Byla pro Vás spolupráce se sestrou důležitá?

„Bez spolupráce se sestrami by nemohla být maminka doma. Potřebovala jsem a stále potřebuji pomáhat ve svém snažení. Máme před sebou ještě velký kus práce. Zatím se nám daří, maminka se má skvěle. Přála bych si, aby nám vydržely dobré vztahy i nadále. Když vezu maminku do nemocnice na kontrolu, setkáváme cestou známé tváře, které zajímá, zda se nám daří dobře. Taková setkání nám dodávají energii. V nemocnici byly sestry vlastně takové prostřednice mezi naší rodinou, a dalším personálem nebo lékařem. Stačilo se zeptat sestřiček a poskytly nám veškeré informace, které mohly. Páni doktoři byli také úžasní. S lidmi, kteří jsou na svém místě, se hned lépe spolupracuje.“

Jak byste zhodnotila spolupráci sester v domácí péči s Vámi?

„Myslím, že by mi stačila dvě slova. Dobrá práce. Doufám, že sestřičky mají ten samý pocit jako já. Ukazatelem toho, zda se nám daří nebo ne, je maminka.“

Co pro Vás bylo v průběhu péče o Vašeho blízkého nejtěžší?

„Krutý pohled jsem si prožila v LDN. Dobře, že jsem šla maminku navštívit sama. Byl čas návštěv a sestra zrovna převazovala proleženinu na zádech. Ten okamžik si budu pamatovat už pořád. Hlavně, že jsme to přestáli. Těžké bylo se vyrovnat s myšlenkou, že mám okolo sebe milované lidi, o které mohu jednou přijít. Samozřejmě, že si takové věci připouštím. Nikdo nevíme dne ani hodiny. Nicméně, mami byla zdravá. Museli jsme se všichni smířit s tím, že už tu není ta skvělá babička, která peče buchty a bábovky. Dětem to chvíli trvalo a moji matku to mrzelo. Já zase nemohla být skvělá manželka a matka jako dřív. Potřebovali jsme čas, abychom se sžili s novými rolemi. Myslím, že se nám to překvapivě podařilo.“

Jak se změnil Váš život po onemocnění Vašeho blízkého?

„Změny proběhly celkem velké. Byla jsem zvyklá trávit čas s dětmi a manželem. Sice už máme děti docela velké, ale stejně mám výčitky svědomí, že jsem upřednostnila svou maminku před mojí rodinou. Po práci obvykle následoval nákup s dětmi, procházka a pak jsem se jim věnovala doma, než přišel z práce manžel. Zastávala jsem názor, že televize není dobrý společník na celý den. Teď jdu po práci rovnou do bytu rodičů. Nakoupím cestou jídlo a potřebné věci pro obě rodiny. Potom trávím čas s matkou a otcem, někdy až do večera. Děti jsou v družině pak na čas u druhé babičky, kde si je vezme manžel. Někdy přijdou za námi k rodičům, tak jsem s nimi někdy trochu víc. Někdy bych si přála mít více času na rodinu.“

Neuvažovala jste někdy o nějaké pomoci, pro zlepšení vaší situace?

„Přemýšlela jsem nad tím, že bych poprosila sestřičky z domácí péče, aby strávily například pár dní v měsíci o jednu hodinu u matky navíc, například odpoledne. Zvládala bych si tak najít čas na děti a manžela. Už bych to po té době potřebovala, ale nemám dost odvahy se jim zmínit. Také jsem dostala radu od kamarádky, ať si zajdu k psychologovi. Tohle je pro mě zatím nemyslitelné. Až bych neměla z čeho brát energii, možná bych nad tím začala uvažovat.“

7.2.2 Shrnutí rozhovoru paní Andrei

Matka paní Andrei byla druhý den po prodělání CMP zesláblá, ale zvládla mluvit se svou rodinou. Nevyskytly se žádné komplikace a vlivem intenzivního cvičení dělala velké pokroky v pohyblivosti. Po kompenzaci stavu přeložili paní Marii na LDN, kde se její stav začal rapidně zhoršovat. Během dvou týdnů se u ní objevil velký dekubit, prodělala zánět močového měchýře v souvislosti se zavedením PMK a nesprávné péči o něj. Pro dceru bylo hrozné vidět matku, jak se její stav den po dni zhoršoval. Paní Andrea byla velmi spokojena s přístupem sester v průběhu ošetrovatelské péče na ARO a JIP. Měla velký zájem se podílet na péči o svoji maminku. Byla nápomocna sestřím při podání jídla a pití, dále se zapojovala do rehabilitace. Dotazovaná vítala zájem sester zapojit její rodinu do péče, podílela se na podávání jídla, dokonce měla možnost pod vedením sestry vykapat matce oči. Dobře si rozuměla se sestrami. Na návštěvu za paní Marií chodil i manžel paní Andrei s dětmi. Po čase se podíleli i na rehabilitaci a matku to motivovalo ve snaze spolupracovat a posunout k lepšímu svůj zdravotní stav. Problémy nastaly na oddělení LDN. Andrea se setkala s nedůslednou péčí sester a byla nucena péči dohánět a provádět hygienu a podávání jídla matce sama. Nebyla v LDN spokojená. Když se pokusila problém s ošetrovatelským personálem vyřešit, nesetkala se s vlídným přijetím. Paní Andrea se v průběhu otřesných zážitků rozhodla pro domácí ošetřování. Uvedla, že jí k tomu vedla lítost nad stavem matky. Cítila své poslání oplatit péči. Sestry v nemocnici i kamarádka, která dříve pracovala v domácí péči, paní Andreu motivovaly, dodávaly jí sebevědomí a pomohly jí k rozhodnutí vzít maminku domů. Před propuštěním do domácího ošetřování sestry v LDN nijak respondentku nedukovaly a ona sama by v tom neviděla žádné pozitivum. Běžnou péči o matku doma zajišťovaly sestry z domácí péče. Paní Marie nebyla moc pohyblivá, proto jim s mobilitou pomáhala polohovací postel. Dekubit byl dobře ošetřován a další se s pomocí nafukovací antidekubitní matrace nevyskytl. V době volna byla paní Andrea u maminky. Měla ze spolupráce dobrý pocit, sestry jí vždy podaly pomocnou ruku. Po čase se rehabilitace posunula s pomocí sestry k posazování do kolečkového křesla. Chůze bohužel nebyla trénována. V souvislosti s nekomplexně zvládnutou rehabilitací navrhl manžel paní Andrei, využít služeb pobytového rehabilitačního programu. Návrh byl nakonec zamítnut jednak paní Marií, ale také paní Andreou, která chtěla mít péči pod dozorem. Edukace v domácí péči probíhala ve všech směrech, protože paní Andrea ve složitějších úkonech potřebovala rady. Rehabilitace nebyla řešena nijak speciálně, sestry poradily paní Andree s ošetrovatelskou rehabilitací. Matka získává hodně dovedností při podílení se na běžné sebepéči. Spolupráce se sestrami

byla pro dotazovanou důležitá. Stále potřebovala a bude potřebovat podporu ve snažení vylepšit stav maminky. Sama by hodnotila spolupráci sester heslem „Dobrá práce“. Nejtěžším okamžikem pro paní Andreu byl hrozný prožitek, kdy viděla, jak sestra v LDN převazuje dekubit její matce. Dalším problémem pro ni bylo vyrovnat se s novým zjištěním, že se může kdykoli jejím milovaným něco stát. Uvádí, že bylo celkově pro rodinu těžké se sžít s novými rolemi, které matčino onemocnění přineslo. Změny v životě pociťuje, jako odcizení od její nejbližší rodiny, tedy manžela a dětí. Mrzí ji, že vkládá veškerý čas a energii matce na úkor rodiny. Uvažuje o tom, že se pokusí s pomocí sester z domácí péče situaci změnit.

7.3 Rozhovor se sestrou

Paní Jana je všeobecnou sestrou 28 let. Pracuje jako sestra v domácí péči.

Jak často se při své práci setkáváte s nemocným po CMP a s jeho rodinou?

„Momentálně dojíždím ke dvěma klientům, které mozková příhoda postihla. Za celou dobu mé 16 leté praxe mi pod rukama prošlo již mnoho pacientů a hodně zajímavých příběhů. Myslím, že jsem měla možnost pracovat už s velkým spektrem takových pacientů a jejich rodin.“

Existují přesné zásady spolupráce mezi sestrou a rodinou pacienta po CMP?

„Nejsem si vědoma, že by existovaly přesné zásady jak spolupracovat s rodinou pacienta po mozkové příhodě, ale určitě máme k dispozici různá doporučení, která se používají. Pro práci s rodinou pacienta nesmíme opomenout informovanost. Rodina by měla znát zdravotní stav svého blízkého a důležité informace týkající se jeho zdraví. Blízcí by měli být připraveni na následky cévní mozkové příhody, znát způsob léčby, ošetrovatelské péče, rehabilitace a měli by být seznámeni s možnou recidivou. Tím, že rodina lépe pochopí potřeby nemocného, přispěje ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Informace by měl dostávat i pacient, protože obvykle netuší, co se s ním děje. Těživější situací pro něj je, pokud došlo k poruše řečového centra. V takovém případě by se na to měl brát ohled. Sestra sděluje pouze základní informace týkající ošetrovatelské péče o pacienta. Veškeré informace týkající se zdravotního stavu podává lékař a sestra může zprostředkovat setkání rodiny s ošetřujícím lékařem jejich blízkého. K předávání informací můžeme přistupovat i opačně. Pacient nemusí být vždy schopen podat informace o sobě

a tak může informace poskytnout rodina. Například v situaci, kdy blízký následky mozkové příhody není schopen spolupracovat při sepisování anamnézy.“

„Další důležitou roli hraje komunikace s rodinou. Klíčovým okamžikem se stává první kontakt. Sestra nejčastěji více hovoří s rodinou při příjmu pacienta do péče a následně při jejím ukončení. Pacient po cévní mozkové příhodě může mít narušené mluvení. Sestra pomocí pomůcek komunikaci zprostředkuje. My také máme k dispozici afatické slovníky. Je to dobrá pomůcka, ale v domácí péči to moc nevyužíváme. Klienti už většinou mluvit nějakým způsobem zvládají, tak se domluvíme. Sestra by měla mít profesionální přístup k rodině i nemocnému. Pomůže to k získání autority, která je občas zapotřebí. Sestra navíc zná komplexní zásady péče o nemocného po cévní mozkové příhodě a rady může předávat rodině například formou edukace. Sestra v ošetrovatelském procesu o pacienta po CMP spolupracuje nejen s rodinou, ale také s dalšími kolegy zdravotnických profesí. Sestra je prostředníkem nebo koordinátorem ošetrovatelské, diagnostické a například rehabilitační péče. V průběhu péče zapojuje rodinu.“

„Pokud chce sestra přistupovat k ošetrovatelské péči komplexně, musí najít cestu k blízkým pacienta. Rodina je nedílnou součástí každého z nás. Vlídny a empatický přístup jak k pacientovi, tak k rodině, pomáhá navázat přátelský vztah a ten je v domácí péči obzvlášť důležitý. Sestra musí mít potřebné dovednosti, aby si dokázala získat rodinu ke správné spolupráci, protože ne vždy rodina sestru vlídně přijme. Cévní mozková příhoda znamená změny, které jsou pro pacienty i jejich rodinu těžkou životní situací. Pacient musí sestře věřit, opačný vztah péči v domácím prostředí komplikuje. Sestra by proto měla být pravdomluvná a vnímavá ve kterékoli situaci.“

Jakou pomoc od sestry nejčastěji vyžaduje rodina pečující o člověka po CMP?

„Pomoc rodinám bývá individuální, dle zdravotního stavu klienta. Dá se říci, že při zahájení domácí péče potřebují podporu všech potřeb blízkého, alespoň v malé míře. Setkáváme se poměrně často s vyžadováním spolupráce již před zahájením péče o nemocného. Rodiny si nechají poradit s přestavbou nábytku v bytě a sháněním pomůcek, aby bylo v pravý čas vše připraveno. Pak už nastává čas vymezení ošetrovatelské péče. Nejčastěji se setkáváme s pacienty po cévní mozkové příhodě, kteří jsou částečně ochrnuti na celém těle nebo mají částečně či plně ochrnutou polovinu těla. Pokud rodina pečuje o ležícího pacienta, učíme a ukazujeme jim veškerou běžnou sebeobslužnou péči. Rodinným příslušníkům péči ukážeme a oni v době naší nepřítomnosti zvládnou

v některých úkonech pracovat s nemocným sami. Nejčastějšími úkony, které provádíme právě u pacientů po mozkových příhodách z větší míry s částečným postižením, jsou hygiena a péče o pokožku, hygiena dutiny ústní, výměnu inkontinenčních pomůcek, podání léků a převazy. Provádíme polohování a ošetrovatelskou rehabilitaci, jestli jí rodina potřebuje. Dáváme při manipulaci s pacientem rady. Pacient s nehybným ramenem musí mít zvláštní zacházení, aby nedošlo k poškození kloubu či vazů. Ve veškerých úkonech jsme schopny a provádíme edukaci rodiny. Snažíme se také o psychickou podporu klientů i jejich rodiny. Stává se, že pečovatel začne mít pocit beznaděje, přijde o iluze rychlého uzdravení. Proto posilujeme odhodlání všech členů motivací a poukázáním na dobře odvedenou práci.“

Ovlivňuje sestra průběh domácí péče o pacienta po CMP?

„Svým způsobem ano. Sestra zná jednotlivé kroky pro docílení úspěšné péče. Vždy se ale otázka individuálního postupu konzultuje s klientem, případně s rodinou. Aby se klient aktivizoval a podílel na své péči, je nutné s ním o průběhu péče hovořit a přizpůsobit jeho zdravotnímu stavu a potřebám. Záleží na nemocném a jeho rodině do jaké míry si nechá v péči poradit. Stává se ale také, že máme volné pole působnosti a pacient i rodina se nám přizpůsobují.“

Co je pro Vás při spolupráci s rodinou pacienta nejtěžší?

„Nejtěžší asi je, když máme snahu a potřebujeme s rodinou spolupracovat, ale nikdo na nás nebere ohledy. Sice rodina někdy spolupracuje, ale nesnaží se dbát domluvených pravidel. Občas nám to ztěžuje péči a také nás to brzdí. Snažíme se obstarat komplexně všechny potřeby klientů, a pokud jde rodina proti nám, taková práce pozbývá většího smyslu. Důležité proto je, aby si sestra našla k rodině cestu, i když to není vždy jednoduchá práce. Občas se kontakt nenaváže, stává se to. Z vlastní zkušenosti ale vím, že trpělivost a hlubší porozumění jsou velkými pomocníky. Dalším okamžikem, který není jednoduchý, je bezohlednost a využívání rodiny. Klienti se nemohou bránit a rodina je vysává, dostávají peníze a to jediné je zajímavé. Občas si hrají na spolupracující milé kolegy ošetrovatelů, ale ve skutečnosti tomu tak není. Sestra musí vědět, jak se v takové situaci zachovat.“

7.3.1 Shrnutí rozhovoru s všeobecnou sestrou

Sestra v domácí péči se během let své praxe setkala s velkým množstvím pacientů po CMP a s jejich rodinami. Pro práci s rodinou pacienta po CMP, stejně tak, jako pro jakéhokoli pacienta, nesmíme opomenout informovanost. Pacientova rodina by měla znát potřebné informace ohledně stavu jejich blízkého. Takové informace poskytuje lékař. Sestra získává informace od příbuzných, pokud toho pacient není schopen. Sestra pomáhá rodině zprostředkovat získání informací. Důležitou roli má komunikace s rodinou. Rodina často prožije svůj první kontakt se sestrou při příjmu pacienta. Pokud má pacient narušenou schopnost komunikovat, sestra pomocí pomůcek pomůže zprostředkovat rozhovor. Měl by být zachován profesionální přístup. V určitých situacích může být důležitý autoritativní přístup. Sestra je prostředníkem a koordinátorem ošetrovatelské péče. Schopností sester spolupracujících s pacienty a jejich rodinami by měla být empatie.

Rodina pečující o blízkého po CMP potřebuje vždy pomoc, která odpovídá potřebám jejich blízkého. Při zahájení domácí péče to jsou zpravidla všechny potřeby alespoň v malé míře. Příbuzní si nechávají poradit s výběrem pomůcek a přestavením nábytku v bytě. Nejčastějšími ošetrovatelskými úkony zajišťované sestrami jsou hygiena, výměna inkontinenčních pomůcek, podávání léků a převazy, polohování a důležitá ošetrovatelská rehabilitace. Edukujeme rodinu ohledně zvláštního zacházení s klientem. Sestra posiluje motivaci jak nemocného, tak pečovatele z rodiny. Sestra ovlivňuje průběh domácí péče poskytnutím jednotlivých kroků pro docílení efektivnosti péče, ale postup je vždy individuální. Každému klientovi se ošetrovatelský plán přizpůsobí na základě domluvy jeho potřeb. Těžký okamžik nastává, když rodina nebere na sestru ohled a staví se proti péči. Důležité proto je, najít si k rodině cestu. Pokud rodina pacienta zneužívá, sestra ví, jak problém řešit.

DISKUZE

Téma bakalářské práce spolupráce sestry a rodiny nemocného po cévní mozkové bylo zvoleno na základě zajímavého zjištění. V dnešní době je nedostatek následné péče cílené na pacienty po cévních mozkových příhodách. Z toho důvodu jsou pacienti po cévní mozkové příhodě doléčováni na půdách léčeben dlouhodobě nemocných, či domovů se zvláštním režimem. Pokud dojde ke kompenzaci jejich stavu, jsou způsobilí k odchodu zpět do domácího prostředí. Existují různé názory na život lidí po prodělání CMP, ale některé rodiny mohou vnímat péči o své blízké při následném doléčování jako nedostačující a zamyslí se nad možností domácího ošetřování třeba s podporou domácí péče. Vlastní názor předpokládá, že pokud má rodina pro svého blízkého vhodné nejen materiální zázemí, ale také emocionální, a může mu v pohodlí domova zajistit veškerou potřebnou péči. To přinese oběma stranám uspokojení. Výzkum se stává z odpovědí dvou respondentek, se kterými během jednoho setkání došlo formou rozhovoru k vytvoření obrazu na průběh onemocnění, spolupráci se sestrami, následnou péči o blízkého a životní změny vnímané jimi samými. Tyto dva rozhovory umožnily komplexně nahlédnout na životy dvou rodin spjatých s onemocněním CMP jejich blízkého a také jak tento vztah ovlivňuje práce sestry. Se třetí respondentkou byla následně shrnuta spolupráce sestry a rodiny pacienta po CMP.

První výzkumná otázka směřovala ke zjištění způsobu spolupráce mezi sestrou a rodinou pacienta po cévní mozkové příhodě v průběhu hospitalizace. Respondentky prožívaly dobu hospitalizace se svými blízkými. Za celou dobu působení v nemocnici prošly obě stejnými odděleními, ale na půdě jiných nemocnic. Paní Věra se setkala s celkem milým přístupem sester na ARO a JIP. Byla velice spokojená s péčí o manžela, nicméně navázání spolupráce mezi sestrami a jí samotnou proběhlo i přes její každodenní přítomnost jen v malé formě. Spolupracovala se sestrami při ztížené komunikaci s jejím manželem, který měl narušené mluvení v souvislosti s následky onemocnění a se zavedením tracheostomie. Navíc se u něj projevila porucha myšlení. Paní Věra se setkala s prosbou sester, aby se pokusila přesvědčit manžela, při nespolečné spolupráci. To byl jediný náznak společné kooperace. Paní Věra (po vzoru ošetřovatelského personálu) neměla zpočátku ke vložení vlastní iniciativy chuť. Byla pouze psychickou oporou. Po čase se do péče o svého manžela vložila alespoň občasným dohledem při jídle, aby nedošlo k aspiraci. První respondentka měla horší zkušenost v LDN, kde dle jejího názoru byla péče slabší. U manžela paní Věry se na patě objevil dekubit. Sama dotazovaná tuto skutečnost

vysvětluje tak, že měly sestry na oddělení hodně práce. Tento výrok soudí podle pokoje přiděleného jejímu manželovi, kde se měla možnost se setkat s několika ležícími pacienty. Náhodně měla možnost jednou sledovat rehabilitaci a podruhé podávání jídla manželovi sestrou s pomocí Janettovy stříkačky do PEG. Možnost zkusit si tuto dovednost jí nikdo nenabídl, přestože strava manžela byla takto kompenzována i po ukončení rehabilitace v domácím prostředí. Druhá respondentka, paní Andrea si prošla podobnou zkušeností, jako paní Věra, s tím, že ve spolupráci byly větší výkyvy. Na oddělení ARO a JIP byla i se svou rodinou vítána. Spolupráce na obou stranách byla skvělá. Mamince dotazované respondentky tento stav dodával motivaci a cíl, který ji vedl k zotavení. Andrea pomáhala matce při rehabilitaci. Jednou dokonce pod odborným dohledem sestry vykapávala pacientce oči. Na oddělení LDN se během pouhých dvou týdnů matčin stav razantně zhoršil. Bylo to kvůli téměř nulové péči ze strany personálu. Došlo k vytvoření dekubitu v sacrální oblasti. Dále nebyla dodržována hygiena pacientky, která si také prošla zánětem močového měchýře v souvislosti se zavedeným PMK. Paní Marii nebyla poskytnuta pomoc při jídle. Nedůslednou péči respondentka připisovala špatné práci sester. Několikrát se snažila s nimi sjednat řešení, ale vhodné spolupráce se nedočkala. Ze situace byla zoufalá a řešila jí vlastními silami. Požádala sestry o půjčení umyvadla a pomáhala matce s hygienou sama. Také jí podporovala při jídle. Po celou dobu hospitalizace své matky byla paní Andrea přístupná spolupráci. Měla zájem a chuť se podílet na ošetrovatelském procesu. Sestry s ní spolupracovaly a využily jejích schopností k edukaci. Pouze ale na odděleních ARO a JIP. Způsob spolupráce byl tedy u obou respondentek podobný. Ukázalo se, že na odděleních intenzivní péče si uvědomují nutnost vykonávat profesionální, kvalitní péči a rehabilitaci u pacientů po CMP. Jejich přístupnost spolupráce s rodinami je vyšší. Následná péče formou LDN není pro pacienty příliš prospěšná. V našem výzkumu u obou pacientů došlo ke zhoršení stavu.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, jakým způsobem probíhá spolupráce s rodinou pacientů po CMP v domácí péči. Obě respondentky si prošly okamžikem, kdy stály před rozhodnutím, zda zvolit pro blízké následnou péči formou domácího ošetřování. Vedl je k tomu dokonce podobný důvod - Nespokojenost s péčí v LDN. Motivace paní Věry pro péči doma byla jasná. Byla přesvědčená, že když dá partnerovi svou energii a péči jeho zdravotní i psychický stav se ve známém prostředílepší, nebude agresivní a bude mít větší zájem rehabilitovat. Respondentka musela projít emocionálními překážkami v podobě odrazování blízkých od jejího cíle. Její přesvědčení upevnily

přítelek, které jí dodaly sebevědomí. Také sestra v nemocnici, jež jí poradila obrátit se na pomoc v podobě agentury domácí péče. Práci se sestrami v domácí péči hodnotí Paní Věra jako za skvělou. Sestry zpočátku pracovaly s panem Jaroslavem samy s pomocí respondentky, ale brzy se mohla respondentka chopit svého snu a podílet se na péči o manžela sama. Edukace v domácím prostředí probíhala formou rozhovorů a praktických ukázek. Paní Věra byla schopna s pomocí sestry provádět veškerou péči. Během krátké doby se snížil počet návštěv sester a ona zvládla podávat i jídlo manželovi do PEG. Jejím vítězstvím bylo, když s pomocí konzultace sestry zhojila dekubit na manželově patě pomocí odvaru z heřmánku. Spolupráce se sestrou při rehabilitaci obnášela pomoc přemístování manžela do křesla, sama poté se svým manželem cvičila. Paní Andreu motivovalo k domácímu ošetřování přesvědčení, že musí oplatit mamince její lásku a péči. Za pomoci zkušené kamarádky z domácí péče, která jí o všem informovala. Za spolupráce sester z nemocnice, jež povzbudily její chuť, neváhala a zařídila mamince pobyt zpět doma. Sestry z agentury domácí péče se o Andreinu matku staraly dvakrát denně. Každý den po práci nebo v době volna byla u rodičů respondentka. Sestry zajišťovaly běžnou péči a ze společných setkání měla paní Andrea moc dobrý povit. Když si nevěděla rady, vždy jí byla podána pomocná ruka. Rehabilitace byla díky Mariině snížené pohyblivosti a nemožnosti po čase rozšířena o přesouvání do kolečkového křesla. Paní Andrea byla ráda, když její matka mohla přijmout návštěvu mimo své lůžko, nebo když si mohla dát s celou rodinou kávu v obývacím pokoji. V souvislosti s nekomplexně zvládnutou rehabilitací navrhl Andrein manžel využít možnost i pobytového rehabilitačního programu. Paní Marie však byla proti. Paní Andree se její rozhodnutí hodilo, protože chtěla mít nad její péči. V domácím prostředí paní Andrea zajišťovala také rehabilitaci. Pro její zajištění byla edukována sestrami z domácí péče, stejně jako ohledně většiny ošetrovatelských úkonů, protože si jimi respondentka nebyla jistá. Cvičení s paní Marií její dcera aplikovala také do běžných úkonů sebeobsluhy a matka se podílela na sebepéči. Vzájemný pracovní vztah se sestrami hodnotila paní Andrea jako za dobře odvedenou práci. Vlastní názor nabízí zjištění, že by se rodina měla více zaměřit na rehabilitaci paní Marie, protože hrozí, že už bude stále upoutána na lůžko nebo postupem času na invalidní vozík. Obě respondentky byly se spoluprací sester v domácím prostředí velmi spokojené. Domnívali jsme se, že domácí péče naplnila jejich přesná očekávání. Oproti způsobu spolupráce při hospitalizaci jsou zde vidět čitelné změny. Sestry v domácím prostředí nejsou tolik limitované pracovním prostředím a mají na své klienty klid a čas, zdá se proto být průběh spolupráce lehčí. Oběma stranám přináší pozitiva. Dostatek času vychází na i na otázky, na

keré se chce rodina sestry zeptat. Z poskytování péče vyplívají jednotlivá témata k edukaci. Vytvoření vzájemného vztahu klienta a rodiny se sestrou v domácím prostředí napomáhá lepšímu způsobu, jak lze propojit kvalitní péči a empatický přístup.

Třetí výzkumná otázka si kladla za cíl odhalit, zda je spolupráce mezi sestrou a rodinou pro pacienta prospěšná. Obě respondentky kladně hodnotily spolupráci se sestrami. Každému laikovi pomůže odborná pomoc. Péče o jejich blízké v podobě sester byla u obou respondentek dobře hodnocena, vyjma na odděleních LDN. Pro paní Věru byla důležitá komunikace se svým manželem a také zprostředkování informací ohledně zdravotního stavu manžela. Sestra byla nápomocna pacientovi i jeho manželce při navázání komunikace i přes její bariéru v podobě poruchy mluvení a myšlení. Sestra poskytuje kvalitní péči a holisticky přistupuje k nemocným. Věřin manžel si v průběhu domácí péče nepřál, aby mu jeho žena měnila plenu. Sestra zprostředkovává a pomáhá přenášet péči na blízké, a proto si po čase pan Jaroslav uvědomil, že tuto práci zvládne jeho žena také. Paní Andrea již na oddělení akutní péče odhalila, že spolupráce sestry s rodinou paní Marii motivuje k dosahování lepších výsledků - například při rehabilitaci. Andreina matka nechala své dceři v průběhu ošetrovatelské péče a na oddělení LDN volné pole působnosti. Paní Andrea potřebovala další informace a ukázky dovedností, i přesto, že už je jednou prováděla sama. Bylo pro ni nutností znát správné postupy, aby matce poskytla nejlepší péči. Pokud má rodina obavy v poskytování péče, ošetrovatelský personál může poskytnout potřebné informace, zodpovědět adekvátní otázky, edukovat rodinu, ukázat péči přímo s pacientem. Spolupráce sestry a rodiny je prospěšná nejen pro pacienty samotné, ale i pro jejich rodinu. Rodina by neměla mít strach podílet se na péči o své blízké po cévních mozkových příhodách. Sestra může v takovém případě pomoci.

Čtvrtá otázka, zajímavá pro výzkum se zaměřovala na to, jakým způsobem ovlivňuje péče o nemocného po CMP rodinu. První respondentka se stará o svého manžela po cévní mozkové příhodě sama. Tudiž je poukázáno na to, jak ovlivňuje domácí ošetřování samotnou respondentku. Otázka, ve které se měly dotazované zamyslet nad těmi nejtěžšími věcmi, které je v průběhu péče o jejich blízkého potkaly, byla velmi emotivní a oběma respondentkám zpátky připomínala již dávno zapomenuté momenty. Paní Věra uvedla za nejtěžší věc, se kterou se musela vyrovnat, psychický stav svého manžela a jeho změny osobnosti. Paní Věra si musela projít nespolečnými a špatnými náladami svého manžela. Nebyl smířený se změnou svého myšlení a nemožností komunikovat. Dotazovaná tyto nálady velmi těžce nesla a obzvlášť, když k ní byl manžel

agresivní. Dokonce na ni křičel. Respondentka se snažila zvládat tyto stavy a dařilo se jí to. Věděla, čím zapůsobit na manžela. Usiluje o změnu dobrem. Má vyzkoušené, že když manželovi poví něco milého a úsměvného, odzbrojí veškerou jeho špatnou energii. Když si potřebuje přece jen odpočinout, zamíří do přírody a tam najde úlevu. Oběma se změnil po prodělaném onemocnění celý život. Dříve měli čas sami na sebe. Nyní jsou pořád spolu. I v této situaci paní Věra vidí pozitivum. Uvádí, že před časem žili dlouhá léta vedle sebe a nyní mají čas na budování společného vztahu po letech. Smějí se spolu, baví se a jsou šťastní. Paní Věra je neuvěřitelně milý, laskavý a milující člověk, proto se jí daří úsilí při péči o manžela. Pro paní Andreu bylo nejtěžším okamžikem vidět její matku při převazu dekubitu v LDN. To v ní zanechalo následky na celý život. Další těžkostí bylo vyrovnání se s myšlenkou, že má okolo sebe milované lidi, o které může jednou přijít. Pro Andreinu rodinu bylo nezbytné se smířit s novými rolemi. Paní Marie už nemohla být pro děti stejnou babičkou, jako předtím. Tráví veškerý volný čas s matkou, a tak nemůže být na blízku své bližší rodině. Respondentka měla výčitky svědomí, že nedává svým dětem vše, co by měla. Na podnět našeho společného rozhovoru začala paní Andrea uvažovat o řešení vytíženosti péčí o svou matku a pokusí se tuto situaci řešit, například častější sester z agentury domácí péče. Péče o blízkého zvláště po proděláním mozkové příhody a přítomnosti jejich následků představuje velkou tíži. Domácí péče ovlivňuje rodinu a pečujícího především po psychické stránce. Lidé obvykle nejsou připraveni na nepříjemné okamžiky, jako například vážná nemoc blízkého člověka, které mohou v životě nastat. Rodina se musí smířit s novými rolemi a změnou vztahů. Pokud má rodina dost sil na zvládnutí takové těžkosti, jako je mozková příhoda jejich blízkého, semkne rodinu a posune jí dál.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat zásady spolupráce mezi sestrou a rodinou při péči o pacienta po CMP. Pokud možno nahlédnout na tuto problematiku komplexně z pohledu nejen rodiny pacienta, ale také sestry. Práce byla rozšířena o rozhovor s všeobecnou sestrou, která pracuje s rodinami pečujícími o blízké po CMP. Třetí respondentka, všeobecná sestra Jana, uvedla za první zásadu tu, která říká, aby měli pacienti i rodina potřebné informace o zdravotním stavu, prognóze, ale i průběhu ošetrovatelské péče, jež je v kompetenci sestry. Rodině lze poskytnout pouze ty informace, které pacient chce sdělit. V případě nemožnosti pacienta poskytnout informace do anamnézy mohou pomoci rodinní příslušníci. První dvě respondentky se v průběhu rozhovoru několikrát zmínily o potřebě znát veškeré informace. První respondentka, paní

Věra, měla problémy s informovaností, když chtěla ukončit hospitalizaci svého manžela a začít s domácím ošetřováním. Dotazovaná nemohla sehnat lékaře, který by jí sdělil potřebné informace. Jak už je v práci uvedeno, i v takových případech může být sestra rodině nápomocna a zprostředkovat rozhovor s lékařem. Dále mohla být paní Věra nápomocna při zjišťování informací o jejím manželovi v době akutního stavu a bezvědomí nebo při jeho neschopnosti komunikovat. Obě respondentky potřebovaly znát informace nejen v průběhu hospitalizace jejich blízkých od lékařů a sester, ale také v rámci spolupráce s ošetřovatelským personálem. Sestra by měla znát zásady správné komunikace. S nedostatečnou komunikací a spoluprací se setkala druhá respondentka, paní Andrea. Při hospitalizaci její matky v LDN potřebovala domluvit změnu v péči. Sestry jí nevyhověly a zároveň daly najevo opovržení. Sestra by měla ctít práva pacientů a měla by vědět, jak komunikovat s příbuznými. Nejdůležitější zásadu v komunikaci při spolupráci sestry s rodinou pacienta po CMP shledáváme braní ohledů na pacienta. Pacient i přes těžké následky nemoci a případné ochrnutí vnímá náš rozhovor. Rodina potřebuje vědět, že pacient není opomíjen. Třetí respondentka, všeobecná sestra Jana, uvedla též profesionální přístup, který je dle mého názoru samozřejmý. Autoritativní přístup se dá použít jen u některých skupin pacientů a jejich blízkých. První respondentka Věra a druhá respondentka Andrea se v domácí péči obešly bez autoritativního přístupu, protože měly jasně vytyčené své cíle a ctily práci sester. Třetí respondentka, všeobecná sestra Jana, uvedla v dnešní době důležitou zásadu pro sestry, a to empatii a celostní přistupování nejen k pacientovi, ale také k jeho rodině. Zásady byly stanoveny v rámci potřeb a to komunikace, informovanosti, profesionality a empatie. Sestry by měly s pacienty i s jejich rodinami jednat dle těchto zásad. V rámci výzkumu jsme se seznámili, jak se správným přístupem sester k pacientům i jejich rodinám, tak s velkými nedostatky. Sestry se neustále v průběhu své praxe musí vzdělávat a pracovat na svých vlastnostech, které pacientům nabízí. Respondentka Věra i respondentka Andrea měly možnost pracovat převážně s empatickými sestrami, které znaly správná doporučení pro spolupráci s rodinami pacientů po CMP.

Doporučení pro praxi

V rámci získávání informací pro výzkum bylo zjištěno, že v České republice není dostatečně zajištěná následná péče o pacienty po cévních mozkových příhodách.

Navzdory velmi dobrému zastoupení akutní péče centra nejsou schopna zajistit návrat pacientů zpět do normálního života a zaměstnání. Pacienti po CMP nejsou často omezeni jen pohybově, narušena může být komunikace, ale také psychická stránka. Pacienti potřebují po zvládnutí akutního onemocnění následnou péči. Často se stává, že pacient v rámci hospitalizace na ARO nebo JIP dostane potřebnou péči, která přijde vniveč následným přeložením do LDN. (Koubová, 2015) Tento problém vyplynul i z výzkumného šetření, kdy po překonání akutního stavu a následném zotavování po všech stránkách došlo v LDN u obou pacientů ke zhoršení zdraví a vymizení výsledků předchozí rehabilitace v akutní péči.

Pro praxi by námi bylo doporučeno řešení této situace vznikem nových specializovaných pracovišť, kde bude probíhat následná péče a rehabilitace, která povede k návratu pacientů do běžného života. Než dojde ke změně systému, ke zlepšení by mohla přispět větší informovanost a edukace ošetřovatelského personálu v LDN o problematice CMP a péči o tyto pacienty, aby nedocházelo ke zhoršování stavu pacientů, kteří byli už dobře kompenzováni.

Pro doplnění znalostí sester v ošetřovatelské péči a mobilizaci pacientů po mozkových příhodách byl námi vytvořen edukační materiál, který by sloužil sestřám v LDN a zařízení sociální péče jako návod správné péče, která by vedla k posílení sebepéče a následnému návratu do běžného života.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována tématu spolupráce sestry a rodiny nemocného po cévní mozkové příhodě. Svým obsahem byla rozdělena na dvě části, a sice teoretickou a praktickou část. Teoretická část stručně nastínila anatomii a fyziologii mozku a jeho krevní zásobení. Dále byly uvedeny druhy cévních mozkových příhod, jejich diagnostika, léčba a prevence. Nedílnou součástí tvořila rehabilitace pacientů po mozkových příhodách. Hlavní kapitola teoretické části práce byla cílena na ošetrovatelskou péči pacientů po CMP. Osahovala ošetrovatelský proces a jako další součást nejčastější ošetrovatelské diagnózy pacientů po CMP, intervence sester a potřeby pacientů po prodělání onemocnění. Závěrečná kapitola praktické části se zabývala problematikou rodiny podílející se na péči o blízkého postiženého tímto onemocněním, byla zmíněna domácí péče a podpora blízkých. Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Případové studie proběhly pomocí polostrukturovaných rozhovorů se třemi respondentkami. Pro realizaci naplnění cílů práce byly sestaveny dva rozhovory s předem připravenými otázkami. První cílený pro dvě respondentky z řady rodiny, jež pečují v domácím prostředí o pacienta po CMP. Pro docílení komplexního posouzení spolupráce se stala třetí respondentkou všeobecná sestra pracující v domácí péči s pacienty a jejich rodinami.

Hlavním cílem práce bylo stanovit zásady spolupráce mezi sestrou a rodinou nemocného po CMP. Pro realizaci byly použity předem připravené otázky, na které respondentky odpověděly. Závěrem došlo ke zjištění zásad důležitých pro spolupráci nejen sester, ale také rodin pacientů a byly sestaveny do kategorií komunikace, informovanost, profesionalita, empatický přístup. Cíl se podařilo splnit, zásady spolupráce jsou v práci uvedeny.

Dva vedlejší cíle měly za úkol zmapovat míru spolupráce mezi sestrou a rodinou pacienta po CMP v průběhu hospitalizace a v domácí péči. Pro to, aby byly zjištěny a porovnány obě situace, došlo k vytvoření předem připravených otázek, které byly respondentkám položeny v průběhu šetření. Výzkum odhalil, že v průběhu hospitalizace pacientů po CMP neprobíhá spolupráce sester s rodinami tak kvalitně, jako v domácí péči. Hlavním poznatkem se stala informace, která ukázala nejen nedostatečnou spolupráci s rodinami, ale též nekvalitní péči o pacienty v rámci následné péče po CMP na půdách LDN. Této skutečnosti byla věnována pozornost v závěrečném doporučení pro praxi. Dané cíle se podařilo splnit, míra spolupráce byla kvalitně zmapována.

Další vedlejší cíl měl odhalit vliv spolupráce mezi sestrou a rodinou na zdravotní stav pacienta po CMP. Tomuto tématu byly přizpůsobeny předem připravené otázky, které respondentky zodpověděly. Rozborem bylo zhodnoceno, že spolupráce sester s rodinou má na zdravotní stav pacientů velmi pozitivní vliv a tudíž by kooperace s příbuznými měla být zastoupena v co největší míře je možné. Došlo ke splnění cíle.

Posledním cílem bylo nutné popsat, jak působí domácí péče o nemocného po mozkové příhodě na rodinu. Dvě respondentky v rámci onemocnění svého blízkého zastávali nejen psychickou podporu a pasivní účast na péči, ale též aktivní práci pečovatелů v domácí péči. Vliv mozkové příhody nemocného má na rodiny velký vliv jak pozitivní tak negativní. Pečovatelé z rodin často přebírají břemeno a poskytují péči i nad hranice svých potřeb. Na blízké i pacienta samotného působí nemoc individuálně. Stává se, že dojde ke zlepšení vnitřních vztahů a semknutí celé rodiny. Vliv domácí péče o pacienta po CMP na rodinu byl zmapován, tím došlo k naplnění cíle.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DOHNÁLEK, Jan. Cévní mozková příhoda [online]. Publikováno 27.2.2014 [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <https://uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=665&Itemid=533&lang=cs>.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

FEIGIN, Valery, Stanislav Matoušek [PŘELOŽILI BLANKA KALVACHOVÁ a ODBORNÁ SPOLUPRÁCE PAVEL KALVACH]. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. ISBN 8072624288.

GOLDEMUND, David, REIF Michal. Základní fakta o cévních mozkových příhodách [online]. Publikováno 19.6.2014 [cit. 2016-01-17]. Dostupné z: <<http://www.cmp-brno.cz/>>.

HÁNOVÁ, Andrea. Logopedie. Sociální služby. 2011, 13(5), 34-35. ISSN 1803-7348.

HERZIG, Roman. Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 88 s. ISBN 978-80-7345-148-6.

HERDMAN, T. Heather (ed.). Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HUTYRA, Martin. Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 168 s. ISBN 978-80-247-3816-1.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.

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

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

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.

KOUBOVÁ, Michaela. U pacientů po cévní mozkové příhodě chybí následná péče. Někteří dokonce putují z ARO do LDN [online]. Publikováno 19.6.2015 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: < <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/u-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode-chybi-nasledna-pece-nekteri-dokonce-putuji-z-aro-do-ldn/>>.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.

NOVOTNÁ, Martina, HERLE, Petr (ed.). *Neurologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, c2012. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-31-2.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.

PALMER, Sara a Jeffrey B. PALMER. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, 2013. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0348-3.

POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

SALAČ, Jaroslav. *Afatický slovník [online]. Publikováno 2009 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: <<http://slovník.kvalitne.cz/info.htm>>.*

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

STEIN, Joel. *Stroke recovery and rehabilitation. 1. vyd.* New York: Demos Medical, 2009, ISBN 978-1933864129.

ŠVESTKOVÁ, Olga, ANGEROVÁ Yvona, FIKSA Jan. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě – Dlouhá cesta domů.* Praha, 2011. Tiskový materiál VFN Praha.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory. Vyd. 2., rozš.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, SOLGAJOVÁ Andrea, ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry. 1. vyd.* Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část.* Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-------|---|
| ARO | anesteziologicko-resuscitační oddělení |
| CT | počítačová tomografie |
| CTA | výpočetní tomografie |
| CMP | cévní mozková příhoda |
| DSA | digitální subtrakční angiografie |
| JIP | jednotka intenzivní péče |
| LDN | léčebna dlouhodobě nemocných |
| MRI | magnetická rezonance |
| NIHSS | National Institute of Health Stroke Scale |
| PEG | perkutánní endoskopická gastrostomie |
| PMK | permanentní močový katetr |
| RZS | rychlá záchranná služba |
| TIA | tranzitorní ischemická ataka |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1, Škála NIHSS

Příloha č. 2, Informovaný souhlas s výzkumným šetřením

Příloha č. 3, Edukační materiál

Příloha č. 1: Škála NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

| NIHSS | | Jméno |
|--|--|---|
| Hodnocení | | |
| Datum | | |
| <p>1a. Úroveň vědomí</p> <p>zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (otrotrach, trauma, jazyk, bariéra, intubace), testuje se vždy.</p> | <p>0 - plně při vědomí, spolupracující</p> <p>1 - spavý, po mírné stimulaci poslechne, odpoví</p> <p>2 - opakovaná stimulace k pozornosti, sopor</p> <p>3 - koma (reflexní či žádná odpověď)</p> | |
| <p>1b. Slovní odpovědi</p> <p>ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nápovědy.</p> | <p>0 - obě odpovědi zcela správně</p> <p>1 - jedna správně, těžká dysarthrie či jiná bariéra (OTI)</p> <p>2 - obě špatně, afázie, kóma</p> | |
| <p>1c. Vyhovění výzvam</p> <p>požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.</p> | <p>0 - oba úkoly správně</p> <p>1 - jeden úkol správně</p> <p>2 - žádný správně, kóma</p> | |
| <p>2. Okulomotorika</p> <p>testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování). Testujeme i pac. v komatu.</p> | <p>0 - bez patologie</p> <p>1 - izol. paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa potlačitelná OC manévry</p> <p>2 - nepotlačitelná deviace či pohledová paresa</p> | |
| <p>3. Zorné pole</p> <p>vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkadlo reflexu.</p> | <p>0 - bez postižení</p> <p>1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce</p> <p>2 - kompletní hemianopsie</p> <p>3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)</p> | |
| <p>4. Faciální paresa</p> <p>Čenění zubů, zavření očí, elevace obočí.</p> | <p>0 - symetrický pohyb, bez postižení</p> <p>1 - lehká paresa (např. asymetrie NL rýhy)</p> <p>2 - úplná nebo částečná paresa dolní větve centrální paresa</p> <p>3 - kompletní (perif.) paresa uni- či bilaterální, koma</p> | |
| <p>5. a 6. Motorika</p> <p>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.</p> | <p>0 - bez kolísání</p> <p>1 - kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku</p> <p>2 - určitý pohyb proti gravitaci, neudrží nad podložkou</p> <p>3 - pohyb po podložce</p> <p>4 - plegie, bez pohybu, koma (pro všechny konč.)</p> <p>9 - amputace, ankylóza aLpříčiny patolog. nálezu nescouisející s příhodou</p> | <p>LHK</p> <p>PHK</p> <p>LDK</p> <p>PDK</p> |

| | |
|---|---|
| <p>7. Ataxie končetin</p> <p>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.</p> | <p>0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Kóma.</p> <p>1 - na jedné končetině</p> <p>2 - přítomna na více končetinách</p> <p>9 - amputace, ankylóza aj.</p> |
| <p>8. Senzitivita</p> <p>zkouší se ostřejším předmětem, u nespolu-pracujících algických podnětem (úniková reakce, grimasa). Kóma hodnotíme 2.</p> | <p>0 - bez poruchy čtí</p> <p>1 - lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgezie)</p> <p>2 - těžká porucha sense až anestezie uni, či bilat. Kóma.</p> |
| <p>9. Řeč</p> <p>testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA DĚKUJI, ELEKTŘINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak, Došlo na zem, Jsem už z práce doma. Popis obrázku.</p> | <p>0 - bez afázie</p> <p>1 - lehká fatická porucha, lze porozumět</p> <p>2 - těžká fatická porucha</p> <p>3 - globální afázie, mutismus, kóma</p> |
| <p>10. Dysartrie</p> <p>Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).</p> | <p>0 - nepřítomna</p> <p>1 - setřelá řeč, je mu rozumět</p> <p>2 - výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma</p> <p>9 - intubace, jiná bariéra</p> |
| <p>11. Neglect</p> <p>Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.</p> | <p>0 - nepřítomen</p> <p>1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognóze</p> <p>2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.</p> |

CELKOVÉ NIHSS

| | | |
|--|---|-----------------|
| <p>12. Distální motorika nezapočítává se do celkového skóre</p> <p>Testujeme extenzi rukou a prstů HKK v předpažení. Pouze první odpověď.</p> | <p>0-extenduje plně na 5 sekund</p> | Levá HK |
| | <p>1- schopen částečné extenze po 5 sekund 2- žádná extenze po 5 sekund. Kóma</p> | Pravá HK |

Zdroj: Formulář k vyplňování NIHSS. *Cerebrovaskulární sekce ČNS ČLS JEP* [online]. Brno, 2003 [cit. 2016-01-20]. Dostupné z: <http://www.cmp.cz/public/f5/3d/81/4009_16400_formular_k_vyplnovani_nihss.pdf#page=1&zoom=140,-64,492>.

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s výzkumným šetřením

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Spolupráce sestry a rodiny nemocného po cévní mozkové příhodě

STUDENT

Anna Behenská

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: Anci.Be@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapování spolupráce sester a rodinných příslušníků pečujících o pacienta po cévní mozkové příhodě.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po completaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:Datum:

Podpis studenta:Datum:

Zdroj: Mgr. Kateřina Ratislavová, KOS FZS ZČU

Příloha č. 3: Edukační materiál

Ošetrovatelská péče pacienta po cévní mozkové příhodě

Cévní mozková příhoda (CMP) označuje odumírání mozkových buněk na podkladě nedostatečného okysličení tkáně, které je způsobeno poruchou krevního zásobení mozku nebo krvácením do centrální nervové soustavy.

Posouzení aktivit denního života v oblastech:

- Stravování – problémy s polykáním
- Spánek – poruchy spánku, nespavost
- Vylučování - inkontinence
- Pohyblivost – omezený pohyb (hemiparéza, hemiplegie)
- Samostatnost – částečná/úplná při hygieně, péči o kůži, oblékání, péči o zevnějšek

Zajištění intervencí:

- vhodné prostředí - stůl u postižené strany pacienta, vhodně upravené lůžko
- polohování s pomůckami – á 2hod stabilní polohy
- kontrola predilekčních míst
- aktivizace pacienta – nácvik sebeobslužných činností
- konzultace s fyzioterapeutem
- bazální stimulace
- kontakt s rodinou

Posuzování pacientů dle škál:

Objektivně hodnotit na začátku hospitalizace na každém oddělení. Vhodně sestavit ošetrovatelské diagnózy a intervence. Průběžně kontrolovat výsledky.

Škála sebeposouzení deprese dle Becka

| E.3 BECKOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE | | |
|--|---|--|
| Nálada | 0 | nemám smutnou náladu |
| | 1 | citím se poněkud posmutnělý, sklíčený |
| | 2 | jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat |
| | 3 | jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést |
| Pesimismus | 0 | do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně |
| | 1 | poněkud se obávám budoucnosti |
| | 2 | vidím, že se už nemám na co těšit |
| | 3 | vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit |
| Pocit neúspěchu | 0 | nemám pocit nějakého životního neúspěchu |
| | 1 | mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají |
| | 2 | podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů |
| | 3 | vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod.) v životě zcela zklamal |
| Neuspokojení z činnosti | 0 | nejsem nijak zvlášť nespokojený |
| | 1 | nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával |
| | 2 | už mne netěší skoro vůbec nic |
| | 3 | ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení |
| Vina | 0 | necítím se nijak provinile |
| | 1 | občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní |
| | 2 | mám trvalý pocit viny |
| | 3 | ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý pro vinilý člověk |
| Nenávist k sobě samému | 0 | necítím se zklamán sám sebou |
| | 1 | zklamal jsem se sám v sobě |
| | 2 | jsem dost znechucen sám sebou |
| | 3 | nenávidím se |
| Myšlenky na sebevraždu | 0 | vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat |
| | 1 | mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít |
| | 2 | často přemýšlím jak spáchat sebevraždu |
| | 3 | kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život |
| Sociální izolace | 0 | neztratil jsem zájem o lidi a okolí |
| | 1 | mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve |
| | 2 | ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní |
| | 3 | ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít |

| | | |
|--|---|--|
| Nerozhodnost | 0 | dokážu se rozhodnout v běžných situacích |
| | 1 | někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí |
| | 2 | rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže |
| | 3 | vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout |
| Vlastní vzhled | 0 | vypadám stejně jako dříve |
| | 1 | mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně |
| | 2 | mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně |
| | 3 | mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě |
| Potíže při práci | 0 | práce mi jde od ruky jako dříve |
| | 1 | musím se nutit, když chci něco dělat |
| | 2 | dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal |
| | 3 | nejsem schopen jakékoliv práce |
| Únavnost | 0 | necítím se více unaven než obvykle |
| | 1 | unavím se snáze než dříve |
| | 2 | všechno mne unavuje |
| | 3 | únava mne zabraňuje cokoliv udělat |
| Nechutenství | 0 | mám svou obvyklou chuť k jídlu |
| | 1 | nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem mívával |
| | 2 | mnohem hůře mi teď chutná jíst |
| | 3 | zcela jsem ztratil chuť k jídlu |
| <p>Hodnocení: Norma - 00 – 08, 09 Lehká až střední deprese – 09- 24 Těžká deprese – 25 a více</p> | | |

Škála běžných denních činností dle Barthela

E.2 BARTHELUV TEST BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------|
| Najedení napití | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Oblékání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Koupání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Osobní hygiena | Samostatně nebo s pomoci | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Kontinence moči | Plně kontinentní | 10 |
| | Občas inkontinentní | 5 |
| | Inkontinentní | 0 |
| Kontinence stolice | Plně kontinentní | 10 |
| | Občas inkontinentní | 5 |
| | Inkontinentní | 0 |
| Použití WC | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Přesun lůžko - židle | Samostatně bez pomoci | 15 |
| | S malou pomoci | 10 |
| | Vydrží sedět | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Chůze po rovině | Samostatně nad 50 m | 15 |
| | S pomoci 50 m | 10 |
| | Na vozíku 50 m | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Chůze po schodech | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 5 |
| | Neprovede | 0 |

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

| | |
|----------|----------------------------|
| 0 - 40 | vysoce závislý |
| 45 - 60 | závislost středního stupně |
| 65 - 95 | lehká závislost |
| 100 bodů | nezávislý |

Škála pro hodnocení následků CMP

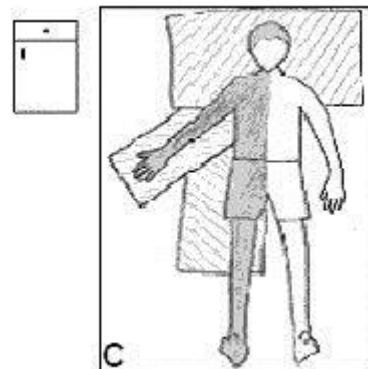
Tab. 4 – Hodnocení pacienta po CMP – modifikovaná Rankinova škála

| | |
|---|--|
| 0 | bez symptomů |
| 1 | žádná nemohoucnost, navzdory přítomným symptomům zvládá veškeré denní aktivity |
| 2 | lehká nemohoucnost (není schopen zvládnout své předchozí aktivity, ale je zcela soběstačný bez cizí pomoci) |
| 3 | střední nemohoucnost (vyžaduje pomoc, ale je schopen chůze bez asistence) |
| 4 | střední až těžká nemohoucnost (není schopen zvládnout své tělesné potřeby včetně chůze bez asistence) |
| 5 | těžká nemohoucnost (upoután na lůžko, inkontinentní, vyžaduje trvalou péči sestry) |
| 6 | smrt |

Mobilizace pacientů – základní polohy

Poloha pacienta na zádech:

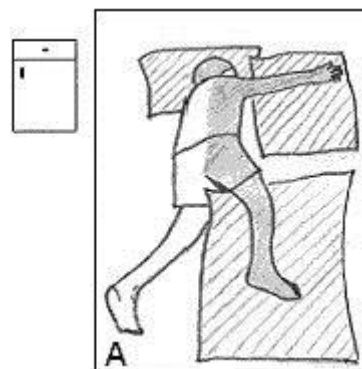
- Rovné lůžko
- Hlava a ramena ve středním postavení
- Hlava a ramena podloženy polštářem
- Postižená horní končetina podložena polštářem
- Postižená dolní končetina podložena polštářem



Polohu na zádech pacienta používat co nejméně, riziko spasticity

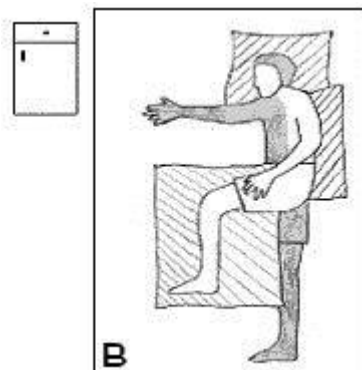
Poloha pacienta na zdravém boku:

- Hlava podložena malým polštářem
- Trup mírně přetočen k lůžku
- Ochrnutá horní končetina předpažena a podložena polštářem
- Zdravá horní končetina dle přání pacienta
- Ochrnutá dolní končetina v mírné flexi a podložena polštářem
- Zdravá dolní končetina v abdukci



Poloha na postiženém boku:

- Mírný záklon - záda podložena polštářem v celé délce
- Ochmutá horní končetina předpažena
- Ochmutá dolní končetina natažena s mírnou flexí v koleni
- Zdravá dolní končetina flektována v koleni a kyčle podložena polštářem



Veškeré polohování a manipulaci s pacientem provádíme se zvýšenou opatrností. Při manipulaci s postiženou horní končetinou hrozí poškození ramene.

Komunikace s pacientem: Oční kontakt

- Dostatek informací
- Popis prováděných činností
- Vstřícnost
- Empatie
- Naslouchání
- Klid
- Odbourání komunikačních bariér
- Zprostředkování komunikace pacientů s afázií pomocí slovníku pro Afatiky



Komunikace a spolupráce s rodinou:

- Vhodné prostředí
- Empatická
- Vstřícná
- Zapojení rodiny do péče
- Zajištění informací dle kompetencí sestry a práv pacienta

Zdroje použité v edukačním materiálu:

ADAMČOVÁ, Hana. *Neurologie 2003*. V Praze: Triton, 2003. Trendy v medicíně. ISBN 80-7254-431-4.

BAR, Michal, CHMELOVÁ, Irina. *Péče o pacienta po CMP*[online]. Publikováno 02.02.2011 [cit. 2016-05-25]. Dostupné z: < <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916> >.

MOŽNÝ, P, PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999. 222 s. ISBN 80-7254-038-6.

SALAČ, Jaroslav. *Afatický slovník* [online]. Publikováno 2009 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: <<http://slovník.kvalitne.cz/info.htm>>.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.