

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jitka Švarcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA KLIENTA A RODINY PO CÉVNÍ
MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Martina Šellingová

Plzeň 2012

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 12. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Bc. Martině Šellingové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji rodině a partnerovi za podporu během celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Jitka Švarcová

Katedra: ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života klienta a rodiny po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí

Vedoucí práce: Bc. Martina Šellingová

Počet stran: 75

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova:

Kvalita života- Cévní mozková příhoda- Domácí prostředí- Edukace

Tématem práce je kvalita života klienta a rodiny po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.

Teoretická část obsahuje determinaci pojmu kvalita života, definici, rozdělení, příznaky a léčbu cévní mozkové příhody, vývojovou psychologii zaměřenou na období stáří, specifika domácí péče a možnosti sociálně právní pomoci. Pro získání poznatků byla použita odborná literatura.

Informace v praktické části byly získávány pomocí strukturovaných rozhovorů.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit ovlivnění kvality života klienta po CMP, ovlivnění kvality života rodiny starající se o člověka po CMP v domácím prostředí a úroveň edukace klienta a rodiny při dimisi do domácího prostředí ze zdravotnického zařízení.

Pomocí výzkumu byly zjištěny nenahraditelnost péče probíhající v domácím prostředí, klady a zápory domácí péče a úroveň edukace klientů a rodiny při dimisi do domácího prostředí.

Annotation

Name: Jitka Švarcová

Department: Nursing and Midwifer

Title: The quality of life of the client and family after a stroke in the home environment

Leader: Bc. Martina Šellingová

Number of pages: 75

Number of attachments: 5

Number of titles of references: 20

Keywords:

Quality of life- Stroke- Home environment- Education

The central theme of this work is the client and family's quality of life after a stroke in the home environment.

In the theoretical section you can find the determination of the term quality of life, the overview of the anatomy of the central nervous system, definition, classification, symptoms and treatment of the stroke, developmental psychology focused on the period of old age, the specifics of home care and the possibility of social and legal assistance. Specialized literature was used to obtain the knowledge.

The information in the practical part was obtained by means of interviews.

The aim of the bachelor thesis was to find the affecting of the client's quality of life after stroke, affecting of the family's quality of life taking care of people after stroke in the home environment and the level of education of the client and family during the return from medical devices to home environment.

The irreplaceability of home care, assets and disadvantages of home care and the level of education of clients and families during the relocation to home environment were found using this research.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KVALITA ŽIVOTA.....	12
1.1 Měření kvality života	12
2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	14
2.1 Incidence	14
2.2 Rizikové faktory	14
2.2.1 Medicínské rizikové faktory	14
2.3 Dělení cévní mozkové příhody	15
2.3.1 Dle příčiny	15
2.3.2 Dle lokalizace	16
2.4 Klinický obraz.....	16
2.5 Diagnostika	17
2.6 Léčba ischemické cévní mozkové příhody	18
2.6.1 Léčba v akutním stádiu ischemické cévní mozkové příhody	18
2.6.2 Ošetrovatelská péče v akutním stádiu ischemické cévní mozkové příhody..	19
2.6.3 Léčba a ošetrovatelská péče v chronickém stádiu ischemické cévní mozkové příhody	20
2.7 Léčba hemoragické cévní mozkové příhody	20
2.8 Rehabilitace	20
2.8.1 Testování klienta	21
2.8.2 Postup rehabilitace.....	21
2.8.3 Ergoterapie.....	21
3 PSYCHOLOGICKÝ ASPEKT STÁŘÍ A VÝZNAM RODINY	23
3.1 Definice stáří.....	23
3.2 Tělesné znaky stárnutí	23
3.2.1 Morbidita	23
3.2.2 Změny vzhledu	23
3.2.3 Funkce CNS.....	23
3.2.4 Smyslové orgány	23
3.3 Psychické změny.....	24
3.3.1 Kognitivní funkce	24
3.3.2 Změny v emocionalitě	25
3.3.3 Změny motivace a regulačních schopností.....	25
3.3.4 Změny osobnostních vlastností	25
3.4 Zátěžové situace.....	26

3.4.1	Odchod do starobního důchodu.....	26
3.4.2	Ztráta jistoty soukromí	26
3.4.3	Komunikace.....	26
3.4.4	Zhoršení zdravotního stavu, ztráta soběstačnosti	26
3.4.5	Ztráta partnera.....	26
3.5	Senior a blízká rodina	27
3.5.1	Vztah k dětem.....	27
3.5.2	Vztah k vnukům	27
3.6	Umírání a smrt	27
4	SPECIFIKA PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	29
4.1	Specifika péče u nemocných s různým stupněm závislosti na druhé osobě.....	29
4.1.1	Péče o ležícího nemocného.....	29
4.1.2	Péče o částečně soběstačného nemocného	30
4.2	Syndrom vyhoření.....	30
4.3	Cvičení a rehabilitace.....	31
4.4	Státní sociální podpora.....	31
4.4.1	Příspěvek na péči	31
4.4.2	Pečující osoby.....	31
5	EDUKACE KLIENTA A RODINY PŘI DIMISI DO DOMÁCÍ PÉČE.....	33
5.1	Vymezení pojmu edukace.....	33
5.2	Edukační proces	33
5.3	Edukace ve zdravotnickém zařízení.....	33
5.4	Dělení edukace.....	33
5.5	Proces edukace ve zdravotnickém zařízení	34
5.6	Edukace klienta a rodiny ve Fakultní nemocnici Plzeň.....	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	38
6	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	38
6.1	Výzkumný problém	38
6.2	Výzkumný cíl.....	38
6.3	Výzkumné otázky	38
6.4	Metoda výzkumu	38
6.5	Výzkumný vzorek.....	39
7	ROZHOVORY	40
7.1	Rodina číslo 1	40
7.1.1	Rozhovor s respondentem po CMP.....	40
7.1.2	Otázky pro ošetřující rodinu	42
7.1.3	Shrnutí	44

7.2	Rodina č. 2	45
7.2.1	Rozhovor s respondentem po CMP	45
7.2.2	Otázky pro rodinu	47
7.2.3	Shrnutí	50
7.3	Rodina č. 3	50
7.3.1	Rozhovor s respondentem po CMP	51
7.3.2	Otázky pro rodinu	52
7.3.3	Shrnutí	54
	DISKUZE	56
	ZÁVĚR.....	59
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHA 1. - BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ	
	PŘÍLOHA 2. – GLASGOW COMA SCALE	
	PŘÍLOHA 3. - NIHSS ŠKÁLA	
	PŘÍLOHA 4- MINI MENTAL STATE EXAMINATION	
	PŘÍLOHA 5. - ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTHONOVÉ	

ÚVOD

I když medicína a ošetřovatelství postupují velkými kroky vpřed, cévní mozková příhoda stále představuje závažné onemocnění s velkým dopadem na jedince i celou společnost. Často zasáhne člověka naprosto nečekaně a z plné soběstačnosti. Cévní mozková příhoda sebou přináší nejenom změnu zdravotního stavu, ale velmi často změnu soběstačnosti na různé úrovni. Jedná se o velmi náročnou životní situaci jak pro nemocného, tak pro celou rodinu.

Často si rodina musí položit otázku, zda ústavní nebo domácí péče. Mnohdy je nemocný po zaléčení akutní fáze přeložen do domova pro seniory, léčebnu dlouhodobě nemocných a dalších ústavních zařízení. V této situaci se člověk musí vyrovnat nejenom se změnou zdravotního stavu, ale i se změnou prostředí, vytržením ze známého místa, přerušáním kontaktů s lidmi, které znal mnohdy celý svůj život. Člověk v ústavní péči je ohrožen depresí, pocitem samoty a prázdnoty.

Pokud se rodina rozhodne pro domácí péči, klient se sice musí vyrovnat se změnou zdravotního stavu, ale vyrovnává se s touto změnou v domácím prostředí a s pomocí jemu nejbližších lidí, rodiny.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit ovlivnění kvality života klienta po CMP, ovlivnění kvality života rodiny starající se o člověka po CMP v domácím prostředí a úroveň edukace klienta a rodiny při dimisi do domácího prostředí ze zdravotnického zařízení.

Ve výzkumu jsem se zaměřila na seniory, a proto se o změnách spojených se seniorským věkem zmiňuji v teoretické části. Tato problematika se mé osoby bezprostředně týká, protože se má rodina stará o mou babičku po CMP. Proto jsem si toto téma vybrala. Myslím si, že péče v domácím prostředí je nenahraditelná, a byla bych velmi ráda, aby i laici v mé práci našli mnoho užitečných rad a tipů, jak tuhle náročnou situaci zvládnout.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalitou života se zabývá mnoho vědních oborů: sociologie, psychologie, ekologie, medicína a tak dále. Z toho pramení, že v literatuře můžeme najít mnoho definic kvality života, ale žádná není všeobecně akceptována. Termín kvalitu života můžeme rozumět jako jakost, hodnota, nebo jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. S pojmem kvalita života se setkáváme od druhé poloviny 20. století, ale největší „boom“ zaznamenala až v posledních deseti letech.

Psychologické pojetí kvality života pracuje s pojmy subjektivní pohoda a spokojenost se životem. Sociologové posuzují sociální úspěšnost, jako je status, majetek. V medicíně se poprvé začala kvalita zjišťovat u onkologicky nemocných. U chronicky nemocných hovoříme o zlepšení kvality života. Dopad na kvalitu života se většinou posuzuje v kontextu s všeobecně přijímanou definicí zdraví dle Světové zdravotnické organizace. (1,2)

Rozsah kvality života dle Bergsma a Engela

Pojetí kvality života dle Bergsma a Engela lze chápat ve třech rovinách. A to makro-rovina, což je otázka kvality života velkých společenských celků např. kontinent, mezo-rovina, jako otázku kvality života v malých společenských skupinách např. škola a osobní, personální rovina, což představuje život jedince. Jde o subjektivní soud, kdy jedinec hodnotí kvalitu svého života, vstupují, jsem osobní hodnoty jedince.

1.1 Měření kvality života

Existuje mnoho metod většinou dotazníkového typu. Jako „zlatý standard“ je uváděn dotazník SF-36, který se používá na zjištění dopadu farmakoterapie na jedince. Dále se používá dotazník pro onkologicky nemocné. V psychiatrii se nejčastěji používá dotazník SQUALA.

Když chceme mluvit o kvalitě života, musíme vzít v potaz, že zdraví, prostředí a kvalita jsou úzce spjaté. Zdraví ovlivňuje genetika, úroveň zdravotní péče a způsob života.

I přesto, že každá studie kvality života nahlíží na problematiku rozdílně, je velmi důležité, aby se tento obor rozvíjel dál, jelikož nemoc nemusí vždy znamenat nízkou kvalitu života. (1,2)

2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozková příhoda (dále CMP) neboli iktus je akutní cévní poškození mozku. CMP je onemocnění medicínsky a společensky závažné s velkým dopadem na ekonomiku. Představuje velký zásah do života člověka i jeho rodiny. Toto onemocnění doprovází různě závažné neurologické poškození. (5)

2.1 Incidence

Za rok zemře na světě pět milionů lidí z důvodu cévní mozkové příhody. Jedná se o druhou neúrazovou příčinu úmrtí. Úmrtnost v prvních 30 dnech je udávána v rozmezí 20 – 40 % z důvodu závažných komplikací, jako je edém mozku nebo hydrocefalus. Riziku vzniku iktu narůstá od 45. roku. U lidí nad 65 let je riziko nejvyšší. Jen 4 % cévních mozkových příhod se vyskytuje mezi 15 a 40 lety. (5,6,7)

2.2 Rizikové faktory

Většina CMP vzniká na základě medicínských a návykových příčin, kouření a alkoholu. Dále ke vzniku CMP přispívá nezdravý životní styl a z toho pramenící obezita. Některé rizikové faktory ovšem nelze ovlivnit. Mezi ně řadíme věk (platí čím vyšší věk, tím vyšší riziko), pohlaví (více ohroženi muži), dědičné dispozice a rasový původ. (5)

2.2.1 Medicínské rizikové faktory

Hypertenze

Krevní tlak u dospělého člověka považujeme za optimální při hodnotě 120/80 mm Hg. Lidé s diagnostikovanou hypertenzí mají až 7 krát vyšší riziko vzniku CMP. Hlavní problém hypertenze je, že v prvním stádiu nepůsobí žádné obtíže.

Vysoká hladina cholesterolu

Zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy a nemoci srdečních tepen. Existují dva hlavní typy cholesterolu: LDL a HDL. LDL se přilnavá na stěny tepen a HDL odvádí LDL z tepenného řečiště.

Srdeční onemocnění

U lidí s anginou pectoris, fibrilací síní, srdečním selháním, poruchou chlopní a vrozenou vývojovou vadou je vyšší riziko CMP.

Tranzitorní ischemická ataka (dále TIA)

TIA je považována za předzvěst CMP. Velmi důležitá je dispenzarizace klienta, který prodělal TIA.

Diabetes mellitus

Toto onemocnění zdvojnásobuje riziko vzniku CMP, jelikož způsobuje změny v cévním systému a přispívá ke vzniku aterosklerózy.

Nitrolební aneuryzma

Aneuryzma neboli výduť, je oslabené místo ve stěně tepny, klenoucí se ven. Je nesmírně důležité, aby byl pacient s aneuryzmem pravidelně kontrolován neurologem. (7)

2.3 Dělení cévní mozkové příhody

2.3.1 Dle příčiny

CMP lze rozdělit do dvou základních skupin. Na ischemické cévní mozkové příhody a hemoragické mozkové příhody. (5,6)

Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemické mozkové příhody dělíme na příhody ložiskové, tzv. fokální cerebrální dysfunkce a celkové. Do ložiskových příhod patří TIA, prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit (dále PRIND) a mozkový infarkt, který je dokončený a jeho neurologický deficit je stabilní a neměnný.

Dochází k nedostatečnému krevnímu zásobení v určité oblasti na dostatečně dlouhou dobu. Příčinou je buď zúžení nebo uzávěr přívodné tepny způsobené cévní aterosklerózou nebo embolizací při účasti arteriální hypertenze a onemocnění penetrujících tepen. Uvedené příčiny se mohou kombinovat. Embolizační příhody jsou charakteristické náhlým výskytem symptomů. Tepenný vmetek je nejčastěji kardiogenního původu. Vmetky mohou být infikovány a mohou způsobit mozkový absces.

Ischemické mozkové příhody ložiskové se dle klinického obrazu rozdělují na TIA a PRIND. TIA je mozková příhoda, jejíž příznaky vymizí do 24 hodin od vzniku. PRIND je prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit, jehož příznaky vymizí do 3.

týdnů. TIA nebo PRIND mohou být předzvěstí těžkého mozkového infarktu, proto vyžadují přesné vyšetření a léčbu. (5,6)

Hemoragické mozkové příhody

Dochází k porušení celistvosti stěny arterie. Dělí se na intracerebrální krvácení se vznikem intracerebrálního hematomu a subarachnoideální. Nejčastější příčinou je arteriální hypertenze, dále cévní malformace, aneurysma nebo porucha krevní srážlivosti. (5,6)

2.3.2 Dle lokalizace

Totální přední cirkulační syndrom

Zahrnuje velké kortikální ikty v povodí střední a přední mozkové tepny. Jsou zde výrazné kognitivní poruchy, porucha časoprostorové orientace, stejnostranný motorický a/nebo senzitivní deficit.

Parciální přední cirkulační syndrom

Projevují se jako kortikální ikty v povodí přední nebo střední mozkové tepny. Častý výskyt.

Lakunární syndrom

Patří sem subkortikální ikty na podkladě postižení malých cév.

Zadní cirkulační syndrom

Projevuje se jako porucha pohybu bulbů, cerebrální dysfunkce, oboustranný motorický nebo senzitivní deficit.(5)

2.4 Klinický obraz

Iktus je charakteristický náhlým vznikem neurologických příznaků s následovnou tendencí k zotavení.

Konkrétní příznaky závisí na lokalizaci a rozsahu postižení. Nejčastější příznak je plegie nebo paréza končetin nebo jedné poloviny těla. V závažných případech porucha hybnosti všech končetin, kvadruplegie nebo kvadruparéza. Porucha čítí, afázie, alexie, agrafie a akalkulie, poruchy lícních nervů a porucha mikce. Dysfagie, amnézie, apatie, neklid. Mohou se vyskytnout i poruchy vědomí jako somnolence, sopor a koma. (6)

2.5 Diagnostika

Anamnéza

I zdánlivě nevýznamné události mohou mít zásadní význam.

Klinické vyšetření

Slouží ke stanovení pracovní diagnózy.

Počítačová tomografie (dále CT)

Zobrazí rozsah a lokalizaci. U mozkové hemoragie ihned po jejím vzniku, u ischemie jsou změny patrné až za 48 hodin.

Magnetická rezonance (dále MR)

Zobrazitelná časná stádia ischemického postižení.

Laboratorní vyšetření

Pomocí laboratorního vyšetření zjistíme řadu patologických stavů přímo či nepřímo souvisejících se vznikem onemocnění. Například porucha krevní srážlivosti, zmnožení či úbytek krevních elementů, hladinu lipidů, známky zánětu.

Kardiologické vyšetření

Kardiologické vyšetření nám umožňuje zjistit, zda je příčina vzniku CMP kariogenního původu. Provádí se elektrokardiograf (dále EKG), sonografické vyšetření karotid, echokardiografie, dopplerovská sonografie.

Transkraniální dopplerovská sonografie

Jedná se o neinvazivní měření průtoku intrakraniálních tepen. Využívá se vysoce pronikavý ultrazvukový paprsek o nízké nosné frekvenci.

Digitální subtrakční angiografie

Slouží k zobrazení celého cévního řečiště mozku invazivní technikou. Subtrakcí se rozumí odečtení nativního obrazu od obrazu s kontrastní náplní tepen. Katetrizace se provádí přes třísko.

Škály hodnotící neurologické a funkční postižení

Různé škály na hodnocení motorické funkce, Index Barthelové, glasgow coma scale sloužící ke zjištění stavu vědomí (dále GCS) a škála NIHSS (viz. příloha)

Doplňková vyšetření

Jednofotonová emisní výpočetní tomografie je vyšetření používané v nukleární medicíně. Poskytuje informace o funkci tkání a orgánů. Využívá scintilačních kamer k rekonstrukci obrazu rozložení radiofarmaka v těle pacienta.

Pozitronová emisní tomografie je metoda umožňující na tomografických řezech sledovat rozložení radiofarmaka v těle pacienta.

(5,6)

2.6 Léčba ischemické cévní mozkové příhody

Léčba cévní mozkové příhody by měla být zahájena v co nejkratší době od výskytu prvních příznaků. Pacienti by měli být hospitalizováni na specializovaných jednotkách intenzivní péče nebo na iktových jednotkách. (6,8)

2.6.1 Léčba v akutním stádiu ischemické cévní mozkové příhody

Základem léčby je stabilizace základních životních funkcí. Cílem léčby je zachránit co největší oblast mozkové tkáně, předcházet komplikacím a zabránění recidivě.

Léčba antiagregační je zahájena co nejdříve, používá se kyselina acetylsalicylová, nejčastěji Anopyrin.

Antikoagulační léčba je hojně využívána, podává se heparin nebo nízkomolekulární heparin. Rizikem této léčby jsou krvácivé projevy, které je nutno sledovat.

V případě mozkového edému se podává osmoticky aktivní látka nejčastěji manitol nebo léčba hyperventilací.

U cévních stenóz je alternativou operační postup a to perkutánní transluminální angioplastika s použitím stentů.

Trombolitická léčba má za cíl rozpuštění trombu a obnovení průtoku pomocí trombolyticky aktivní látky. Používá se rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu pod zkratkou r-tPA. Který se podává buď systémově intravenózně, nebo intraarteriálně.

(6,8,9)

Systémová trombolýza (dále IVT)

U systémové trombolýzy je možné podání do 4,5 hodiny od vzniku ischemické CMP. Indikace pro systémovou trombolýzu jsou: věk 18-80 let, NIHSS 4-25, CT neprokázalo intrakraniální krvácení, definovaný počátek příznaků.

Kontraindikace jsou: TIA, intrakraniální krvácení, jícnové varixy, aneuryzma, arteriovenózní malformace, těhotenství, bezvědomí GCS menší jak sedm, užívání antikoagulancií nebo hodnota protrombinového času (dále INR) nad 1,7, hypertenze nad 185/110 mmHg, glykémie pod 2,7 mmol/l nebo nad 22,2 mmol/l.

Podání IVT ordinuje lékař, ale samotné podání do krevního oběhu provádí všeobecná sestra. Dávka je 0,9 mg/kg, maximální dávka je 90 mg. 10 % dávky je podáno jako bolus, následně infuze po dobu 60 minut. V průběhu podávání sledujeme krevní tlak, stav vědomí, NIHSS škálu, hemokoagulaci a krevní obraz. Intramuskulární injekce po dobu infuze a následných 60 minut nesmí být podány. (9)

Intraarteriální trombolýza

Podání intraarteriální trombolýzy je možné nejpozději do 3 hodin od vzniku příznaků.

Indikace jsou podobné jako u IVT. Před zákrokem je nutná angiografie mozku, která slouží k upřesnění místa uzávěru a kontrole dostupnosti.

Kontraindikace jsou: hemoragie, tumory, subarachnoideální krvácení, hypertenze, perikartitida, kóma, úrazy hlavy.

Aplikace trombolýtik se realizuje přes nabodnutou arterie femoralis. Do ní se zavede mikrokateř, který se zavádí až k trombu. Následné napojení infuze 20mg r-tPA do fyziologického roztoky. Vše probíhá za průběžné rentgenové kontroly v 15 minutových intervalech. (8)

2.6.2 Ošetřovatelská péče v akutním stádiu ischemické cévní mozkové příhody

Základem ošetřovatelské péče je monitorizace základních životních funkcí. Kyslíková terapie s následnou kontrolou saturace. Zajištění dostatečného energetického příjmu a hydratace, pokud není pacient schopen přijímat ústy, zajistíme výživu zavedením nosogastrické sondy. Močový katéř zavádíme jen v nutném případě, jelikož zvyšuje riziko infekce močových cest. Zavedení žilního katéřu, obvykle se zavádějí dvě žilní linky.

Sledujeme iontovou bilanci, hladinu glykemie, krevní tlak a tělesnou teplotu. V časně fázi je častá hyperglykémie. Pacient v akutním stádiu je ohrožen tromboembolickou nemocí, plicní embolií, pneumonií, vznikem dekubitů, kontraktur a zatuhnutím kloubů. V prevenci tromboembolické nemoci se podávají malé dávky heparinu, je nutné sledovat krvácivé projevy. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče v akutním stádiu je časná rehabilitace a polohování pacienta z důvodu prevence dekubitů. Při klasifikaci rizika vzniku dekubitů se nejčastěji využívá Northonova škála. Pacient je ohrožen edémem mozku. Ke snížení intrakraniálního tlaku přispívá také poloha hlavy a trupu, měla by být ve zvýšené pozici maximálně 30° nad podložkou.

2.6.3 Léčba a ošetrovatelská péče v chronickém stádiu ischemické cévní mozkové příhody

Hlavním cílem léčby je zabránit recidivě. Používá se perorální antiagregační a antikoagulační léčba. Pacient pravidelně dochází na odběr krve na hemokoagulační vyšetření.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na prevenci komplikací a výskytu recidivy. Důležitá je edukace rodiny a klienta o možných komplikacích. Edukuje o správné výživě, rehabilitaci (dále RHB), podporuje zvyšování soběstačnosti a zajišťuje psychickou podporu rodině a klientovi. (6)

2.7 Léčba hemoragické cévní mozkové příhody

Jsou dva způsoby léčby. Řešení operační nebo konzervativní.

Účelem operace je odstranění nebo zmenšení hematomu, který utlačuje ostatní části mozku, má expanzivní projevy. Evakuace hematomu může být provedena pomocí klasické kraniotomie nebo šetrnější stereotaktickou metodou, což znamená zavedení nástrojů pomocí malých návrťů v lebce.

Konzervativní léčba zahrnuje antikoagulační léčbu jako u ischemických iktů. Léčba antiedémová, podáváním osmoticky aktivních látek, nejčastěji manitolu. (6)

2.8 Rehabilitace

Pokroky v diagnostice a léčbě snížily úmrtnost, ale stále toto onemocnění představuje velký zdravotnický a společensko-sociální problém. Vysoký počet přeživších nemocných je postižen reziduálním deficitem. Nezbytný je popis následků spjatých se zdravotním problémem. Vhodná léčebná RHB kompenzuje omezení v denních činnostech,

usnadňuje návrat do běžného života a zlepšuje jeho kvalitu. S léčebnou rehabilitací se musí začít co nejdříve s ohledem na zdravotní stav. (5)

2.8.1 Testování klienta

Ke zvolení správné strategie rehabilitačních postupů je potřeba posoudit fyzický a psychický potenciál pacienta. Nejužívanějším nástrojem jsou testy. K hodnocení psychického stavu se nejčastěji využívá Mini-Mental state examination. (viz. příloha) K testování aktivity a funkční soběstačnosti se používá Test Barthelové. Test Short-From-36 vypovídá o hodnocení zdraví a fyzického omezení samotným pacientem. (5)

2.8.2 Postup rehabilitace

Postup rehabilitace se rozděluje na časnou, subakutní a následnou.

Časná

Prvních sedm dní po iktu. Úkolem je zabránit rozvoji sekundárních změn. Správné polohování ovlivní svalový tonus, stimuluje polohovou aktivitu a zabraňuje se vzniku dekubitů.

Subakutní

Probíhá od sedmého dne až do dvou měsíců. Vedle krátkodobých cílů lze stanovit vzhledem k prognóze dlouhodobější cíle. Terapeutické postupy nejsou zaměřeny jen na postiženou stranu, ale na celé pohybové vzorce v rámci prevence neglect syndromu. Nezbytná je příprava na propuštění do domácí péče, včasná informovanost příbuzných pacienta. Zajištění kompenzačních pomůcek.

Následná rehabilitace

Následná RHB se soustředí na integraci nemocného do společnosti, učí řešit každodenní problémy. Pomáhá řešit otázku finanční a nabízí dostupné spektrum sociálních služeb. Pokud se nezdaří návrat do domácího prostředí, je nutno s předstihem zajistit ústavní péči. (5)

2.8.3 Ergoterapie

„Ergoterapie je definována jako léčebná metoda pro obnovení soběstačnosti, dovedností, zájmů a pracovních schopností.“ (Valenta, 2006, str. 498) U nemocných v chronickém stádiu pomáhá k návratu do zaměstnání. Ergoterapie navazuje na pohybovou

terapii jako nedílná součást péče. Ergoterapie se zaměřuje na aktivity denního života, aktivity volného času a na pracovní činnost. (5)

3 PSYCHOLOGICKÝ ASPEKT STÁŘÍ A VÝZNAM RODINY

3.1 Definice stáří

Stáří je poslední etapou lidského života, často je označována jako postvývojová fáze. Stáří je nedílnou součástí lidského života. Přináší moudrost, zkušenost, nadhled, ale také úbytek energie, zvýšený výskyt nemocí a jiné znaky vedoucí ke smrti. Dle E. H. Eriksona (2002) je hlavním úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Tím se rozumí pravdivost k sobě samému, smíření s vlastním životem a kontinuita. Nejběžnějším měřítkem stáří je chronologický věk, který ale není spolehlivý ukazatel životního stavu jedince. Dále se užívá k měření stáří sociální věk. Literatura používá různé dělení stáří. Na období třetího a čtvrtého věku, na období raného stáří a pravého stáří a tak dále. Všeobecně platí, že většina lidí začne okolo šedesátého pátého roku vykazovat známky stárnutí. (10,11)

3.2 Tělesné znaky stárnutí

Tělesné znaky stárnutí jsou individuální a nemusí se vyskytovat u každého jedince. Závisí na genetické dispozici a vnějších vlivech.

3.2.1 Morbidita

Setkáváme se zvýšeným výskytem nemocí a to nejčastěji v rámci polymorbidity. Velice důležitý je subjektivní postoj jedince ke vznikajícím obtížím. Předpokládaný průběh stárnutí a pravděpodobná doba úmrtí je rozdílná ve vztahu k pohlaví. Ženy žijí déle, ale mnohdy je velmi nízká kvalita jejich života.

3.2.2 Změny vzhledu

Dochází ke změně vzhledu v obličeji, výskyt vrásek, ztráta elasticity pokožky. Vylučovací soustava zpomaluje svou činnost.

3.2.3 Funkce CNS

Proces stárnutí má za následek strukturální i funkční změny mozku. Typickým projevem stárnutí je atrofie mozku, redukce synaptických spojení, snížená produkce neurotransmiterů, především dopaminu. Změna průtoku krve cévním řečištěm v mozku.

3.2.4 Smyslové orgány

Nedílnou součástí stárnutí organismu je také stárnutí smyslových orgánů.

Zrak

Zhoršení akomodace a zrakové ostrosti, porucha vnímání intenzity světla a zúžení zorného pole. Se stářím je také spojen zvýšený výskyt katarakty, glaukomu a degenerace makuly.

Sluch

Sluch v průběhu let slábne. Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu je stav zvaný presbyakuze, kdy nejsou vnímány zvuky vysokých frekvencí. Dále senior trpí tzv. tinitem, což je nepřesně označováno jako zvonění v uších. Tyto všechny poruchy a ještě mnoho dalších mohou mít za následek sociální izolaci. Starý člověk se bojí, že zdravě slyšícího rozčílí neustálými dotazy a tak raději mlčí. Velice důležité je empatický přístup, umožnit odezírání, mluvit pomalu a v klidném prostředí. Nepoužívat dlouhé a složité věty. Informovat o kompenzačních pomůckách a popřípadě zařídit návštěvu u specialisty.

Chuť, hmat a čich

Vlivem stárnutí se zhoršuje chuť, hmat i čich, ale nejsou tím přímo ovlivněny kognitivní funkce, z tohoto důvodu nejsou více rozvedeny. (10,11)

3.3 Psychické změny

Změny psychických funkcí mohou být ovlivněny tzv. kohortovou příslušností, individuálním životním stylem, návyky a v neposlední řadě očekáváním a postojem společnosti.

3.3.1 Kognitivní funkce

Dochází k zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů.

Zhoršování percepce, příjem podnětů je ztížen či narušen zhoršováním zrakových a sluchových funkcí.

Pozornost se zvyšujícím věkem zhoršuje. Je zde porucha koncentrace, rozdělování a přenášení koncentrace.

Zhoršování paměti je proces, jehož průběh je individuální. Zachování paměťových funkcí závisí také na vzdělání jedince a míra užívání paměti. Senioři mívají problém s uchováním nových informací a tak dochází ke ztrátě anebo zkreslení. Dlouhodobá paměť je méně přesná a senior má problémy s vybavením vzpomínek.

V seniorském věku dochází k úbytku rozumových schopností. Jedná se o individuální proces, který je ovlivněn biologickými, sociálními a dědičnými faktory. Dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje úbytek rozumových schopností jsou chorobné procesy, zejména demence. K viditelnému úpadku dochází především v oblasti fluidní inteligence, což bývá označováno jako mechanika inteligence. Krystalické inteligence se zhoršuje až po sedmdesátém roku života. Ve stáří se zvyšují tendence k dogmatismu, ulpínavosti, rigiditě. Dávají přednost stereotypu a rutině.

Úbytek schopností má za následek rozvoj adaptivních strategií, které seniorům alespoň částečně umožňují kompenzaci. (10)

3.3.2 Změny v emocionalitě

V oblasti emočního prožívání jsou mezi starými lidmi značné rozdíly. V rámci stárnutí dochází ke dvěma změnám, značně protikladným. Dochází k celkovému zklidnění, zpomalení a na straně druhé se zvyšuje dráždivost jedince. Celoživotní zkušenost přispívá k lepšímu porozumění vlastním emocím. „*Osobnostní vlastnosti působí na celkové emoční ladění nepřímě.*“ (Vágnerová, 2007, str. 337) Staří lidé bývají sami se sebou vyrovnání. Uvědomění své vlastní nedostatečnosti, ať už reálné či zdánlivé, pocit neužitečnosti, přispívají k emoční labilitě, úzkosti a přecitlivělosti. (10)

3.3.3 Změny motivace a regulačních schopností

Dochází ke zpomalení a oslabení regulačních funkcí. Emoční regulace má obranný charakter a věkem se postupně prohlubuje. Volní regulace je komplexnější děj, do značné míry ovlivňován emočním stavem. Aktivní vůle, která se uplatňuje především při rozhodování, bývá zpomalená. Pasivní vůle se uplatňuje při realizaci rozhodnutí a odoláváním různým tlakům. Stálost, vytrvalost může být ve stáří silnější, ale schopnost sebeovládání spíše ubývá. V průběhu stáří se mění potřeby. Snižuje se potřeba nových podnětů, oproti tomu se zvyšuje potřeba sociálního kontaktu se známými lidmi, potřeba pocitu jistoty a bezpečí, pocit užitečnosti a potřeba otevřené budoucnosti a naděje. (10)

3.3.4 Změny osobnostních vlastností

Dochází k postupné extroverzi, tj. společenskost, družnost postupně klesá s přibývajícím věkem. Sklon k neuroticismu, narůstá egocentrismus, popudlivost. Mnohdy se jedná o projevy chorobného procesu nebo reakce na novou životní situaci. (10)

3.4 Zátěžové situace

3.4.1 Odchod do starobního důchodu

Odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role a společenské prestiže. Staří lidé ve starobním důchodu jsou společností chápány jako méně užiteční lidé, v závislosti na tom dochází k parciální eliminaci starších lidí ve společnosti. „*Postoje k důchodu i jeho sociálního dopadu je generově podmíněný*“ (Vágnerová, 2007, str. 359) Senior byl zvyklý na vyšší příjmy, z toho pramení pocit rizika vzniku subjektivní nouze. Velmi důležitý je proces přípravy a adaptace na důchod, který probíhá v několika fázích. (10)

3.4.2 Ztráta jistoty soukromí

Senior považuje byt za vlastní teritorium se svými pravidly, tudíž odchod do různých institucí bývá velmi náročný. Potvrzuje se ztráta autonomie a je chápán jako signál blížícího se konce života. Umístění do neznámého prostředí automaticky posiluje úzkost a pocit nejistoty. Významnou součástí instituce jsou její obyvatelé, vztahy s nimi nemusejí být hluboké, ale obohacují každodenní život v zařízení. (10)

3.4.3 Komunikace

Komunikace je ztížená v důvodu percepčních, paměťových problémů.

3.4.4 Zhoršení zdravotního stavu, ztráta soběstačnosti

U seniorů není rozhodující samotné onemocnění, ale stupeň funkčního postižení. Snížení soběstačnosti vede k pocitu bezmocnosti, velké riziko výskytu deprese. (10)

3.4.5 Ztráta partnera

Manželská spokojenost má ve stáří mírně stoupající tendenci. V každém partnerství je důležitá intimita, pocit blízkosti, vzájemná důvěra. Sexuální potřeba je obecně méně intenzivní, ale to neznamená, že senior nemůže mít aktivní sexuální život. Nemoc partnera představuje náročnou životní situaci. Dnešní společnost manipuluje do role pečovatelky především ženy. U muže se nepředpokládá, že by péči o partnerku zvládnul sám. Ztráta životního partnera je nenahraditelná, dochází ke ztrátě jednoho významného smyslu života, zhroucení struktury denního režimu, zborší se perspektivita společné budoucnosti. Ovdovnění je náročný proces a probíhá rozdílně. Ženy své emoce neskrývají, hledají oporu u rodiny. Truchlení trvá u žen i několik let. Muži své emoce potlačují, zůstávají se svým zármutkem sami. Důležitá je podpora rodiny, nalezení nového smyslu života. (10,12)

3.5 Senior a blízká rodina

3.5.1 Vztah k dětem

Vzájemný vztah je založen na emoční vazbě, která se vytvářela a udržovala v průběhu celého života. Důležitým ukazatelem je míra kognitivní schody, názory, postoje, hodnoty. „*Matka-seniorka bývá garantem integrity široké rodiny.*“ (Vágnerová, 2007 str. 386) Jestliže matka zemře, rodinný systém se rozpadá a rodinné vztahy ostatních členů ztrácí na intenzitě. Velkou roly hraje potřeba seniora udržet si vlastní autonomii a své soukromí. Zcela závislý senior cítí strach z budoucnosti. Péče o nesoběstačného seniora je pro rodiny náročná jak fyzicky, psychicky i ekonomicky. (10)

3.5.2 Vztah k vnukům

Vztah mezi dětmi a prarodiči prochází třemi fázemi. Nejdříve je senior v roli autority a podílí se na výchově, postupem času vztah přejde do symetrie. Poslední fáze nastává v momentě ztráty nezávislosti seniora a je odkázán na pomoc mladších členů rodiny, to znamená i na generaci vnuků. (10)

3.6 Umírání a smrt

Téma umírání a smrt je stále ve společnosti tabuizováno.

Obecný postoj ke smrti:

- Citový vztah je vyjádřen strachem z neznámého.
- Kognitivní složka postoje ke smrti zahrnuje vědomosti o umírání a vlastní zkušenost se smrtí. Tato složka bývá minimální.
- Chování. Vyhýbání konfrontace se smrtí, ať už symbolicky nebo fakticky.

Zralost a integrita osobnosti starého člověka spočívá také v uvědomění vlastní smrtelnosti. Postoj k smrti bývá převážně emotivní, starý člověk se nebojí smrti, ale utrpení, které může přinést umírání. Dále se bojí ztráty autonomie, soudnosti. Postupujícím věkem se strach ze smrti zmenšuje. Ženy se smrti bojí méně než muži. Obecně platí, že věřící lidé se smrti bojí méně. Skutečné biologické smrti může předcházet smrt sociální. U lidí dlouhodobě hospitalizovaných a ve vážném stavu, se ztrácí kontakty a sociální role. Potřeby se v bezprostřední blízkosti smrti mění. Potřeba jistoty a bezpečí je velmi silná, potřeba zachování sebeúcty, potřeba otevřené budoucnosti, přesah vlastní

fyzické existence. Umírání je završení lidské existence, nikdo by neměl umírat sám a nikdo by neměl umřít dříve sociálně než biologicky. (10)

4 SPECIFIKA PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Péče v domácím prostředí znamená, že ošetřování nemocného probíhá v jeho vlastním sociálním prostředí, kdy ošetřovatelem je některý člen rodiny, celá rodina nebo blízký člověk nepříbuzenského vztahu. Tato péče sebou přináší mnoho pozitiv. Utužení rodinných vztahů, důstojný život nemocného a důstojná smrt, mnohdy dochází ke zlepšení zdravotního stavu nemocného vlivem podnětného prostředí. Na začátku si rodina musí položit otázku, zda zvládne péči o nemocného člověka. Domácí péče je náročná a nehodí se pro každou rodinu. Neméně důležitá je edukace rodiny a klienta zdravotnickým personálem při dimisi do domácí péče. (13)

4.1 Specifika péče u nemocných s různým stupněm závislosti na druhé osobě

Cévní mozková příhoda sebou přináší různá postižení a různého stupně. Člověk s určitým postižením není schopen plně uspokojit veškeré své potřeby. K alespoň částečnému uspokojení mu dopomáhá ošetřovatel svou péčí. Nemocný po CMP může být plně soběstačný, částečně soběstačný nebo plně imobilní nemocný. (13)

4.1.1 Péče o ležícího nemocného

Často je nutno přestěhovat, upravit uspořádání nábytku v místnosti. Pokud je aktuální riziko dekubitů, edukovat o polohování nemocného, o antidekubitární matraci, o kosmetice, o péči o pokožku a speciálním polohovacím lůžku. Pomůcky pro inkontinentní nemocné jsou: plenkové kalhotky, pleny, inkontinenční vložky, podložky pod nemocné, nepropustná prostěradla. Tyto pomůcky předepisuje ošetřující lékař, urolog nebo gynekolog. Do určitého množství jsou hrazeny pojišťovnou. Kompenzační a rehabilitační pomůcky předepisuje ortoped, ošetřující lékař nebo rehabilitační lékař. Každá pojišťovna má vlastní seznam služeb, které hradí nebo do jaké míry se na úhradě podílí. Stolek umístíme na postiženou stranu. Pohyb na lůžku je velmi důležitý, zlepšuje dýchání, zamezuje vzniku dekubitů a vzniku svalové atrofie. Sed na lůžku zajistíme zvednutím horní části lůžka, pokud nemocný nemá polohovací lůžko, pomůžeme si navršením několika polštářů. K udržení polohy nám pomáhají různé klíny, vzpěry, žebříček. Tyto pomůcky lze zakoupit ve zdravotnických potřebách. Hygienu provádíme na lůžku pomocí otáčení nemocného ze strany na stranu. Dle potřeby při hygieně vyměníme i lůžkoviny. Provedeme promazání predilekčních míst kosmetikou určenou k prevenci dekubitů,

promažeme záda mentolovou masťou a provedeme vibrační masáž na zlepšení ventilace plic.
(13)

4.1.2 Péče o částečně soběstačného nemocného

Dopomáháme při sedu s nohama z lůžka, kdy je nutné chvíli počkat, jelikož zaujetí vzpřímené polohy po dlouhodobém ležení způsobuje ortostatickou hypotenzi a nemocný by mohl upadnout. Dopomáháme při přesednutí na židli, vozík, klozetové křeslo. Nebo dopomáháme pouze z lůžka, kdy nemocný má poblíž chodítko. Celková hygiena probíhá v koupelně a to buď ve sprchovém koutu, nebo ve vaně. Sprchový kout je praktičtější a bezpečnější, bohužel ne všechny byty poskytují možnost sprchy z prostorových důvodů. Sprchový kout a vana jsou vybaveny madly, protiskluzovou podložkou a sedačkou do sprchy. Při přesunu do koupelny je možnost zakoupení pojízdné sedačky do sprchy.

Je nutné si uvědomit, že pečující osoba kromě zmíněných činností také zajišťuje úklid domácnosti, nákupy potravin, vaření a podávání jídla a další činnosti spojené s chodem domácnosti. Stará se též o dodržování léčebného režimu a dostatečnou hydrataci.

Psychická pohoda ošetřovatele pozitivně ovlivňuje psychiku klienta. Vždy bychom měli být usměvaví, vlídní, trpěliví, empatičtí a měli bychom si najít čas na rozhovor s nemocným. (13)

4.2 Syndrom vyhoření

Osoba pečující o nemocného člověka je ohrožena syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření je prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání. V tomto případě je možné obrátit se na tzv. respitní službu. Tato služba může zajišťovat péči o nemocného nebo vyplácení příspěvků na péči. Jednou z možností je také dovolená, lázně a při financování respitní služby požádat o pomoc obecní úřad, sociální služby nebo sponzoring. Další pomoc představuje osobní asistent, který je schopen zajistit obtížnější denní potřeby, které už sama pečující osoba nezvládá. Tato služba není hrazena pojišťovnou. Domácí ošetřovatelská péče zajistí základní potřeby nemocného od hygieny až po odbornou péči jako jsou převazy, odběry biologického materiálu, inhalace, infuze, injekce a další odborné úkony. Stacionář představuje pro mnoho osob pečující o nemocné, alespoň částečnou možnost docházet do zaměstnání. Stacionář funguje od ráno do odpoledne, kdy ošetřující ráno odveze nemocného do stacionáře a odpoledne si ho vyzvedne. (13)

4.3 Cvičení a rehabilitace

Velmi pozitivní výsledky přináší pravidelné cvičení a RHB. I malá ranní rozcvička udržuje tělesnou kondici, zabraňuje deformitám, tlumí spasticitu, protahuje svalstvo s tendencí zkracovat se a v neposlední řadě zlepšuje duševní pohodu. Cvičení zajišťuje rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ale může ji provádět nemocný sám pod vedením edukovaného ošetřovatele. Cvičíme oblast krční páteře, horní končetiny, dolní končetiny, oblast břicha, hýždí a v neposlední řadě cviky pro zpevnění pánevního dna. Všechny cviky se řídí dle zdravotního stavu nemocného. Cviky se mohou provádět na lůžku, u lůžka, v sedě nebo ve stoje. Ležící nemocný někdy není schopen aktivního pohybu. V tomto případě předcvičovatel provádí cviky s klientem, provádí se pasivní pohyb. Je důležité při cvičení nezapomínat na postiženou stranu. Nejznámější a nejpoužívanější je cvik most, kdy klient leží na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Cvičitel drží postiženou dolní končetinu nad kolenem a druhou rukou stimuluje postiženou stranu pánve dotekem. Horní končetiny leží podél těla. Zvednutou pánev klient pokládá ke straně posunu a nohy se posouvají stejným směrem. S horní částí trupu dopomáhá další člověk. Posun ke zdravé straně klient obvykle zvládá lépe. Při nácviku mostu, může klient uplatnit držení postižené horní končetiny sepnutím v předpažení. (13,14)

4.4 Státní sociální podpora

4.4.1 Příspěvek na péči

O příspěvek na péči žádá osoba, které péče bude poskytována. V první řadě se musí podat žádost o příspěvek na péči. Následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci druhé osoby, který zahajuje sociální pracovník příslušného obecního úřadu a sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Po provedení sociálního šetření se žádostí zabývá posudkový lékař úřadu práce. O přiznání příspěvku rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností, který má k dispozici výsledek sociálního šetření a posudek posudkového lékaře. Rozhodnutí je doručeno žadateli a v případě, že je pozitivní, je příjemce příspěvku povinen obecnímu úřadu ohlásit způsob péče, která mu bude zajištěna. Vyplácení probíhá poštovní poukázkou nebo bezhotovostně převodem na účet. (15)

4.4.2 Pečující osoby

Dle §29 odstavec 3 zákona 108/2006 sb. o sociálních službách uvádí, že *„poskytuje-li oprávněné osobě pomoc osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, obecní úřad s rozšířenou působností vydá těmto osobám na jejich žádost bezplatně písemné potvrzení*

prokazující dobu této péče pro účely hmotné nouze, zdravotního pojištění, důchodového pojištění a zaměstnanosti, v tomto potvrzení vždy uvede stupeň závislosti osoby, které je péče poskytována. “ V případě, že se nejedná o osobu blízkou, což se v zákoně rozumí jako přímý příbuzenský vztah, vyžaduje zákon o důchodovém pojištění žití v jedné domácnosti. Pro zdravotní pojištění se již podmínka společné domácnosti nevyžaduje. Dostane-li se pečující osoba do hmotné nouze, nevyžaduje se u ní snaha o zvýšení příjmu vlastním přičiněním a to za podmínek, že v žádosti o příspěvek na péči byla uvedena jako osoba poskytující pomoc a tato pomoc je poskytována v rozsahu nejméně 80% pracovní doby 40 hodin týdně. (15)

5 EDUKACE KLIENTA A RODINY PŘI DIMISI DO DOMÁCÍ PÉČE

Edukace klienta a rodiny je nedílnou součástí kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče. Předpoklad pro kvalitní a komplexní edukaci je multioborová spolupráce lékařských a nelékařských pracovníků, pedagogů, sociálních pracovníků a mnoho dalších. (16)

5.1 Vymezení pojmu edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (P. Juřeníková, 2010, str. 10) Jak z definice vyplývá, edukace znamená výchovu a vzdělání jedince, kdy proces učení hraje významnou roli. (16)

5.2 Edukační proces

Edukace jedince probíhá formou edukačního procesu, který provází jedince od prenatálního věku až do jeho smrti. Do edukačního procesu vstupují čtyři determinanty. Edukant, který je subjektem učení, edukátor, který je aktérem edukační aktivity, edukační konstrukty, což znamená plány, zákony, předpisy, standardy a v neposlední řadě edukační prostředí. (16)

5.3 Edukace ve zdravotnickém zařízení

Edukace ve zdravotnictví má významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence. Při edukaci v rámci primární prevence, edukujeme zdravého jedince, v rámci sekundární prevence, edukujeme nemocného a našim cílem je uzdravení jedince a předcházení komplikacím a hlavním cílem terciální prevence je zlepšení kvality života, kterou lze u jedince ovlivnit edukací, tak aby nedošlo k dalším možným komplikacím. (16)

5.4 Dělení edukace

Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní.

Základní edukace

Základní edukace předává nové vědomosti a dovednosti, motivuje jedince ke změně hodnotového žebříčku i postojů.

Reedukační edukace

Reedukační edukace navazuje na předchozí vědomosti a dovednosti, které dále prohlubujeme.

Komplexní edukace

Komplexní edukace jsou etapově předávané ucelené vědomosti, dovednosti a postoje. (16)

5.5 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení

Proces edukace se skládá z pěti fází.

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky, kdy se edukátor snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta.

Fáze projektování

Fáze projektování, plánování cílů, zvolení vhodné metody, obsah edukace, pomůcky.

Fáze realizace

Fáze realizace, kdy je pro edukátora stěžejní motivace edukanta, probíhá expozice, fixace, průběžná diagnostika a aplikace nových poznatků v praxi.

Fáze upevnění a prohlubování učiva

Zpětná vazba

Poslední fáze je zpětná vazba, která slouží k zhodnocení úspěšnosti edukace, ale zároveň získáváme i zpětnou vazbu.

Celý proces edukace probíhá pomocí sestaveného písemného edukačního plánu a měl by být založen ve zdravotnické dokumentaci klienta. Plán edukace bychom měli vždy sestavit ve spolupráci s edukantem, jelikož dojde k prohloubení důvěry a zvýšení motivace edukovaného.

Na realizaci edukace se podílí multidisciplinární tým. Je důležité nezapomínat, že úspěch edukace může ovlivnit řada faktorů, které musíme zohlednit. Nejčastější faktory jsou věk, pohlaví, poruchy smyslového vnímání, zdravotní stav, psychický stav, osobnostní vlastnosti, motivace, návyky, vzdělání, kulturní a etnická příslušnost, rodinné vztahy, ekonomická situace a v neposlední řadě edukační prostředí. (16)

5.6 Edukace klienta a rodiny ve Fakultní nemocnici Plzeň

V rámci neurologické kliniky ve Fakultní nemocnici Plzeň (dále FN Plzeň) se nachází iktová jednotka, která je určena pro pacienty s CMP pro celý Plzeňský kraj. Na tomto pracovišti probíhají certifikované kurzy a edukace klientů a rodiny, kterou zajišťuje všeobecná sestra ve spolupráci s lékařskými a nelékařskými pracovníky. S edukací se začíná krátce po přijetí k hospitalizaci a probíhá v průběhu celé hospitalizace. (17)

Edukace o onemocnění a první pomoci

Lékař klientovi a rodině vysvětlí podstatu onemocnění, průběh léčby a prognózu s možným rizikem recidivy. Z tohoto důvodu edukuje o pěti varovných příznacích, což je náhlá slabost jedné poloviny těla, potíže s mluvením nebo porozuměním, náhlé rozmazané vidění, zdvojené vidění, problémy s chůzí, závratě, poruchy rovnováhy, náhlá silná bolest hlavy. Pokud rodina zpozoruje některý z výše uvedených příznaků, je nutné zavolat rychlou záchrannou pomoc. (17)

Rehabilitace

Rehabilitace probíhá co nejdříve od proběhlé mozkové příhody. Fyzioterapeut předvede vhodné cviky klientovi a rodině, probíhá nácvik vstávání z lůžka a následně chůze. Vyzkoušení vhodných kompenzačních pomůcek, ve spolupráci s protetikou je možnost zajištění ortézy na postiženou končetinu. Tato ortéza je plně hrazena pojišťovnou. Veškeré kompenzační pomůcky se objednávají před dimisí a klient odchází do domácí péče už se zajištěnými pomůckami. Potřeba rehabilitace vedená fyzioterapeutem prováděná v domácím prostředí musí být napsaná v propouštěcí zprávě od ošetřujícího lékaře. (17)

Výživa

Nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem edukuje klienta a rodinu o vhodné stravě. Cílem dietního opatření je snížení hladiny cholesterolu a dalších tuků v krvi. Základem je

omezit přísun živočišných tuků a zvýšit příjem nenasycených mastných kyselin. Snížit přísun jednoduchých cukrů a dostatečný příjem vlákniny.

Mléčné výrobky konzumovat jen v odtučněné formě, celozrnné nebo sojové pečivo je bohaté na vlákninu. Jaká nevhodnější masa jsou doporučována zejména drůbeží, které se konzumuje bez kůže. Ryba by se měla objevit v jídelníčku, alespoň dvakrát týdně. Ovoce a zelenina by měla být v jídelníčku bohatě zastoupená. Těstoviny a přílohy jsou bez omezení, pouze při nadváze je důležité kontrolovat množství. Důležitý je pitný režim, denní příjem by měl být okolo 2 litrů. Moučníky jen výjimečně a to bez šlehačky, bez krému. Čokoláda, sušenky a alkohol se nedoporučuje. (17)

Prevence dekubitů, pneumonie a pádů

Důležitá je edukace u částečně soběstačného nebo ležícího nemocného o riziku vzniku dekubitů a pneumonie. Všeobecná sestra vysvětlí a názorně ukáže polohování nemocného, predilekční místa, doporučí vhodnou kosmetiku na ošetření pokožky, názorně předvede vibrační masáž a doporučí pomůcky k dechové rehabilitaci. Vždy je nutné edukovat o riziku pádu nebo o riziku poranění nemocného při neglect syndromu. (17)

Aktivizace klienta

Rodina zajistí tělesné potřeby, ale nesmí zapomenout i na vhodnou aktivizaci během dne. Ležícímu klientovi je možnost předčítat z knihy, pustit televizi, rádio, ale i komunikace s klientem je přínosná. S částečně soběstačným klientem může rodina chodit na krátké procházky, provozovat ergoterapii, ale i ponechat určité činnosti v domácnosti s přihlédnutím na soběstačnost.

Edukace o medikaci

Všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem edukuje o medikaci. Vysvětluje různou sílu léků, indikační skupiny, spjitost některých léků s jídlem. Klient je vždy propouštěn ze zdravotnického zařízení s připravenými léky na tři dny. (17)

Edukace o sociálně právní pomoci a možnosti lázní

Sociální sestra, lékař nebo všeobecná sestra edukuje o možnosti sociálně právní pomoci, a možnosti pobytu v lázních. Návrh na pobyt v lázních na náklady zdravotního pojištění podává praktický lékař nebo ošetřující lékař. Lékař vybírá typ léčby, doporučuje

místo léčby a vyznačuje stupeň naléhavosti. Tento návrh je odeslán ke schválení pojišťovně. (17)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

6.1 Výzkumný problém

Cévní mozková příhoda je onemocnění s velkým sociálním dopadem. Lidé postižení tímto onemocněním jsou často přeloženi po zaléčení akutní fáze do ústavné péče, nikoliv do domácí péče. Péče o nemocného v domácím prostředí je velmi náročná finančně, časově i psychicky. Pro nemocného je péče v domácím prostředí poskytovaná blízkou rodinou velice přínosná, nabízí mu podnětné a známé prostředí a tím umožňuje další zlepšování zdravotního stavu. Velmi důležitá je pro domácí péči edukace rodiny a klienta ze strany zdravotnického zařízení.

6.2 Výzkumný cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo shromáždění informací pomocí rozhovoru s klientem a rodinami a tím zjistit ovlivnění rodiny způsobené zdravotní změnou rodinného příslušníka. Dále jsem pomocí rozhovoru zjišťovala vnímání kvality života člověka po cévní mozkové příhodě a informovanost rodiny a klienta o onemocnění při dimisi do domácí péče ze strany zdravotnického personálu.

6.3 Výzkumné otázky

1. Jaká je kvalita života rodiny pečující o nemocného po CMP?
2. Jaká je kvalita života klienta po CMP v domácím prostředí?
3. Je úroveň edukace klienta a rodiny při dimisi z nemocnice do domácí péče dostatečná?

6.4 Metoda výzkumu

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí rozhovoru. Rozhovor byl strukturovaný, tudíž veden pomocí předem stanovených otázek, na které odpovídali spontánně a bylo umožněno vyjádření pocitů a názorů. Ke sběru dat byly použity dva typy rozhovoru. První typ rozhovoru byl určen pro respondenta po CMP a druhý typ rozhovoru pro rodiny, které o něho pečují. Rozhovor se skládal z osmi otázek. Rozhovor probíhal v domácím prostředí. Informace sdělené mi rodinou jsem zaznamenávala formou

poznámek do notesu a později je ve zkrácené formě zaznamenávala do bakalářské práce. Rodinám byla zaručena anonymita.

6.5 Výzkumný vzorek

Výzkumného šetření se zúčastnily tři rodiny. Věk respondentů po cévní mozkové příhodě byl v rozmezí 74-85 let. Rodiny, s kterými byl prováděn rozhovor se skládal z dcer a vnuček respondenta po CMP. Rozhovory probíhali v prosinci roku 2011 a uskutečnili se v Mělníku, Brandýse nad Labem a v Hrádecku u Kralovic.

7 ROZHOVORY

7.1 Rodina číslo 1

Paní Dagmar ve věku 75 let, vdova, prodělala v červenci roku 2009 ischemickou cévní mozkovou příhodu s následnou hemiparézou pravé poloviny těla a oftalmoplegií. Hospitalizace proběhla v nemocnici Mělnická zdravotní a.s. Po dimisi pokračovala v domácím prostředí fyzioterapie po dobu jednoho měsíce dvakrát týdně. Před příhodou byla plně soběstačná ve všech denních činnostech. Po příhodě je chůze možná díky chodítku, je nutná dopomoc při hygieně ve sprchovém koutu, při stolování, oblékání. Paní Dagmar je plně kontinentní, přes den používá toaletu a na noc se k lůžku dává pojízdný klozet z důvodu strachu paní Dagmar z pádů. Léky připravuje rodina na týden a paní Dagmar si je bere sama. Kognitivní funkce v pořádku, orientovaná časem i místem. Žije sama v rodinném domě, před dvěma lety ovdověla. Rodina, která ji ošetřuje, bydlí ve vedlejším rodinném domě a je složena ze snachy paní Dagmar a dvou vnuček. Rozhovor probíhal se všemi třemi členy rodiny.

7.1.1 Rozhovor s respondentem po CMP

1. „Jak byste hodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem bezprostředně po CMP?“

No to bylo hrozný, najednou z ničeho nic se to stalo. Pořád jsem si říkala, že když se budu snažit, tak se můj zdravotní stav zlepší a bude všechno jako dřív. Bohužel po nějakém čase jsem zjistila, že úplně v pořádku už nikdy nebudu. Doktoři mě pořád chválí, jak jsem se zlepšila, ale pro mě to není moc velká útěcha.

2. „S odstupem času jak se díváte na situaci těsně po propuštění z nemocnice?“

Jako jedno překvapení za druhým. Když jsem přijela domů z nemocnice, neměla jsem doma žádné kompenzační pomůcky, prostě nic. To se muselo rychle zařídit. Další problém byla moje závislost na druhém člověku. Ze začátku mi pomáhala celá rodina, později převážně děda a Anička (snacha p. Dagmar).

2a) „Setkala jste se s negativním postojem z důvodu rozhodnutí domácí péče vůči Vám od některého člena vaší rodiny?“

Ne, všichni s mojí volbou souhlasili.

3. „Cítíte změnu sebehodnocení z důvodu CMP, které Vás zasáhlo z plné soběstačnosti?“

To víte, že jo. Připadám si tady zbytečná. S tím okem už nic nemohu. Akorát všechny musím obtěžovat, jelikož potřebuji jejich pomoc.

4. „Při dimisi z nemocnice v roce 2009 edukoval Vás někdo o kompenzačních pomůčkách, sociálně-právní pomoci, ošetřovatelské péči, podávání léků, prevence komplikací, atd.“

Ne, vůbec nikdo nám nic neřekl. Ani poukázky na pomůcky nám v nemocnici nedali. Ještě, že mám vnučku zdravotnici, jinak nevím. Ta chudák všechno musela zařídit. Musela ostatní naučit pracovat s léky a jak mi správně pomáhat.

5. „Které omezení po CMP Vás nejvíce obtěžuje?“

Určitě oko. Já jsem bez toho oka úplně nemožná.

6. „Myslíte, že Vám toto onemocnění ovlivnilo Vaše povahové vlastnosti?“

Ne, ničeho jsem si nevšimla. Jsem pořád stejná.

7. „Zasáhlo toto onemocnění ekonomickou stránku vaší rodiny?“

To víte, že jo. Více doplácím na léky a některé pomůcky domů jsem si platila sama.

A když děda zemřel, musela jsem si nechat předělat topení z uhlí na elektrické, což znamenalo mnohem vyšší výdaje za teplo.

7a) „Edukoval Vás někdo o možnosti příspěvků na péči. Pokud ano, kdo?“

Ano, ale až mnohem později. Když mě přišla navštívit rodinná známá, tak se během rozhovoru zeptala, kolik беру příspěvek na péči. Já vůbec nevěděla, že něco takové existuje. Začala jsem se jí podrobněji vyptávat, co vše je potřeba k podání žádosti a následně to moje dcera zařídila.

7b) „Využíváte možnost pobírání příspěvků na péči?“

Ano, příspěvek na péči pobírám.

8. „Pocítujete, že by došlo od července roku 2009 ke změně rodinných vztahů?“

Ne, v tomhle ohledu je všechno stále stejné.

7.1.2 Otázky pro ošetřující rodinu

1. „Jak byste hodnotili zdravotní stav p. Dagmar dnes ve srovnání se stavem bezprostředně po CMP?“

Byla na tom mnohem hůř, než je nyní. Hodně se její zdravotní stav a hlavně soběstačnost zlepšila. Rovnováha se zlepšila, chůze je mnohem jistější. První dva měsíce nezvládla téměř nic a dnes zvládne většinu věcí pojených s chodem domácnosti sama nebo s mírnou dopomocí.

2. „Když propustili p. Dagmar z nemocnice, využili jste pomoc od organizací zabývajících se domácí péčí?“

Ne. Obvodní lékařka nám řekla, že její pojišťovna domácí péči neproplácí a babička (p. Dagmar) si to z finančních důvodů nemohla dovolit.

2a) „Kdo se na péči o paní Dagmar z rodiny podílí nejvíc?“

Největší podíl na péči má máma (snacha p. Dagmar), jelikož je ve starobním důchodu. Zbytek rodiny se na péči také podílí, ale z časových důvodů menším dílem.

3. „Domníváte se, že se p. Dagmar se svým postižením vyrovnala?“

Ne, nikdy se nesmířila se sníženou soběstačností. Mrzí ji, že už nikdy nebude moci dělat některé činnosti a při některých činnostech bude potřebovat pomoc druhých.

4. „Při dimisi z nemocnice po první CMP v roce 2009, edukoval vás někdo o kompenzačních pomůckách, sociálně-právní pomoci, ošetrovatelské péči, podávání léků, prevencí komplikací, atd.“

Ne, vůbec nic nám nikdo neřekl, ale naštěstí Jitka (vnučka p. Dagmar) je zdravotnice, takže hodně věcí zařídila a naučila nás, jak se o babičku starat.

5. „Které omezení p. Dagmar je z hlediska zátěže pro vás nejnáročnější?“

Určitě pohybové omezení. Sice se pohybuje pomocí chodítka, ale člověk jí musí dopomáhat do sprchového koutu, do postele, pomoci při oblékání. Teď, jak je doma sama, bojíme se pádů. Naštěstí se naučila nosit mobil u sebe, takže vždy nám zavolá, když se něco děje. Máma (snacha p. Dagmar) chodí k babičce několikrát denně.

6. „Změnilo onemocnění povahové vlastnosti p. Dagmar?“

V některých situacích si všimneme, že se změnila. Dříve se víc smála a měla větší radost ze života. Také je více zaměřená na sebe než na své okolí, je sebestředná.

7. „Zasáhlo toto onemocnění ekonomickou stránku vaší rodiny?“

Ne, babička (p. Dagmar) si vždy chtěla vše platit sama a žádnou pomoc v tomhle ohledu po nás nikdy nechtěla.

7a) „Edukoval vás někdo o možnosti využití výhod pramenících z péče o osobu blízkou. Pokud ano, kdo?“

Ne nikdo nás needukoval a ani jsme se o to nikdy nezajímali.

7b) „Využíváte těchto výhod?“

Ne.

8. „Pocitujete, že by došlo v posledních dvou letech ke změně rodinných vztahů?“

Mrzí nás postoj jejích dětí, které se na péči podílejí velice málo a to většinou s přemlouváním. Zato v široké rodině došlo ke zlepšení vztahů. Bohužel víme, že až tady babička nebude, zase se vztahy s širokou rodinou přetrhají. Jinak u nás doma k žádným negativním změnám nedošlo.

7.1.3 Shrnutí

Z rozhovoru s paní Dagmar vyplívá, jak je CMP závažné onemocnění z důvodu socio-ekonomického dopadu. Paní Dagmar se musela vyrovnat se změnou soběstačnosti, která ji postihla z plného zdraví. Zhoršenou soběstačnost vnímá jako největší problém. Z rozhovoru je cítit vděčnost p. Dagmar rodině za pomoc, převážně vděčnost paní Anně (snacha p. Dagmar).

Dále z rozhovorů jasně vyplívá, jak je v některých ohledech odlišný názor na situaci. Paní Dagmar za svůj největší handicap označila oko, zato rodina sníženou

pohybovou aktivitu. Vyplývá to z potřeb jedince, které jsou individuální a snaha uspokojit je. Potřeba číst si, koukat na televizi, přijímat nové informace je zhoršena vlivem sensorického postižení, které může být kompenzováno brýlemi, lupou a dalšími kompenzačními pomůckami, ale přesto nebude potřeba plně uspokojena. Pohybové postižení je rovněž limitující, ale díky kompenzačním pomůckám a pomoci ze strany rodiny je tato potřeba dle p. Dagmar dostatečně uspokojena. Další rozdíl v otázkách byla na povahové vlastnosti p. Dagmar. Respondentka si žádné změny své osoby nevšimla, zato rodina ji označila za sebestřednou a posmutnělou. U paní Dagmar působí více faktorů najednou. Vliv nemoci, zúžení okruhu zájmů z důvodu snížené mobility a sensorického postižení, pocit prázdnoty a zbytečnosti. To vše má za následek změnu povahových vlastností. Změny rodinných vztahů si paní Dagmar nepřipouští, zato rodina vypověděla zlepšení vztahů s ostatními příbuznými.

Rodina je onemocněním paní Dagmar velice limitována. Paní Anna zajišťuje většinu času péči, jelikož je doma ve starobním důchodu. Její dcery studují anebo chodí do zaměstnání. Pomoc dětí paní Dagmar označují za nedostatečnou.

7.2 Rodina č. 2

Paní Květoslava, ve věku 82 let, prodělala v červnu roku 2010 ischemickou cévní mozkovou příhodu s následnou levostrannou hemiplegií. Hospitalizace proběhla v nemocnici na Bulovce v Praze. V rámci následné péče byla paní Květoslava umístěna do rehabilitačního zařízení v Praze na Žižkově, kde byla hospitalizována jeden měsíc. Před příhodou plně soběstačná, žila sama v městském bytě v Brandýse nad Labem. Nyní závislá na pomoci rodiny. Dopomoc při sedu, vstávání z lůžka. Chůze možná pomocí chodítka a při zrakové kontrole rodiny. Stolování, hygiena, oblékání s dopomocí. Plně inkontinentní, používání plenkových kalhotek. Léky připravuje rodina a paní Květoslava si je bere pod zrakovou kontrolou některého člena rodiny. Kognitivní funkce v pořádku, orientovaná časem i místem. Po ukončení pobytu v rehabilitačním zařízení si ji vzala dcera s rodinou do domácí péče. Rodina se skládá z dcery, manžela a vnučky. Rozhovor probíhal s dcerou a vnučkou. Manžel se odmítl zúčastnit výzkumu.

7.2.1 Rozhovor s respondentem po CMP

1. „Jak byste hodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem bezprostředně po CMP?“

Přijde mi to pořád stejné. Nic se od té doby nezměnilo. Doktoři mi říkali, že mam takzvanou ukončenou mrtvici, že to bude stejný, ale pořád jsem doufala. Akorát jsem si na to už zvykla.

2. „S odstupem času jak se díváte na situaci těsně po propuštění z rehabilitačního zařízení do domácí péče?”

No, já byla hlavně ráda, že si mě rodina vzala, že nemusím nikam do ústavu. Všechno jsem měla zařízený od rodiny.

2a) „Setkala jste se s negativním postojem z důvodu rozhodnutí domácí péče vůči Vám od některého člena vaší rodiny?”

No vím, že trochu manžel mojí dcery nesouhlasil. Ale to víte, chlap se bojí, že mě bude muset přebalovat nebo něco podobného. Jinak všechno bylo v pořádku.

3. „Cítíte změnu sebehodnocení z důvodu CMP, které Vás zasáhlo z plné soběstačnosti?”

To víte, že jo. Vadí mi, že nemůžu pomoci, že se tu akorát válím, ale co mi nejvíce vadí, jsou ty pleny. Není to moc příjemné, když vás vlastní dcera musí přebalovat.

4. „Při dimisi z nemocnice po CMP v roce 2010 edukoval Vás někdo o kompenzačních pomůckách, sociálně-právní pomoci, ošetřovatelské péči, podáváníí léků, prevence komplikací, atd.?”

V nemocnici mi nikdo nic neřekl, akorát jsem dostala poukázky na kompenzační pomůcky. V rehabilitačním centru mi řekli, jak mam cvičit, rodině ukázali, jak mě mají polohovat, koupat a to je snad všechno.

5. „Které omezení po CMP Vás nejvíce obtěžuje?”

To, že chodím na záchod do plenek. Strašně se za to stydím.

6. „Myslíte, že Vám toto onemocnění ovlivnilo vaše povahové vlastnosti?“

No vím, že mě má rodina občas plné zuby, ale myslím, že já sama jsem se nezměnila. Spíš jsou všichni unavený.

7. „Zasáhlo toto onemocnění ekonomickou stránku vaší rodiny?“

Ne, jelikož jsem byla vždycky zvyklá šetřit, takže peněz mam dost. A všechny pomůcky jsem dostala přes pojišťovnu. Dceři a vnučce nechávám příspěvky na péči.

7a) „Edukoval Vás někdo o možnosti příspěvků na péči. Pokud ano, kdo?“

Ano edukoval, když dcera byla dát papíry z nemocnice k obvodní lékařce, tak nám o tom pověděla.

7b) „Využíváte možnost pobírání příspěvků na péči?“

Ano, využívám. Peníze nechávám dceři a vnučce.

8. „Pocitujete, že by došlo v posledních dvou letech ke změně rodinných vztahů?“

No, všimla jsem si, že dcera s manželem spolu nevycházejí, ale oni to vždy měli jednou nahoře, jednou dole. Jinak je všechno stejné.

7.2.2 Otázky pro rodinu

1. „Jak byste hodnotili zdravotní stav p. Květy dnes ve srovnání se stavem bezprostředně po CMP?“

Po zdravotní stránce se nic moc nezměnilo. Naučila se spoustu věcí dělat pomocí kompenzačních pomůcek, nebo jen jednou rukou.

2. „Když propustili p. Květu z nemocnice, využili jste pomoc od organizací zabývajících se domácí péčí?“

Ano, asi na dva měsíce si babička (p. Květa) platila ošetřovatelku. Přestali jsme těchto služeb využívat jak z důvodu ekonomických, tak i z toho důvodu, že mamka (dcera p. Květy) zůstala doma s babičkou.

2a) „Kdo se na péči o paní Květu z rodiny podílí?“

Největší podíl má mamka, jelikož zůstala doma s babičkou.

3. „Domníváte se, že se p. Květa se svým postižením vyrovnala?“

Asi ne, přijde nám, že se s tím stále nechce smířit. Nejvíce jí asi vadí, že už nebydlí sama, že není svým pánem.

4. „Při dimisi z nemocnice po první CMP v roce 2010 edukoval Vás někdo o kompenzačních pomůckách, sociálně-právní pomoci, ošetřovatelské péči, podávání léků, prevencí komplikací, atd.“

V nemocnici nám dali akorát poukázky a v rehabilitačním centru nám řekli, jak se máme o babičku starat. Hodně informací jsme se dozvěděly od své známé, která je zdravotní sestra.

4a) „Pokud ano, jaké jste přitom měly pocity?“

Strach. Nikdy jsme se o nikoho nestaraly, všechno bylo pro nás nové.

5. „Které omezení p. Květy je z hlediska zátěže pro vás nejnáročnější?“

Určitě to pohybové omezení. Vždyť to sama znáte, jak je těžké zvedat člověka. Babička se snaží pomoci, jak to jen jde, ale na celou jednu stranu těla je ochrnutá a s tím se už nic nenadělá.

6. „Změnilo onemocnění povahové vlastnosti p. Květy?“

Velice se změnila, vždy byla laskavá, milá. Teď má velice často záchvaty hysterie a vzteku. Hodně často se lituje.

7. „Zasáhlo toto onemocnění ekonomickou stránku vaší rodiny?“

Zasáhlo. Mamka (dcera p. Květy) musela skončit s prací a zůstat doma. Sice dostává od babičky příspěvky na péči, ale stejně to nedá dřívější částku.

7a) „Edukoval vás někdo o možnosti využití výhod pramenící z péče o osobu blízkou. Pokud ano, kdo?“

Ano, obvodní lékařka.

7b) „Využíváte těchto výhod?“

Ano, využíváme.

8. „Pocítujete, že by došlo od června roku 2010 ke změně rodinných vztahů?“

Ano, bohužel došlo. S bratrem (synem p. Květy) se nebavíme, jelikož odmítl jakoukoliv spoluúčasť na péči. S manželem to také není od té doby úplně nejrůžovější. Žárlí na babičku, jelikož byl vždy zvyklý, že se vše točilo převážně kolem něho.

7.2.3 Shrnutí

Z rozhovoru jasně vyplívá, jaký má dopad péče o nemocného člověka na chod rodiny. Manžel dcery paní Květy s rodinou téměř nekomunikuje a na péči se odmítá zúčastnit.

Dcera s vnučkou byly v rozhovoru velice vstřícné, ale v momentě dotazů na chod rodiny, byly velice uzavřené a nechtěly toto téma příliš rozebírat. Vnímají to jako selhání funkce rodiny.

Zvláštní je rozdílnost odpovědí na změny povahových vlastností u paní Květy z důvodu změny zdravotního stavu. Paní Květa si změnu příliš nepřipouští, zato rodina uvedla velké změny, od záchvatu zuřivosti až k sebelítosti. Ani změny vztahů v rodině si paní Květa nepřipouští, a když, tak ve velice malé míře. Na dotaz, zda rodina o tom s paní Květou komunikuje, bylo mi sděleno, že nechtějí se s ní o tom bavit, jelikož jí to nechtějí dávat za vinu. Ten samý postoj má rodina při řešení ekonomických potíží. Paní Květa neví o ekonomických problémech, myslí si, že příspěvky na péči kompenzují ztrátu zaměstnání dcery.

Z celého rozhovoru je zřejmé selhání komunikace na obou stranách. Rodina se bojí cokoliv říci paní Květě, jelikož se obává, že si to bude dávat za vinu. A tak paní Květa žije s myšlenkou, že je téměř vše v pořádku. Ano, jistý příznivý vliv to na paní Květu má, je ale otázkou, jaký příznivý vliv to má pro ošetřující rodinu.

7.3 Rodina č. 3

Pan Jaroslav ve věku 74 let, vdovec, prodělal v roce 2008 ischemickou cévní mozkovou příhodu s reziduální pravostrannou hemiparézou na podkladě kariogenní embolizace při fibrilaci síní s následnou intracerebrální hemoragií temporoparietooccipitálně vlevo. Hospitalizace proběhla ve Fakultní nemocnici Plzeň Lochoťín. Před mozkovou příhodou byl plně soběstačný ve všech denních činnostech. Po příhodě je chůze s dopadáním na pravou dolní končetinu, při hygieně pouze zrková kontrola jako prevence pádu. Příprava jídla a stolování zcela bez pomoci, s oblékáním

potřebuje pomoc pouze s navlékáním ponožek a zapínáním knoflíků u košile. Pan Jaroslav je plně kontinentní, přes den i noc si dojde na toaletu. Léky mu připravuje rodina na celý týden dopředu a on si je potom bere sám. Žije v rodinném domku s rodinou, ovdověl už před 20 lety. V rodinném domu žije s dcerou, jejím manželem a vnučkou. Rozhovor probíhal pouze s dcerou a vnučkou. Manžel se odmítl výzkumu zúčastnit.

7.3.1 Rozhovor s respondentem po CMP

1. „Jak byste hodnotil své zdraví dnes ve srovnání se stavem bezprostředně po CMP?“

Dnes už je to lepší. Pohyb prstů na pravé ruce se mírně zlepšil nebo lépe řečeno naučil jsem se s tímto menším nedostatkem žít.

2. „S odstupem času, jak se díváte na situaci těsně po propuštění z nemocnice?“

Bylo to pro mě hrozné. Nemohl jsem dělat věci, které jsem normálně předtím dělal.

2a) „Setkal jste se s negativním postojem z důvodu rozhodnutí domácí péče vůči Vám od některého člena vaší rodiny?“

Ne, nesetkal. Až později přišly problémy.

3. „Cítíte změnu sebehodnocení z důvodu CMP, které Vás zasáhlo z plné soběstačnosti?“

Ano cítím. Hrozně mě štve, že nemohu dělat věci jako dřív.

4. „Při dimisi z nemocnice po CMP v roce 2008 edukoval Vás někdo o kompenzačních pomůckách, sociálně-právní pomoci, ošetrovatelské péči, podávání léků, prevence komplikací, atd.“

Dostal jsem, tedy má rodina dostala návod, jak mám brát léky. Jinak nic jiného mi neřekli.

5. „Které omezení po CMP Vás nejvíce obtěžuje?“

Nejvíce mě obtěžuje, že neumím mluvit, nemám pořádný cit v prstech a kulhám na pravou nohu.

6. „Myslíte, že Vám toto onemocnění ovlivnilo vaše povahové vlastnosti?“

Myslím si, že ano. Jsem daleko nervóznější, když mi něco nejde.

7. „Zasáhlo toto onemocnění ekonomickou stránku vaší rodiny?“

Myslím si, že jen trochu. Ale platím si to z důchodu.

7a) „Edukoval Vás někdo o možnosti příspěvků na péči. Pokud ano, kdo?“

Bohužel nikdo.

7b) „Využíváte možnost pobírání příspěvků na péči?“

Ne.

8. „Pocitujete, že by došlo v posledních letech ke změně rodinných vztahů?“

Ano pocituji. Ze strany zeteř (manžel dcery pana Jaroslava). Myslím, že mu vadí, že bydlím u nich doma.

7.3.2 Otázky pro rodinu

1. „Jak byste hodnotili zdravotní stav p. Jaroslava dnes ve srovnání se stavem bezprostředně po CMP?“

Myslíme si, že už je na tom děda lépe. Snaží se dělat věci sám. Je pravda, že docela trpí závratěmi, ale to je kvůli tomu srdíčku.

2. „Když propustili p. Jaroslava z nemocnice, využili jste pomoc od organizací zabývajících se domácí péčí?“

Ne nevyužily, jelikož jsme o nich nic nevěděly.

2a) „Kdo se na péči o pana Jaroslava z rodiny podílí?“

Nejvíce asi mamka (dcera p. Jaroslava) a pak Nikča (vnučka p. Jaroslava)

3. Domníváte se, že se p. Jaroslav se svým postižením vyrovnal?“

Myslíme si, že dodnes nikoliv. Je neustále nervózní. Pořád opakuje, že už to není ono.

4. „Při dimisi z nemocnice po CMP v roce 2008 edukoval Vás někdo o kompenzačních pomůckách, sociálně-právní pomoci, ošetřovatelské péči, podávání léků, prevencí komplikací, atd.“

Informovali nás pouze o podávání léků. Jinak nic.

4a) „Pokud ano, jaké jste přitom měli pocity?“

Spíše neutrální, jelikož Nikča (vnučka pana Jaroslava) je zdravotní sestra. Takže jsme věděly, že to ona bude připravovat léky.

5. „Které omezení p. Jaroslava je z hlediska zátěže pro vás nejnáročnější?“

Asi to, že mu moc nerozumíme z důvodu postižení řeči.

6. „Změnilo onemocnění povahové vlastnosti p. Jaroslava?“

Děda je více nervózní a taky více nedočkavý.

7. „Zasáhlo toto onemocnění ekonomickou stránku vaší rodiny?“

Myslíme si, že moc ne. Jde spíš jen o to, že je v naší rodině o jednoho člena víc, což znamená větší výdaje.

7a) „Edukoval vás někdo o možnosti využití výhod pramenící z péče o osobu blízkou. Pokud ano, kdo?“

Ne, needukoval.

7b) „Využíváte těchto výhod?“

Ne.

8. „Pocitujete, že by došlo v posledních dvou letech ke změně rodinných vztahů?“

Vztahy s naším otcem (zeť p. Jaroslava) nejsou příliš dobré. Ani předtím, než jsme si vzali dědu (p. Jaroslav) k sobě, to nebylo dobré, ale od té doby je to ještě horší. Téměř s námi nekomunikuje.

7.3.3 Shrnutí

Pan Jaroslav se při rozhovoru jevil jako vyrovnaný muž, který si uvědomuje svou situaci. Rodina byla při rozhovoru velice vstřícná a otevřená. Manžel dcery pana Jaroslava se rozhovoru nezúčastnil.

Jako největší handicap rodina i pan Jaroslav označili poruchu řeči. Během rozhovoru jsem musela dvakrát poprosit o opakování odpovědi. Dle slov rodiny, v řeči udělal pan Jaroslav největší pokrok. Pan Jaroslav to takto nevnímá, vadí mu, že i byť trochu, ale přece jen je řeč postižená. Při dotazu na logopeda, rodina odpovídá, že nikdo pana Jaroslava k logopedovi neposlal.

Situace v rodině je taková, že manžel dcery pana Jaroslava s rodinou téměř nekomunikuje a dává najevo nelibost z pobytu pana Jaroslava u nich v domácnosti.

Díky malému handicapu pana Jaroslava není rodina příliš limitována. Dcera chodí do zaměstnání a vnučka pana Jaroslava studuje. Jako největší problém vnímají manžela dcery pana Jaroslava.

DISKUZE

Výzkum byl zaměřen na kvalitu života klienta a rodiny po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života klienta po cévní mozkové příhodě, kvalitu života rodiny pečující o nemocného člena rodiny a úroveň edukace ze strany zdravotnického zařízení.

Pro výzkum byl použit strukturovaný rozhovor, který byl veden s klientem a rodinou zvlášť. Rozhovor se skládal z osmi otázek a byl veden se třemi rodinami. Se všemi třemi rodinami se mi pracovalo velmi dobře. Byli otevření a vstřícní. V momentě položení otázky na intimnější téma se objevily rozpaky ze strany rodiny. Otázky jsem pokládala co nejtaktněji a s ohledem na rodinu jako na nejvýznamnější sociální skupinu.

Výhoda kvalitativního výzkumu spočívá v hloubkovém porozumění pocitů a situaci respondenta. Nevýhoda spočívá v subjektivitě odpovědí a jejich zpracování.

První výzkumnou otázkou jsem se zaměřila na kvalitu života rodiny. **Jaká je kvalita života rodiny pečující o klienta po CMP v domácím prostředí?**

Z rozhovoru vyplývá, že péče poskytovaná v domácím prostředí je velmi náročná psychicky, fyzicky a ekonomicky. Ekonomická náročnost byla potvrzena u dvou rodin ze tří rodin. U první rodiny hráli významnou roli vyšší doplatek na léky a cena kompenzačních pomůcek, třetí rodina měla finanční problémy pramenící z odchodu pečovatele ze zaměstnání a nedostatečnou komunikací v rodině o finančních problémech. Další problém, proč je péče o nemocného člena rodiny velmi vyčerpávající, je časová náročnost. Pečovatel se stará o nemocného v podstatě nepřetržitě a nemá čas sám na sebe. Tento závěr byl potvrzen u rodin číslo jedna a tři. Výsledek vyvrací výzkum prováděný pí Mrázovou, kdy z padesáti respondentů pouze 15 osob odpovědělo, že muselo omezit své aktivity. U dvou rodin ze tří byla zjištěna problematická situace ze strany manžela dcery, která se o nemocného stará. Muži se nedokázali vyrovnat s pobytem další osoby, která potřebuje pomoc při denních činnostech, ve společné domácnosti. Ať už je to z důvodu žárlivosti (péče není poskytována jemu, manžel si připadá „odsunutý na druhou kolej“), k těmto pocitům ho mohou vést i ekonomické či prostorové důvody. Na dotaz, zda se s manželem o problému baví, bylo odpovězeno, že manžel odmítá na toto téma komunikovat. Pí Mrázová ve svém výzkumu zjistila, že poměr mezi muži a ženami poskytujícími péči je 30:70, což potvrzuje závěr této práce.

Další překážku u zkoumaných rodin představovala komunikace. Komunikace nás provází celý život. Člověk má potřebu předávat a přijímat informace. Pomocí slov vyjádřit radost, lásku, pomocí gest pohladit, utěšit. Rodina je nejdůležitější sociální skupinou a přesto i zde se vyskytuje problém s komunikací. Lidé, kteří se milují, spolu nedokáží komunikovat. Z šetření vyplývá, že narušená komunikace souvisí s potřebou chránit milovaného člověka. Rodina se bojí cokoliv říci, aby si to jejich blízký, o kterého pečuje, nevyložil jako výčitku, a blízký, o kterého se rodina stará v domácí péči, se bojí cokoliv říci, aby si to rodina nevysvětlovala jako nevděčnost. Každý člověk má určitá tajemství. Buď svá, nebo sdílející je ještě s někým jiným. Ale nejsou to tajemství, která by neměla být řečena. Z rozhovorů je zřetelné, že se jedná o závažné informace. Myslím, že rodina, která je schopna vyrovnat se změnou zdravotního stavu jednoho ze svých členů a zvládá domácí péči, je schopna si říci i nepříjemné informace a v klidu si o nich promluvit. Rodina má strach začít s rozhovorem, ale už jednou někdo řekl, že strach je tu proto, aby byl překonán.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na kvalitu života klienta po CMP. **Jaká je kvalita života klienta po CMP v domácím prostředí?**

Všichni tři klienti byli velmi vděční svým rodinám za poskytnutí pomoci a umožnění života v domácím prostředí. Doma se cítí v bezpečí, což potvrzuje i ve svém výzkumu pí Mrázová, u seniorů se jedná o nejžádanější potřebu.

Všechny tři rozhovory se shodovaly v pocitu sníženého sebehodnocení u člověka po CMP. Člověk se změnou zdravotního stavu vyrovná, ale s následky spojené s onemocněním se vyrovnává velmi těžko. Celý život byl plně soběstačný a najednou potřebuje pomoc od druhé osoby. S touto potřebou je spojen pocit zbytečnosti, sebelítost, nervozity, vzteku, samoty. S touto problematikou jsem se střetla ve všech třech případech. Velice důležitá je podpora rodiny a podpora soběstačnosti člověka po CMP. Komunikovat s člověkem o jeho problémech, vyslechnout ho. S pocitem samoty se setkala i ve svém výzkumu pí Tumpachová, která zjistila, že 45% respondentů ze sta žijících v domácím prostředí a s omezenou soběstačností pociťuje někdy pocit samoty.

Dále ve svém výzkumu pí Tumpachová zjistila, že omezení související se změnou soběstačnosti pociťuje 43% dotazovaných a 31% pociťuje smíření. Pro smíření se změnou zdravotního stavu je nejdůležitější čas. Všichni tři respondenti odpověděli, že

bezprostředně po CMP byla jejich emoční situace nejhorší a postupně se začala zlepšovat, případně došlo k úplnému smíření s postižením.

Třetí výzkumná otázka se týkala úrovně edukace klienta a rodiny ze strany zdravotnického zařízení. **Je úroveň edukace klienta a rodiny při dimisi z nemocnice do domácí péče dostatečná?**

V rozhovoru byla snaha nalézt odpověď pomocí otázek číslo 4. a 7. Z odpovědí respondentů vyplývá nedostatečná edukace ze strany zdravotnického zařízení při dimisi do domácí péče. Všechny tři rodiny byly edukovány ve velice malé míře, případně vůbec. Je s podivem, že všichni tři respondenti byli hospitalizováni v jiném zdravotnickém zařízení a přesto odpověděli téměř identicky. Třetí rodinu dokonce nikdo needukoval o pobírání příspěvků na péči a dozvěděli se o nich až ode mne během rozhovoru. Podobných výsledků dosáhla ve svém výzkumu i pí Chamerová, která se zaměřila na edukační materiály o cévní mozkové příhodě ve zdravotnickém zařízení. Navštívila čtyři okresní nemocnice, dvě krajské, čtyři fakultní nemocnice, tři polikliniky, jednoho obvodního lékaře a jednoho specialistu. Z toho okresní nemocnice, poliklinika, obvodní lékař a specialista neposkytovali žádné edukační materiály. Dále zjistila, že další nedostatek edukačních materiálů spočívá v používání odborných termínů, široká veřejnost jim často nerozumí.

Z rozhovorů je dále zřejmé, že povinnost edukace za zdravotní zařízení velmi často přebírají zdravotník v okolí rodiny nebo přímo člen rodiny se zdravotnickým vzděláním. Je přínosné, že zdravotníci jsou schopni pomoci a dávat dobré rady. Já sama jsem se již několikrát setkala ve svém okolí s lidmi, kteří se na mě obracejí s různými dotazy. Přímo v mém prostředí se nachází senior v domácí péči po CMP, mnohokrát se na mě rodina obracela s dotazem a já jsem vždy velmi ráda pomohla. Bohužel z těch dotazů mi došlo, že rodina nebyla vůbec edukována a to ani v základních otázkách. Ano, je to obrovský přínos mít ve svém okolí zdravotníka, ale nelze, aby na to zdravotnické zařízení spoléhalo. Ne každá rodina má tyto možnosti a pak jsou tito lidé odkázáni na scestné informace z internetu a z dalších zdrojů.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo vymezit pojem kvalita života člověka, definovat onemocnění cévní mozková příhoda, popsat změny spojené se stářím a vypsát druhy sociálně-právní pomoci ze strany státu v domácím prostředí. Domnívám se, že stanovený cíl teoretické části byl splněn.

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit ovlivnění rodiny způsobené zdravotní změnou rodinného příslušníka. Z výzkumu vyplynulo, že ovlivnění rodiny je nejčastěji z důvodu oboustranné chybné komunikace a špatných rodinných vztahů za strany manželů dcer, poskytující péči člověku po CMP. Z tohoto závěru jsem byla asi nejvíce překvapená a neustále přemýšlím, proč muži takto reagují, proč jim tolik vadí přítomnost osoby, která potřebuje jejich pomoc. Bohužel kontakt s manželkou se mi nepodařil, jelikož se odmítli zúčastnit šetření. Je otázka, zda by se manžel choval stejně, pokud by byla osoba potřebující pomoc jeho vlastní otec nebo matka. Tato problematika je velice zajímavá a myslím, že by bylo přínosné pokračovat v budoucnu s výzkumem zaměřeným na postoj mužů ve chvíli, kdy je péče poskytována jeho rodičům.

Druhým cílem bylo zjistit vnímání kvality života člověka po CMP. Člověk po CMP vnímá svůj život méně kvalitně z důvodu snížené soběstačnosti a závislosti na pomoci druhé osoby. Z této skutečnosti pramení i změna sebehodnocení a to směrem dolů. Ze strany zdravotníků je velmi důležité podporovat soběstačnost jedince od začátku hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a podporovat rozhodnutí rodiny pro domácí péči.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost rodiny a klienta při dimisi ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí. Svoji nezastupitelnou roli zde hrají zdravotníci. Zdravotník by měl být vždy oporou pro nemocného a jeho rodinu, měl by jim trpělivě zodpovídat veškeré dotazy a podporovat je v jejich rozhodnutí pro domácí péči. Bohužel z rozhovorů jsem zjistila naprosto nedostatečnou edukaci ze strany zdravotníků. Je zřejmé, že k dispozici byl jen velice malý vzorek, a proto je třeba zdůraznit, že závěr vyplývající z rozhovorů se nedá použít jako definitivní výsledek a pro větší objektivizaci je zde nutný další výzkum s širším vzorkem respondentů.

Bakalářská práce je přínosem pro zkvalitnění života klienta a rodiny po CMP v domácím prostředí. Tato práce by mohla být užitečná rodinám pečující o rodinného

příslušníka, pro zdravotníky, jako návod na edukaci rodin a klienta a pro studenty, kteří se zajímají o tuto problematiku.

LITERATURA A PRAMENY

1. PAYNE, Jan a et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005. 241 s. ISBN 80-7254-657-0.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
3. FIALA, Pavel ; VALENTA, Jiří a EBERLOVÁ, Lada . *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2008. 173 s. ISBN 9788024614915.
4. SILBERNAGL, Stefan a DESPOPOULOS, Agemenmnon. *Atlas fyziologie člověka : 6. vydání, zcela přepracované a rozšířené*. Vyd. 6. Praha: Grada, 2004. 448 s. ISBN 978-80-247-0630-6.
5. KALITA, Zbyněk a et al. *Akutní cévní mozkové příhody : Diagnostika, patofyziologie, management*. 1. Praha: MAXDORF s.r.o., 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
6. TYRLÍKOVÁ, Ivana a et al. *Neurologie pro sestry*. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
7. FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7
8. TOMEČKOVÁ, Anna. *CMP- lokální intraarteriální trombolýza*. Sestra: Odborný časopis pro zdravotní sestry. 9/2002, 12, č.9, s. 12-13. ISSN 1210-0404.
9. BOHÁČOVÁ, Vlastimila. *Ošetrovatelská péče o pacienta po podání systémové trombolýzy*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Bc. Martina Šellingová.
10. VÁGNEROVÁ, Marie . *Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
11. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. Praha: Portál , 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
12. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

13. HÁLOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči I.* Javorník: MAJ.ZJ, 2007. 139 s. ISBN 80-239-7316-9.
14. KLUSOŇOVÁ, Eva a PITNEROVÁ, Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti.* Vyd. 2. Praha: NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423 2.
15. HUTAŘ, JUDr. Jan. *Sociálně právní minimum pro osoby se zdravotním postižením.* Vyd. 10. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR o.s., 2009. 241 s. ISBN 978-80-903640-4-2.
16. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. Interview s Alenou Lukešovou, všeobecnou sestrou pracující v edukačním centru iktového programu, Plzeň 27. 10. 2011.
18. MRÁZOVÁ, Lucie. *Úloha sestry při podpoře péče o nemocného seniora v rodině.* České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Sylva Bártlová Ph.D.
19. TUMPACHOVÁ, Renata. *Uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči.* České Budějovice, 2007. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Sloupová Burgerová.
20. CHAMEROVÁ, Romana. *Kvalita Edukačních materiálů týkajících se cévní mozkové příhody.* Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Fakulta Zdravotnických studií. Vedoucí práce Petra Mandysová.

SEZNAM ZKRATEK

CMP	Cévní mozková příhoda
CNS.....	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiograf
FN Plzeň	Fakultní nemocnice Plzeň
GCS.....	glasgow coma scale
INR.....	Protrombinový čas
IVT.....	intravenózní trombolýza, systémová trombolýza
MR	Magnetická rezonance
NIHSS	NIHSS Natonal institut of health stroke scale
PRIND	Protrahovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit
RHB	Rehabilitace
r-tPA.....	Rekombinantní aktivátor tkáňového plasminogenu
TIA.....	Tranzitorní ischemická ataka
VNS	Vegetativní nervová soustava

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1. - Barthelův test základních denních činností
- Příloha 2. – Glasgow coma scale
- Příloha 3. – NIHSS škála
- Příloha 4. – Mini mental state examination
- Příloha 5. – Škála rizika vzniku dekubitů dle Northonové

PŘÍLOHA 1. - BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0

6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: Deník praxe pro střední zdravotnické školy

PŘÍLOHA 2. – GLASGOW COMA SCALE

	1	2	3	4	5	6
Oči	Neotevře oči	Otevírá oči jako reakce na bolestivé podněty	Otevírá oči v reakci na hlas	Otevře oči spontánně	N / A	N / A
Verbální Projev	Neposkytuje žádné zvuky	Nesrozumitelné zvuky	Vypustí nevhodné slova	Zmatený, dezorientovaný	Orientovaný, hovoří běžně	N / A
Motorika	Neposkytuje žádné pohyby	Rozšíření na bolestivé podněty	Abnormální flexe na bolestivé podněty	Flexe / výběr na bolestivé podněty	Lokalizuje bolestivé podněty	Poslouchá příkazy

Zdroj: Deník praxe pro střední zdravotnické školy

PŘÍLOHA 3. - NIHSS ŠKÁLA

NIHSS	pac.	čas	0h	1h	2h	24h	D5	D10	D30	D90	
		dat.									
		čas									
1a. Úroveň vědomí zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (otroch, trauma, jazyk, bariéra, intubace), testuje se vždy.	0 - plně při vědomí, spolupracující 1 - spavý, po mírné stimulaci poslechne, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, odpor 3 - koma (reflexní či žádná odpověď)										
1b. Slovní odpovědi ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správné odpovědi, bez nápodoby.	0 - obě odpovědi zcela správné 1 - jedna správná, těžká dysartrie či jiná bariéra (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma										
1c. Vyhovnění výzváme požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0 - oba úkoly správné 1 - jeden úkol správný 2 - žádný správný, kóma										
2. Okulomotorika pohledová paretá poliačitelná OC manévry testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování). Testujeme i pac. v komatu.	0 - bez patologie 1 - izol. paretá okohybného nervu, deviace či 2 - nepoliačitelná deviace či pohledová paretá										
3. Zorné pole vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extlinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extlinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální)										
4. Faciální paretá Čenání zubů, zavření očí, elevace obočí.	0 - symetrický pohyb, bez postižení 1 - lehká paretá (např. asymetrie NL rýhy) 2 - úplná nebo částečná paréza dolní větve, centr. paréza 3 - kompletní (perif.) paréza uni- či bilaterální, kóma										
5. a 6. Motorika HKK do 90 st. v sedě resp. 45 st. vleže DKK do 30 st., kolísání na HKK je tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny, 9 se uděluje při jiném postižení končetiny - vysvětlit.	0 - bez kolísání 1 - kolísání nebo pokles, bez úplného pádu 2 - pohyb proti gravitaci, neudrží nad podložku 3 - pohyb po podložce 4 - plegie, bez pohybu, kóma (pro všechny konč.) 9 - amputace, ankylóza aj. příčný patolog. nálezu nesouvisející s příhodou	PHK									
		LHK									
		PDK									
		LDK									
7. Ataxie končetin testování prst-nos-prst na HKK a na DKK pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U slápych: nos-natažená HK. V komatu, při plegii atd. se hodnotí 0.	0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paretá. Kóma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.										
8. Senzitivita zkouší se ostřejším předmětem, u nespoupracujících slgickým podnětem (úniková reakce, grmása). Kóma hodnotíme 2.	0 - bez poruchy čítí 1 - lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgezie) 2 - těžká porucha sense s anestezie uni, či bilat. Kóma.										
9. řeč testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA DĚKUJI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak, Došlo na zem, Jsem už z práce doma. Popis obrázku.	0 - bez afázie 1 - lehká fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma										
10. Dysartrie Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).	0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazná setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, 9 - intubace, jiná bariéra										
11. Neglect Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0 - nepřítomen 1 - neglectuje 1 kvalitu, anosognoze 2 - neglectuje více jak 1 kvalitu, kóma.										
CELKOVÉ NIHSS											
A. Distanční motorické funkce	0 - normální 1 - alespoň částečná extenze do 5 s 2 - žádná volní extenze do 5 s	PHK									
		LHK									

PŘÍLOHA 4- MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Každý provedený úkol hodnotíte bodem.

1. Orientace - odpověď do 10 s

Jaký je dne den?

Jaký je dnes měsíc?

Kolikátého je dnes?

Které je roční období?

Který máme nyní rok?

Ve kterém jsem městě?

V kterém okrese (kraji)?

V jaké zemi?

Jak se jmenuje naše ulice?

V kolikátém poschodí jsme?

2. Zapamatování

Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval (a). Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na ty předměty znovu zeptám. Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě 5x. Je to podmínka pro úkol číslo 4. vybavování.

Lopata

Hrnek

Váza

3. Pozornost a počítání.

Nyní odečítejte od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud nechce vyšetřovaný počítat, vyzvěte jej: "**Hláskujte pozpátku slovo Tarok**". Dejte vždy bod za každé správné písmeno např. K-O-R-A-T = 5, K-O-T-A-R = 3.

4. Vybavování

A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal. Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

Lopata

Hrnek

Váza

5. Pojmenování předmětu

Co je to? (ukážte hodinky)

Co je to? (ukážte tužku)

6. Opakování

Za odpověď celou větou přidejte vyšetřovanému jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně.

Opakujte! **Dobrá kočka, která nemlsá.**

7. Stupňovaný příkaz.

Dejte vyšetřovanému do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol. Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.

1. stupeň - uchopení papíru do pravice
2. stupeň - přeložení papíru na polovinu
3. stupeň - položení papíru na zem

8. Čtení a plnění příkazu

Vyšetřovanému ukažte kartičku s nápisem: **ZAVŘETE OČI.** Zároveň ho vyzvěte.

Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!

Jeden bod přidělte vyšetřovanému za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

9. Psaní

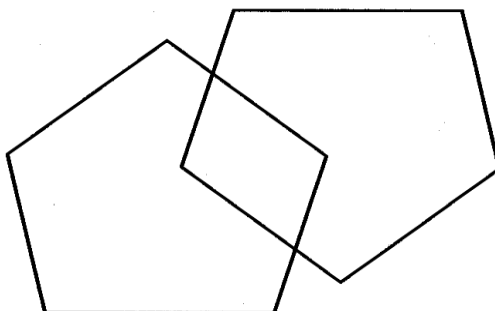
Dejte vyšetřovanému psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

Napište libovolnou větu.

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10. Obkreslování

Dejte vyšetřovanému bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažený výsledek: _____

HODNOCENÍ:

max. počet – 30 bodů

27- 30 bodů: normální stav

25 - 26 bodů: hraniční nález,

10 - 24 bodů: patologický

**nález, demence mírného až
středně těžkého stupně**

06 - 09 bodů: demence

středního až těžkého stupně

**6 a méně bodů: demence
těžkého stupně**

Zdroj: Deník praxe, Fakulta zdravotnických studií, obor všeobecná sestra

PŘÍLOHA 5. - ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTHONOVÉ

Všeobecná fyzická kondice		Duševní stav		Aktivita		Mobilita		Inkontinence	
Dobrá	4	Bdělost	4	Chůze	4	Plná	4	Nepřítomná	4
Uspokojivá	3	Apatie	3	Chůze s pomocí	3	Mírně omezená	3	Příležitostná	3
Slabá	2	Zmatený	2	Omezená na židli	2	Velmi omezená	2	Pouze moč	2
Velmi špatná	1	Sopor	1	Postel	1	Mobilita	1	Moč i stolice	1

Schopnost spolupráce		Věk		Pokožka		Další onemocnění		Fyzický stav	
Úplná	4	<10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4
Malá	3	<30	3	Alergie	3	Diabetes, teplota, anemie	3	Vcelku dobrý	3
Částečná	2	<60	2	Vlhká	2	Kachexie, ucpání tepen	2	Špatný	2

Žádná	1	>60	1	Suchá	1	Obezita, karcinom	1	Velmi špatný	1
-------	---	-----	---	-------	---	----------------------	---	-----------------	---

Riziko vzniku dekubitů při dosažení 15 bodů a méně.

Zdroj: Deník praxe pro střední zdravotnické školy