

Geriatrický pacient po cévní mozkové příhodě v domácí péči

Zdeňka Ševčíková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zdeňka ŠEVČÍKOVÁ**
Osobní číslo: **H080299**
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Geriatrický pacient po cévní mozkové příhodě
v domácí péči**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Seznámit s onemocněním – cévní mozkovou příhodou, vymezit pojmy geriatrický pacient, stáří. Zmapovat specifika ošetřovatelské péče o geriatrického pacienta po iktu a jeho potřeby. Charakterizovat domácí péči.

Praktická část:

Zjistit pomocí rozhovoru nejčastější problémy pacientů, respektive rodiny v oblastech péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Zjistit u všeobecných sester pracujících v domácí péči v jakých oblastech spatřují deficit informací v péči u pacienta po cévní mozkové příhodě v domácí péči.

Analyzovat výzkumné šetření. Interpretovat výsledky a na jejich podkladě vypracovat edukační manuál pro pacienty a rodinné příslušníky pro danou oblast, kde působí organizace poskytující domácí péči.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HALOVÁ, M. Nemocný v domácí péči I. 1.vyd. Javorník: Miroslava Halová, 2007. 137 s. ISBN 80-239-7316-9.

HANZLÍKOVÁ, A. Komunitní ošetřovatelství. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

HERZIG, R. Ischemické cévní mozkové příhody : průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.

KALITA, Z. a kol. Akutní cévní mozkové příhody : diagnostika, patofyziologie, management. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.

KALVACH, Z. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 30.5.2011

.....
Grigorij Stankov

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů po cévní mozkové příhodě v domácí péči.

V teoretické části je popsáno samotné onemocnění, typy iktu, diagnostika a jejich léčba. Dále jsou vydefinovány pojmy stárnutí, stáří a geriatrický pacient. V další kapitole jsou rozpracovány potřeby pacienta po iktu a specifika ošetrovatelské péče. Poslední kapitola se věnuje domácí péči.

Šetření bylo zaměřeno na problematické oblasti péče o tyto pacienty v domácím prostředí, byla mapována konkrétní místa, kde je výrazný deficit informací. Na základě získaných údajů byl vytvořen edukační manuál pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, kteří o ně pečují v domácím prostředí pro danou oblast, kde působí organizace poskytující domácí péči.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, geriatrický pacient, stáří, potřeby pacienta, domácí péče.

ABSTRACT

The topic of this Bachelor thesis is home care for geriatric patients after apoplectic seizure (stroke). It consists of three sections. The first section outlines the illness, diagnosis and different types of ictuses and their treatment. In addition, the following terms are defined: old age, aging, geriatric patient. The next section contains descriptions of the needs of patients after seizure and details of appropriate nursing care.

The last chapter is concerned with home care. The author conducted a survey of issues in home care for patients after seizure which are problematic. Typically, such problems are related to a lack of knowledge and information about appropriate care. To aid the situation, the collected data was used to create an instruction manual for patients and their family members who provide care to them at home in geographic areas where health services are available.

Key words: cerebral apoplexy (seizure/stroke), geriatric patient, patient needs, home care.

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Silvii Treterové za vedení mé bakalářské práce. Děkuji všem respondentům, za jejich čas, ochotu a vstřícnost, kterou mi projevili při realizaci rozhovorů, na jejichž základě jsem získala mnoho cenných informací. Mé poděkování patří všem, kteří se jakýmkoli způsobem podíleli na tvorbě mé bakalářské práce. Na závěr bych chtěla poděkovat mé rodině, především manželovi a dětem, za veškerou podporu a pomoc, kterou mi během studia poskytovali.

Motto:

„Je zbytočné se ptát, má-li život smysl či ne.

Má takový smysl, jaký mu dáme.“

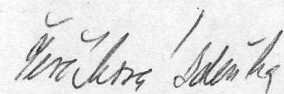
Seneca

Prohlášení:

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

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

Ve Zlíně, dne 30. 5. 2011



OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	13
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	13
1.2 CÉVNÍ ZÁSOBNÍ MOZKU	13
1.3 ETIOLOGIE A KLASIFIKACE.....	14
1.4 KLINICKÝ OBRAZ	14
1.5 ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	14
1.5.1 Příznaky.....	14
1.5.2 Příčiny	15
1.5.3 Dělení ischemického iktu podle lokalizace	15
1.5.4 Dělení podle vývoje onemocnění	16
1.5.5 Rizikové faktory	16
1.5.6 Diagnostické testy.....	16
1.5.7 Léčba ischemického iktu	17
1.6 HEMORAGICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	18
1.6.1 Příznaky.....	18
1.6.2 Příčiny	18
1.6.3 Dělení hemoragické mozkové příhody.....	18
1.6.4 Rizikové faktory	18
1.6.5 Diagnostické testy.....	19
1.6.6 Léčba mozkového a subarachnoidálního krvácení.....	19
1.7 KOMPLIKACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	19
1.8 NÁSLEDKY PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....	19
1.9 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY	20
1.10 PROGNÓZA.....	20
2 GERIATRICKÝ PACIENT	21
2.1 STÁRNUTÍ	21
2.2 STÁŘÍ.....	21
2.3 DĚLENÍ STÁŘÍ.....	21
2.4 KLASIFIKACE VĚKU	22
2.5 GERIATRICKÝ PACIENT	22
2.6 KŘEHKÝ SENIOR.....	23
3 GERIATRICKÝ PACIENT PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	24
3.1 POTŘEBY ČLOVĚKA	24
3.1.1 Hodnotící škály.....	24

3.2	POTŘEBY PACIENTŮ PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	25
3.2.1	Fyziologické potřeby.....	25
3.2.2	Potřeba bezpečí a jistoty.....	33
3.2.3	Potřeba lásky a sounáležitosti.....	34
3.2.4	Potřeba uznání a sebeúcty	34
3.2.5	Potřeba seberealizace a sebeaktualizace.....	35
3.3	ÚLOHA RODINY V PÉČI O GERIATRICKÉHO PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	36
3.3.1	Vyhoření u pečující osoby	36
3.3.2	Úloha podpůrných organizací.....	36
4	DOMÁCÍ PÉČE.....	37
4.1	DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	38
4.2	ÚLOHA SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI.....	39
4.3	CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA.....	40
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
5	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42
5.1	CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
5.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	42
5.3	METODA PRÁCE	42
5.4	CHARAKTERISTIKA OTÁZEK ROZHOVORŮ.....	43
5.5	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
5.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	44
6	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	45
7	DISKUSE.....	60
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je vážné onemocnění, které zasahuje do života člověka a celé jeho rodiny. Řadí se mezi nečastější neurologické onemocnění seniorského věku a je příčinou těžkého zdravotního postižení.

Toto téma jsem si vybrala, protože je mi blízké. S těmito pacienty se setkávám denně ve své práci. Není lehké smířit se s následky tohoto onemocnění. Mnozí pacienti se již nemohou pohybovat jako dříve, jiní vůbec. Někteří se musí vyrovnat s tím, že neudrží skleničku v ruce nebo si nezapnou knoflík na košili, neobují si sami boty, nevpomenou si na slovo, které by tak moc chtěli říct. Nemocní po iktu se často učí znovu chodit, mluvit, číst a psát. Ani role rodiny v této situaci není jednoduchá. Často to bývají partneři nebo děti, kteří se najednou ocitnou v pozici pečujících. Jejich role sehrává důležitou úlohu. Právě oni mohou být iniciátory dalších kroků v následné léčbě a rehabilitaci.

Čím dříve je pacient zapojen do každodenních činností, tím větší šanci má na zlepšení svého zdravotního stavu. Vnější motivace je velmi důležitá, postupem času se může změnit na vnitřní. Motivace a přání nemocného jsou hnacím motorem ke zlepšení celkového stavu. Důležité je přistupovat k postiženému člověku jako celku se všemi bio-psycho-sociálními potřebami. Takový pacient potřebuje podporu rodiny, aby mohl načerpat sílu a odvalu překonat překážky, které mu tato nemoc způsobila.

Ve své práci jsem se snažila zjistit, jak vidí geriatrického pacienta po cévní mozkové příhodě všeobecné sestry z domácí péče, kde spatřují deficit informací u pečovatелů, kteří se o takto postiženého pacienta starají, v jakých oblastech potřebují poradit.

Dále jsem se zaměřila na nejčastější problémy pacientů po iktu a rodin o ně pečujících. Na podkladě výsledků jsem si naplánovala vypracovat edukační manuál pro tyto pacienty a rodinné příslušníky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozková příhoda (CMP, iktus) je náhlý výskyt neurologických příznaků, jako jsou výpadky hybnosti, čítí, změny v rozumových, smyslových a poznávacích funkcích, způsobené průtokovým selháním cév, jehož následkem trpí buňky hypoxií (Nejedlá, 2004).

„Cévní mozková příhoda, apoplexie, mrtvice jsou výrazy používané k popisu poškození funkce mozku z vaskulárních příčin. Jakýkoliv patologický proces postihující cévy může způsobit CMP“ (Carraro, 2002, s. 10).

Nevšimalová (2005, s. 171) charakterizuje *„cévní mozkové příhody jako velmi častá a nesmírně závažná onemocnění.“* Světová zdravotnická organizace (SZO) vymezuje iktus jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, které trvají déle než 24 hodin a mohou směřovat ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení (Herzig, 2008).

1.1 Epidemiologie

Akutní cévní mozková příhoda je onemocnění s devastujícími následky. Incidence je v Evropě okolo 150 – 200 na 100 000 obyvatel za rok (Kalita, 2006). Podle Beneše (2003, s. 17) *„je třetí nejčastější příčinou smrti.“* Příčinou úmrtí u 1/3 pacientů v následujících šesti měsících po CMP, vedoucí příčinou invalidity, druhou nejčastější příčinou demence, hlavní příčinou deprese jak u pacientů, tak u jejich opatrovatelů (Kalita, 2006).

Incidence CMP v České republice je v porovnání s vyspělými státy vyšší, okolo 400 onemocnění na 100 000 obyvatel za rok. S postupným nárůstem populace seniorů je nutné počítat v nejbližších letech s dalším zvýšením výskytu těchto onemocnění. Incidence CMP se zvyšuje se stoupajícím věkem (Nevšimalová, 2005; Spence, 2008). Mortalita na CMP je v našem státě vysoká, více než 1/3 nemocných umírá do jednoho roku, 2/3 pacientů přežívají a polovina z nich je těžce handicapována a odkázána na ústavní péči nebo trvalou péči rodiny. CMP jsou příčinou těžkého zdravotního postižení, medicínským, sociálním, ekonomickým, etickým a společenským problémem (Kolář, 2009).

1.2 Cévní zásobení mozku

Na zásobení mozku krví se podílejí čtyři tepny, pravá a levá vnitřní krkavice (arteria carotis interna dextra et sinistra), které vznikají po rozvětvení společné krkavice na každé straně na

krkavici zevní a vnitřní, pravá a levá páteřní tepna (arteria vertebralis dextra et sinistra), které se dostávají k lebce otvůrkou v příčných výběžcích krčních obratlů a v mozkovně se spojují v nepárovou bazilární tepnu (arteria basilaris). Obě vnitřní krkavice a bazilární tepna tvoří na spodině mozku tepenný Willisův okruh, ze kterého odstupují tepny zásobující kreví jednotlivé části mozku. Odkysličená krev je z mozku odváděna systémem žil, které se slévají do žilních splavů (Šmarda, 2004).

1.3 Etiologie a klasifikace

„CMP vznikají buď následkem ischemie (části nebo celého mozku), nebo hemoragie do mozkové tkáně či subarachnoidálního prostoru“ (Kolář, 2009, s. 387). Toto jednoduché dělení má svoji logiku vzhledem k faktu, že příčina, prognóza i následky jsou u obou typů CMP rozdílné (Bar, 4. 2. 2011, online). Podle etiologie a patogeneze rozlišujeme v 80 % případů ischemické CMP a ve 20 % případů hemoragické CMP (Krajíčková, 2006).

1.4 Klinický obraz

Klinický obraz odpovídá lokalizaci poruchy cirkulace, rychlosti jejího vzniku, její velikosti a trvání (Topinková, 2005). Neurologické příznaky závisí na lokalizaci mozkového postižení, liší se zejména symptomy z oblasti mozkových hemisfér a kmene mozkového (Tyrlíková, 2005). Obecné příznaky iktu podle místa postižení jsou vypsány v příloze P VI.

1.5 Ischemické cévní mozkové příhody

Ischemická CMP je akutně vzniklá porucha nervového systému, obvykle ložiskového typu vznikající ischemií v teritoriu mozkové tepny (arteria cerebri media, anterior, posterior), nebo v hraničním pomezí teritorií mozkových tepen či v povodí penetrujících neanastomozujících tepének. Syndromy zadní jámy lební vznikají z poruchy cévního zásobení tepnami vertebrobazilárního povodí (Kalita, 27. 4. 2011, online).

1.5.1 Příznaky

CMP vznikají často nad ránem, s náhlým, různě rychlým vznikem a tendencí ke zlepšování příznaků (Tyrlíková, 2005). Klinické projevy jsou rozmanité od bezpříznakového stavu až po stav končící smrtí. Obraz CMP je charakterizován náhlým vznikem příznaků ložiskového postižení mozku, jako jsou ztráta vědomí, porucha hybnosti, nejčastěji jednostranné ochrnu-

tí, porucha citlivosti, porucha ostrosti vidění, porucha symbolických funkcí, zvracení, bolesti hlavy a nevysvětlitelná závrať, náhlý pád (Neumann, 2007, online).

1.5.2 Příčiny

Kolář (2009, s. 387) uvádí: *„Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastějším typem iktů, které vznikají v důsledku kritického snížení mozkové perfuze části nebo celého mozku. Poklesne-li průtok pod hodnotu 20ml/100g mozkové tkáně, dojde k poruše funkce neuronů a rozvoji klinických příznaků. Hypoxická mozková tkáň podléhá strukturálním změnám a vzniká mozkový infarkt.“*

Ischemický mozkový iktus nebo mozkový infarkt je způsoben bloádou krevní sraženinou, zúžením (ucpáním) přívodné mozkové tepny nebo tepen, emboly uvolněnými ze srdce či z extrakraniální tepny, jež zablokují jednu nebo více intrakraniálních tepen (Feigin, 2007). Ischemické příhody podmíněné aterosklerózou velkých extrakraniálních nebo intrakraniálních tepen, kardioembolické ikty, onemocnění malých tepen tzv. lakunární iktus, ikty se známou etiologií (málo obvyklá, vzácná onemocnění), hemodynamický iktus, neznámá příčina (Kalita, 2006; Topinková, 2005).

Ischemické ikty vznikají zejména v karotickém povodí, ve vertebrobasilárním povodí představují 20 % všech ischemických iktů. Jde o ikty s nepříznivým průběhem, kdy velký nebo fatální iktus je asi u 60 % pacientů. V případě trombolýzou neléčené okluze arteria basilaris je mortalita až 90% (Kalita, 2006). Podle Krajíčkové (2006, s. 26): *„...rozhodujícím faktorem pro zařazení je délka trvání klinické symptomatiky a její dynamika (reverzibilita příznaků) bez ohledu na další charakteristiky CMP.“*

1.5.3 Dělení ischemického iktu podle lokalizace

Podle postiženého cévního povodí rozlišujeme asi u 17 % případů totální přední cirkulační infarkt (TACI), u 34 % parciální přední cirkulační infarkt (PACI) postihující karotické povodí, v 25 % se jedná o lakunární cirkulační infarkt (LACI) v oblasti kmene a podkorových oblastech a ve 24 % případů jde o zadní cirkulační infarkt postihující vertebrobasilární povodí (Kalita, 2006; Topinková, 2005).

1.5.4 Dělení podle vývoje onemocnění

Podle vývoje onemocnění dělíme ikty na tranzitorní ischemickou ataku (TIA – transient ischemic attack), která trvá minuty až maximálně 24 hodin. Dále na plně reverzibilní neurologický deficit (PRIND – prolongovaný reverzibilní ischemický deficit) s úpravou klinického stavu do týdne, regredující iktus s reziduálním menším neurologickým deficitem (minor stroke, MND), progredující, kompletní iktus nazývaný pokračující nebo dokončený iktus (major stroke) s trvalým neurologickým postižením (Kalita, 2006; Topinková, 2005).

Každý iktus je prognosticky závažný, stejně tak je závažná tranzitorní ischemická ataka (Kalita, 2006). Neexistují klinické ani radiologické obrazy, které by byly pro určitý mechanismus specifické. Rozhodovací proces je znesnadněn skutečností, že u nemocných pokročilého věku nezjistíme pouze jediný, ale více chorobných stavů, z nichž každý sám může vést ke vzniku ischemické CMP (Krajíčková, 2006).

1.5.5 Rizikové faktory

Riziko vzniku ischemické CMP závisí na přítomnosti rizikových faktorů, které rozdělujeme na neovlivnitelné a ovlivnitelné (Beneš, 2003). Kalita (2006) řadí mezi rizikové faktory neovlivnitelné věk, pohlaví, rasu, etnikum, dědičnost. Beneš (2003, s. 35) uvádí také „*vliv počasí*.“ Za rizikové faktory ovlivnitelné jsou považovány hypertenze, srdeční onemocnění, ateroskleróza, diabetes mellitus, hypercholesterolemie/dyslipoproteinémie, kouření, alkohol, obezita, polycitémie (Beneš, 2003).

Dalším rizikovým faktorem pro vznik ischemického iktu je uváděna také tranzitorní ischemická ataka (Kalita, 2006). Po TIA dochází u 50 % případů k poškození mozkové tkáně. Věkem incidence TIA na rozdíl od CMP klesá (Feigin, 2007; Herzig, 2008).

Dva ze sta dospělých lidí utrpí během svého života minimálně jednou krátké průtokové selhání, bez adekvátní léčby dospěje asi 1/10 těchto pacientů během tří měsíců k CMP, u 1/3 pacientů vznikne iktus během pěti let od první ataky (Feigin, 2007).

1.5.6 Diagnostické testy

Při současných diagnostických možnostech nestačí při podezření na CMP jen klinický nález a anamnéza (Klímová, 2007). Při přijetí nemocného s akutním iktem je zapotřebí vedle klinických vyšetření provést diagnostické úkony v následujícím pořadí: CT mozku (Computed Tomography – počítačová tomografie) vylučuje hemoragickou etiologii, elektrokardiografie

(EKG) a rentgenologické vyšetření plic, biochemická vyšetření: krevní obraz s diferenciálním vyšetřením, počet krevních destiček, koagulační faktory, vyšetření iontů v séru, hladina glykémie, C-reaktivní protein, sedimentace erytrocytů, analýza krevních plynů, hepatální a renální biochemické vyšetření, pulzní symetrie, duplexní a transkraniální neurosonologie, elektroencefalografie (EEG) při podezření na epileptickou genezi stavu, ve vybraných případech magnetická rezonance (MR), CT angiografické vyšetření mozku pomocí počítačové tomografie, echokardiografie (Ball, 2004; Kalita, 2006). Kombinací těchto metod získáme dobrý přehled o cévním zásobení mozku (Kalita, 2006).

K hodnocení akutní fáze CMP a dalšího vývoje se používá buď NIHSS škála (National institute of Health Stroke Scale) nebo Glasgow coma scale (GCS) pomocí něhož se určí hloubka poruchy vědomí (Klímová, 2007). Přičemž hranice u GCS mezi těžkými a lehčími poruchami je 8 bodů z celkového možného maxima 15 bodů. Při užití GCS je třeba počítat s určitou nepřesností podmíněnou ložiskovými příznaky CMP (Herzig, 2008).

1.5.7 Léčba ischemického iktu

„Léčba iktu zahrnuje primární prevenci, léčbu akutní CMP a sekundární prevenci“ (Beneš 2003, s. 37). K léčbě se užívá kombinovaných léčebných postupů včetně boje proti cytotoxickému a vázogennímu edému mozku a manipulace s extracerebrálními faktory. Terapie musí být zahájena během prvních 3, maximálně 6 hodin od prvních příznaků (Krajíčková, 2006).

Péče o pacienty po CMP probíhá na specializovaných jednotkách, které jsou vybaveny technicky a personálně. Tyto jednotky poskytují multidisciplinární péči, kterou umožňuje účast internisty se zaměřením na kardiologii a problematiku nutriční, lékaře otorinolaryngologa se zaměřením na foniatrii, logopeda a fyzioterapeuta, přičemž vedoucí úlohu v týmu má neurolog specializovaný v cerebrovaskulární problematice (Krajíčková, 2006). Jedním ze způsobů léčby je trombolýza, která se provádí u přísně vybrané skupiny pacientů, jejím cílem je odstranění akutního tepenného uzávěru (Klímová, 2007).

Organizaci péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním upravuje Věstník č. 2/2010 Ministerstva zdravotnictví České republiky. Organizace je tříступňová, věstník vymezuje materiální technické a personální podmínky komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center tvořících síť zařízení, která jsou schopna poskytovat akutní i následnou péči pacientům s cévními mozkovými příhodami (Bar, 4. 2. 2011, online).

1.6 Hemoragické cévní mozkové příhody

„Akutní hemoragické cévní mozkové příhody představují 15 – 25 % ze všech akutních iktů. Mají vyšší úmrtnost, morbiditu, vyžadují nákladnější zdravotní a sociální péči“ (Kalita, 2006, s. 424).

1.6.1 Příznaky

Jediným příznakem subarachnoidální hemoragie (SAH) bývá někdy pouze bolest hlavy a pokud zůstane bez pozornosti, může vést ke katastrofálním následkům. Typická bolest přichází náhle, je velmi silná a nemá žádnou zjevnou vyvolávající příčinu. Zhruba v 30% se SAH projevuje jinak. Malé krvácení do prostoru pod pavučnicí, zejména u starších osob, nemusí vyvolat krutou bolest hlavy (Feigin, 2007). Častý je různě rychlý rozvoj a zhoršování příznaků, jako jsou bolesti hlavy, zvracení a poruchy vědomí (Tyrliková, 2005).

1.6.2 Příčiny

Hemoragický iktus je zapříčiněn krvácením do mozkové tkáně nebo do prostoru pod pavučnicí (Feigin, 2007). Hemoragická CMP – intracerebrální hemoragie je podmíněna vytékáním krve do mozkové tkáně nejčastěji do oblasti bazálních ganglií (65 %), méně subkortikálně (15 %), do mozečku (10 %) a mozkového kmene (10 %). Nejčastější příčinou bývá hypertenze (Kolář, 2009). Tyrliková (2005, s. 132) uvádí, že: *„...při mozkovém krvácení dojde k porušení celistvosti stěny arterie a poškození mozkové tkáně vzniklým intracerebrálním hematodem.“* Krvácení z tepny uvnitř lebky je způsobeno prasknutím tepenné výdutě nebo určitým onemocněním. Krev tlačící se do mozkové tkáně poškozuje nervové buňky (neurony) a postižená část mozku nemůže dobře fungovat (Feigin, 2007).

1.6.3 Dělení hemoragické mozkové příhody

Krajíčková (2006) dělí hemoragické cévní mozkové příhody na parenchymové hemoragie (15 %) a subarachnoidální hemoragie (5 %).

1.6.4 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory patří kouření cigaret, hypertenze, familiární výskyt SAH, pohlaví, rasa, věk, nadměrná konzumace alkoholu (Kalita, 2006).

1.6.5 Diagnostické testy

Diagnostika je stejná jako u ischemické CMP. Při podezření na subarachnoidální hemoragii při negativním CT mozku a pozitivním klinickém nálezů se provádí lumbální punkce se spektrofotometrií. K průkazu zdroje krvácení, optimálně do 24 hodin od manifestace klinického obrazu se provádí panangiografie (Kalita, 2006). K vyhodnocení akutní fáze CMP se používá stejná škála jako u ischemické CMP, NIHSS škála, případně GCS. K posouzení závažnosti klinického nálezů u subarachnoidálního krvácení se používá stupnice Hunta a Hesse, která klasifikuje klinický nález podle tíže postižení stupněm I až V (Kolář, 2009).

1.6.6 Léčba mozkového a subarachnoidálního krvácení

Většina krvácení se přirozeně vstřebává. Chirurgická léčba je možností pro některé osoby s krvácením do mozečku, s cévní mozkovou malformací. Operační řešení prasklé výdutě je účinnou metodou prevence dalšího prasknutí aneuryzmatu (Feigin, 2007).

1.7 Komplikace po cévní mozkové příhodě

Mrtvé buňky, v případě krvácivých příhod pak krevní sraženina, jsou po CMP postupně vstřebány. U ischemické CMP nebo mozkového krvácení jsou nahrazeny cystou vyplněnou mozkomíšním mokem. Většinou je tento přirozený proces ukončen během 3 měsíců po příhodě. Po této době je jedna třetina těch, kteří přežili, nesoběstačná a mívá komplikace, které mohou způsobit smrt nebo vážné postižení (Feigin, 2007).

Vývoj komplikací závisí na typu mozkové ischemie, lokalizaci, a rozsáhlosti mozkového infarktu. Mezi komplikace patří hemoragická transformace, mozkový edém a epileptické záchvaty. Další komplikace jsou kardiální, hyperglykémie, hypoglykémie, hyperpyrexie, aspirace a pneumonie, respirační insuficience, uroinfekty, hluboká žilní trombóza, plicní embolie, neklid, dehydratace, malnutrice, dekubity, elasticita a deprese (Kalita, 2006).

1.8 Následky po cévní mozkové příhodě

Nejčastější následky iktu jsou porucha hybnosti končetin částečná (paréza) nebo úplná (plegie) na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie), spolu s poruchou cití (hemihypestézie), poruchy hybnosti všech končetin (kvadruparéza, kvadruplegie), porucha řeči a porozumění řeči (afázie), postižení schopnosti číst (alexie), psát (agrafie) a počítat (akalkulie) (Tyrliková, 2005). Dále poruchy zraku, omezení zorného pole (hemianopsie), dvojité vidění

(diplopie), poruchy hlavových nervů, poruchy mikce (inkontinence nebo retence močová), poruchy polykání (dysfagie), poruchy výslovnosti (dysartrie), poruchy paměti a chování (amnésie, apatie nebo neklid a zmatenost), poruchy vědomí (somnia, sopor, kóma), poruchy koordinace při sezení, stání a chůzi (ataxie), poruchy nálady, včetně deprese, bolest v rameni a bolesti hlavy (Feigin, 2007; Tyrlíková, 2005).

1.9 Hodnotící škály

V praxi hodnotíme následky po CMP modifikovanou stupnicí podle Rankina, soběstačnost škálou Barthelové (viz příloha P I) a kognitivní deficit škálou MMSE (Mini Mental State Examination). Podle stupně následků se indikuje rehabilitační, logopedická, psychologická nebo psychiatrická léčba (Kalina, 2008). Využívá se škála FIM (Functional Independence Measure – míra funkční nezávislosti), mezinárodní klasifikace IC IDH (International Classification of Functioning, Disability and Health) pro hodnocení funkčních důsledků nemocí a nová verze označovaná jako IC IDH2 nebo ICF (International Classification of Functioning) (Vaňásková, 2004; Votava, 2004, online).

1.10 Prognóza

„Hemoragie má obecně horší prognózu než ischemie. Polovina přežívajících je postižena různým stupněm invalidity“ (Topinková, 2005, s. 152). Třetina pacientů se v prvních čtyřech dnech zhoršuje. Pětina pacientů bude mít do pěti let další záchvat mrtvice. Každý osmý pacient s malou CMP bude mít do deseti let rozsáhlejší CMP. Třetina pacientů do jednoho roku zemře. Riziko je menší u CMP menšího rozsahu nebo TIA (Ball, 2004). Plné soběstačnosti dosáhne do 3 měsíců asi 50 % pacientů, u zbývajících 30 – 40 % pacientů lze očekávat trvalé postižení s určitým stupněm nesoběstačnosti. Zásadní je posuzování invalidity nemocného po stránce motorické, řečové, senzorické, kognitivní a psychické (Kalina, 2008).

2 GERIATRICKÝ PACIENT

2.1 Stárnutí

Stárnutí je nevratný, univerzální, druhově specifický biologický proces, který obtížně definujeme. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus se hůře přizpůsobuje k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí adaptační schopnosti a dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku (Topinková, 2005). „Výsledkem stárnutí je stáří“ (Kalvach, 2004, s. 47).

2.2 Stáří

„Stáří (*senium*) je fyziologický a nevyhnutelný stav ve vývoji člověka“ (Nejedlá, 2006, s. 193). Stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život a jsou zjevné v průběhu pozdějšího věku (Jarošová, 2006). Stáří je věk, v němž se projevují involuční změny, úbytek funkční zdatnosti, atrofie tkání, zmenšování výšky, velikosti orgánů, změny kůže a adaptačních mechanismů (Klener, 2000).

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek funkčních i morfologických involučních změn. Ty vedou k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp, který je ovlivňován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy (Kalvach, 2004). S věkem se mění spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní choroby, orgánová postižení se kombinují a jsou doprovázena celkovou rizikovostí seniora. Hodnocení zdravotního stavu ve vyšším věku je obtížné. Setkáváme se s diskrepancí subjektivního a objektivního zdravotního stavu, nedostatečnou diagnostikou některých onemocnění a symptomů (Topinková, 2005).

2.3 Dělení stáří

Stáří lze rozdělit na kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné. Arbitrální věková hranice se posouvá. Očekávaná doba dožití se prodlužuje. Zlepšuje se zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací.

Za počátek stáří je považován věk 60 či 65 let, za hranici vlastního stáří (senia) věk 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod (Klener, 2000).

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Začíná vznikem nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. Biologické stáří označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince (Kalvach, 2004).

„V tomto století přibývá gerontů. Příčiny jsou dvě, jedna trvalá, druhá dočasná. První příčinou je prodloužení lidského věku, druhou příčinou je snižování porodnosti: mladých lidí přibývá minimálně, přírůstek gerontů je relativně větší“ (Říčan, 2006, s. 332 – 333).

V České Republice se střední délka života prodlužuje, stáří je zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou, polypragmazií a zhoršováním soběstačnosti a fyzické zdatnosti, zdravotní stav a invalidita starší populace se trvale zhoršuje. Šanci starších nemocných na plné uzdravení a snížení následné invalidity a nesoběstačnosti zvyšuje včasné, správné rozpoznání nemoci a razantní, účinná léčba (Topinková, 2005).

2.4 Klasifikace věku

Klasifikace stáří dle SZO: vyšší, starší věk, rané stáří, presenium, 60 – 74 let; vysoký, stařecký, pokročilý věk, senium, 75 – 89 let; dlouhověkost 90 a více let (Nejedlá, 2006). V literatuře se můžeme setkat také s členěním stáří podle B. L. Neugartenové: 65 – 74 let, mladí senioři; 75 – 84 let, staří senioři; 85 a více let, velmi staří senioři (Kalvach, 2004).

2.5 Geriatrický pacient

Geriatrický pacient je senior se specifickými zdravotními či zdravotně-sociálními potřebami, s několika souběžnými chorobami (multimorbidní) a hrozícími nebo přítomnými funkčními omezeními, vyžadující různé komunitní služby. Tito nemocní se pohybují mezi tradičními medicínskými obory, z nichž do žádného plně nezapadají (Oster, 2010).

Jedná se o seniora ve věku nad 75 let, se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorů se hranice věku posouvá na 80 let, za nejnižší věk je považován 65 let (Kalvach, 2008).

„Pacienti jsou ohroženi disabilitou v provádění běžných činností, nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí a nepříznivým vývojem zdravotního stavu v následujících letech“ (Topinková, 2005, s. 9).

Vznik disability ve stáří může být náhlý, postupný, monokauzální, vázaný na určitou chorobu nebo multikauzální, geriatrická křehkost (Kolář, 2009).

2.6 Křehký senior

Geriatrická křehkost (frailty) je označení pro úbytek funkční zdatnosti na nízké úrovni potenciálu zdraví (Kolář, 2009). Stařecká křehkost je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, zejména úbytkem svalové a kostní hmoty, sníženou pevností kosti, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, případně poruchou imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti (Topinková, 2005). *„Křehkost je třeba chápat především omezenou nebo chybějící funkční rezervu, potřebnou k překonání nemoci a odvrácení komplikací“* (Oster, 2010, s. 119).

Nejuznávanější kritéria pro označení geriatrické křehkosti vymezila Friedová. Jedná se o nezáměrné zhubnutí o více než 5 kg za poslední rok, únava s vyčerpaností, svalová slabost, úbytek tělesné aktivity a pomalá chůze (Kolář, 2009).

3 GERIATRICKÝ PACIENT PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

3.1 Potřeby člověka

Potřeba je stav organismu, charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku. Lidské potřeby se vyvíjejí a každý jedinec je vyjadřuje a uspokojuje svým způsobem (Šamánková, 2006). „*Potřeba jako projev nedostatku startuje proces – motivace, určuje sílu, směr a trvání určitého chování a jednání, které vede k uspokojení potřeby. Motivace může být vědomá a nevědomá, není zde jednoznačné hranice*“ (Krátká, 2007, s. 7).

Rozdělení potřeb odpovídá z pohledu ošetrovatelství holistickému přístupu k člověku. Každá potřeba je výrazem celého jedince, provázejí nás od narození do konce života. Jejich základní rozdělení sestavil Abraham Maslow, který vypracoval hierarchický systém lidských potřeb (Trachtová, 2006).

Nemoc narušuje obvyklý způsob života, omezuje člověka v jeho obvyklých zvyklostech a dochází k neuspokojování celé řady potřeb (Hermanová, 2007). Ošetrovatelská péče má být zaměřena na naplnění primárních a sekundárních potřeb v plném rozsahu. Uspokojování potřeb probíhá vzestupnou cestou, vyšší se objevují tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby základní (Šamánková, 2006; Trachtová, 2006).

3.1.1 Hodnotící škály

Posuzování funkčního stavu člověka je významné k určení stupně nezávislosti, jde o komplexní hodnocení soběstačnosti. Zahrnuje posuzování základních (ADL - activities of daily living) a instrumentálních (IADL – instrumental activities of daily living) činností denního života. V různých modifikacích se používá Barthelové (viz příloha P I) a Katzův test základních aktivit denního života (Jarošová, 2007). Vhodným hodnotícím nástrojem je test funkční míry nezávislosti (FIM) (Dlabalová, 2008). K činnostem denního života patří oblékání a svlékání, osobní péče a hygiena, jídlo a pití, potřeby v domácnosti, trénink orientace a kognitivních funkcí – koncentrace, pozornost, psychomotorické tempo, vytrvalost při záteži, paměť (Lippertová - Grünerová, 2005).

Test IADL (viz příloha P V) zahrnuje aktivity nutné pro život v domácnosti jako je schopnost připravit jídlo, obstarat nákup, telefonovat, cestovat dopravním prostředkem, provádět jednodušší domácí práce, užívat léky a spravovat vlastní finance. Vyhodnocení pomůže zjistit druh a rozsah potřebné pomoci pro pacienta (Vaňásková, 2004). Cílem nacvičování je umožnit samostatnost v každodenních činnostech, trénink je přizpůsoben na osobní potřeby pacienta v jeho rodinném prostředí (Lippertová - Grünerová, 2005).

K odhalení kognitivní poruchy (demence, deprese) slouží modifikovaná geriatrická škála deprese podle Yesavage nebo Hamiltona. Pro hodnocení orientace v čase je využíván jednoduchý Newyorský větrný test (Jarošová, 2007). Mezinárodně standardizovaným testem je test kognitivních funkcí podle Folsteina, MMSE, který posuzuje orientaci, paměť, pozornost, mluvenou i psanou řeč a konstrukční schopnosti (Topinková, 2005).

3.2 Potřeby pacientů po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí a specifika ošetrovatelské péče

Každá nemoc brání člověku v uspokojování jeho potřeb. „...*hierarchie potřeb v těžké nemoci se mění...*“ (Šamánková, 2006, s. 61). Pacient po CMP se dostává do zcela nové životní role, se kterou se často neumí vypořádat (Kiliánová, 2003).

Při charakteristice potřeb pacienta po CMP v domácím prostředí jsme vycházeli v této bakalářské práci ze základní klasifikace potřeb dle Maslowa (viz příloha P IV).

3.2.1 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby jsou základní, mají nejvyšší prioritu, pro život jsou velmi důležité, v době nemoci zůstávají dlouho na předním místě. Neuspokojení jedné z nich se odrazí na celkovém stavu nemocného. Řadíme mezi ně potřebu čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, tepla, pohybu, komunikace, fyzického kontaktu, sexuální potřebu, potřebu zdraví a potřebu tišení bolesti (Šamánková, 2006).

- **Potřeba hygieny**

„*Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví*“ (Trachtová, 2006, s. 51). Čistota je základním předpokladem pro pocit osobní pohody, zasahuje také do oblasti potřeb psychogenních. V rovině biologické podporuje čistotu, odstraňuje nečistoty a mikroorganizmy, udržuje kůži v dobrém stavu, v rovině psychologické navozuje pocity

spokojenosti a v neposlední řadě v úrovni sociální vytváří příjemné prostředí. Nemocný po CMP potřebuje v oblasti hygieny téměř vždy podporu, pomoc a velmi taktní přístup. Vedeme ho k co nejvyšší míře ke spoluúčasti (Trachtová, 2006). U pacienta po iktu se staráme o celkovou hygienu, pozornost věnujeme očím, uším, nosu, dutině ústní. U hemiparetiků a pacientů, kteří špatně polykají, provádíme pravidelnou péči o ústní dutinu. Doporučuje se po každém jídle vyčistit zuby a vypláchnout dutinu ústní. Sliznice úst nemá být suchá, povleklá a popraskaná. Pozornost věnujeme zubní protéze (Halová, 2007; Klímová, 2007). Používáním roztoku umělých slz, mastí předcházíme očním infekcím. Staráme se o vlasy, nehty, okolí genitálu a konečníku (Feigin, 2007).

Při otáčení hledáme vhodnou polohu pro nemocného, zlepší se dýchání, zmírní se tlak v predilekčních místech, bolest, předcházíme vzniku proleženin. Nemocného ošetříme, umyjeme, vyměníme pleny, podložíme, namažeme, namasírujeme (Halová, 2007). Při zlepšení stavu pacient přebírá péči o vlastní hygienu a používá dostupné kompenzační pomůcky. Při jednotlivých hygienických úkonech nemocnému připomínáme používání zdravé končetiny a za pomoci zdravé končetiny trénujeme používat končetinu postiženou. Nespěcháme, jsme trpěliví (Carraro, 2002; Klímová, 2007). Koupel lze využít k masáži zad, rukou nebo nohou. Myslíme na poruchu termoregulace, teplotu vody kontrolujeme předloktím nebo teploměrem (Halová, 2007).

Osoby s omezenou hybností používají při hygieně kartáče, houby na tyči, kartáčky s přísavkami, sedačky do vany, madla různých tvarů a velikostí pro snadnější přesun do vany. Osvědčené jsou hydraulické zvedáky se sedačkovou a lehátkovou úpravou, skluzová prkna, skluzové pásy a hrazdy. Pro překonání bariér slouží rampy, nájezdy, schodišťové výtahy, schodolezy (Klusoňová, 2005).

Do sprchy se používá omyvatelná židle nebo židle na kolečkách, proti uklouznutí protiskluzné podložky (Krišková, 2010).

Při péči o kůži se nejčastěji setkáváme s opruzeninami a dekubity, kožními infekcemi. Proleženiny vznikají v predilekčních místech, kde je kost nejbližší povrchu těla a tlačí na podložku, vzniká při dlouhodobém působení tlaku podložky na kůži, při tření o podložku. Přispívá k ní vlhkost, nedostatečná hygiena, nesprávná výživa, horečky (Holeksová, 2002). „*Proleženinám je lépe přecházet než je léčit, jsou bolestivé a hojí se pomalu, pokud se infikují, mohou ohrozit život*“ (Feigin, 2007, s. 134).

Preventivně provádíme promazávání kůže, masáže, dbáme o suché a čisté prádlo a ohrožená místa denně kontrolujeme. Znečištěnou kůži ihned omyjeme, osušíme, pečlivě čistíme skryté úseky, hluboké kožní záhyby, oblasti pod šourkem a mezi půlkami zadnice. Používáme ochranné krémy a pěny. Při vzniku proleženin, je důležité zajistit odborné ošetřování (Feigin, 2007; Nejedlá, 2004).

- **Potřeba výživy a hydratace**

Výživa ovlivňuje zdraví, průběh léčby a psychosociální pohodu. Při uspokojování potřeby výživy akceptujeme individualitu a zvyklosti při stravovacích návycích (Krátká, 2007). Krišková (2010, s. 66) uvádí, že: „*výživa a její kvalita je důležitá pro zabezpečení a udržování samostatnosti nemocného, pro ochranu zdraví.*“

Strava a tekutiny jsou významnou součástí každodenního života nemocného. Pro prevenci zaskočení, dušení a aspirační pneumonie pacienta posadíme. Při problému polykání a rozměňování potravy podáváme šetřící nebo kašovitou stravu, tekutiny zahušťujeme zahušťovacími přípravky. Pacient má zkoušet přežvýkat potravu postiženou stranou, aby se aktivovaly bilaterální pohyby úst a obličeje (Carraro, 2002; Feigin, 2007).

Energetická potřeba nemocného se mění, strava má obsahovat všechny potřebné složky, jídlo podáváme v menších porcích a častějších intervalech, 5 – 6x denně. Stravu můžeme doplnit speciálními nápoji tzv. sipping (Nutridrink, Ensure, Vitaplan). Pokud nemůže nemocný přijímat potravu ústy, podávání stravy v domácím prostředí je zajištěno sondou nebo perkutánní endoskopickou gastrostomií (Krišková, 2010).

Velkou podporou jsou pro pacienta speciální přístroje, nádoby na pití přizpůsobené úchopům, které se připevní ke stolu, talíř s vysokým okrajem umístěný na neklouzavém tácku. Při poškození funkcí facioorálního traktu se využívá tzv. facioorální terapie, při níž spolupracují fyzioterapeuti, logopedové a ergoterapeuti (Lippertová - Grünerová, 2005). Dbáme o dostatečný příjem tekutin. Staří lidé mají snížený pocit žízně vedoucí k dehydrataci organismu. Nepodáváme příliš sycené nápoje a koncentráty. Tekutiny podáváme v hrnku s násoskou se širokými úchyty, brčkem nebo lžičkou (Klímová, 2007).

- **Potřeba vyprazdňování**

Krátká (2007, s. 23) uvádí, že: „*...vyprazdňování je velmi intimní a také individuální potřeba.*“ Pacienti v důsledku CMP se stávají v oblasti vyprazdňování částečně nebo zcela nesoběstačnými, často jsou postiženi inkontinencí moče a stolice. Je potřebné k nemocnému

přístupovat velmi taktně, absenci sebezpečí v oblasti vyprazdňování pacient vnímá velmi citlivě (Trachtová, 2006). Při močové inkontinenci se do močového měchýře zavádí permanentní cévka. Je nezbytné dodržovat zásady péče o permanentní katétr. S nemocným je vhodné provádět trénink močového měchýře. Vyprazdňování stolice se nacvičuje podle zvyklostí před onemocněním. Využívá se ranní gastrointestinální reflex po snídani, obstipace se řeší pomocí čajů, čípků, medikamentů (Klusoňová, 2005).

Při inkontinenci se přikládají plenkové kalhotky, vložky, vložné pleny, natahovací kalhotky podle stupně inkontinence. Vybírají se podle velikosti a savosti. V domácí péči je předepíše ošetřující lékař, ke každému stupni je v určitém množství hradí zdravotní pojišťovny. Podle potřeby je možné předepsat také jednorázové podložky (Halová, 2007).

Podle možností podáváme podložní mísu, močovou láhev, vysazujeme na pojízdný klozet nebo doprovodíme na toaletu. Respektujeme potřebu intimity a soukromí (Holeksová, 2002; Nejedlá, 2004). Chůze se stane součástí rehabilitace, když nemocnému pomůžeme dojít na toaletu, místo použití klozetového WC (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004). Začne-li nemocný používat podložní mísu, s nemocným nacvičujeme zdvihání pánve s pokrčením v kolenou. Soběstačný nemocný ocení WC s bidetem (Halová, 2007).

Zácpa vzniká poruchou střevní peristaltiky v důsledku imobility a tím komplikuje léčebný proces. Příčinou je změna prostředí, stud, léky, psychické zábrany (Klímová, 2007). Zajistíme intimitu, psychicky nemocného podpoříme, poučíme o potřebě pravidelného vyprazdňování, dostatek tělesné aktivity, důsledné hygieně a ošetření okolí konečníku. Pokud problémy přetrvávají, podáváme vlákninu, čaje, laxativa, čípky nebo klyzma (Feigin, 2007).

Průjem je vylučování tří a více řídkých až vodnatých stolic za den. Je důsledkem zrychlené střevní peristaltiky. Zabezpečíme zvýšenou hygienu konečníku, aby nedošlo k zapaření nebo vzniku kožních trhlin a v čistotě udržujeme lůžko a povlečení (Klímová, 2007).

• **Potřeba spánku a odpočinku**

Spánek a odpočinek jsou základem zdraví. Nemocný člověk má tuto potřebu větší, proto vytvoříme takové podmínky, aby si odpočinul a dobře spal. Spánek ovlivňují hluk, stres, léky, alkohol, špatná strava, nesprávný životní styl. Senior má potřebu spánku menší (Holeksová, 2002).

Denní režim rozdělíme na chvíle aktivit, kdy nemocného aktivizujeme a dobu odpočinku. Odpočinek je individuální, každý si odpočine u něčeho jiného, navozuje pocit uvolnění a

pohody. Nemocnému umožníme, aby dělal co má rád. Může to být čtení, sledování televize, poslouchání rádia, luštění křížovek, procházky (Trachtová, 2006).

- **Potřeba být užitečný**

Nemocný potřebuje být nějak užitečný, proto je vhodné využít jeho pohybů k nějaké činnosti např. prohlížení fotografií, časopisu, jednoduché ruční práce, skládání prádla (Halová, 2007).

- **Potřeba komunikace**

Potřeba komunikace patří mezi základní potřeby, je součástí sociálního kontaktu. Významnou součástí je mluvená řeč. Při komunikaci se snažíme dodržovat pravidla, záleží na typu poruchy řeči. K pacientovi mluvíme z jeho postižené strany, hlas stimuluje jeho sluch a zrak (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004). Feigin (2007, s. 145) uvádí, že: „...*lidé mající problémy s řečí nebo psaním podléhají kvůli svým potížím depresi nebo frustraci...*“ Nezbytná je spolupráce s logopedem. Logopedická intervence je integrální součástí fyzioterapie. Pacient má absolvovat stimulační program, práci s dechem, reedukaci dysfonie, dysartrie a dysfágie (Kolář, 2009). Procvičujeme mimiku, úsměvy, mračení, práce s čelistí a očima (Halová, 2007).

- **Polohování**

Polohování zabraňuje nechtěným komplikacím, vzniku dekubitů, kontraktur, ankyloz. Změna polohy poskytuje různé stimuly, které napomáhají při znovunabytí sensorické funkce, příliš silným stimulům kůže se vyvarujeme (Nejedlá, 2004). Podle Nejedlé (2004, s. 26): „*Poloha má být pro nemocného pohodlná a má se v ní cítit dobře.*“

Poloha člověka po iktu by měla být podle některých doporučení upravována a měněna každých 40 minut. Vždy záleží na stavu našeho pacienta, maximální časové intervaly mezi jednotlivými změnami polohy by neměly překročit 3 hodiny. Pozice se mají střídat od lehu na zádech po leh na boku na obou stranách, na břicho a v mezipolohách. U pacienta po CMP využíváme nejvíce polohu vleže na boku, která nezvyšuje spasticitu (Carraro, 2002).

K usnadnění pohybu v lůžku a udržení polohy používáme polohovací pomůcky: válce, polohovací polštáře, molitanové polštáře a podložky různých tvarů. Příkrývky, dekubu, přírodní nebo syntetické rouno, nafukovací pomůcky (pneumatické dlahy, válečky, kola) a nafukovací matrace (Holeksová, 2002; Klusoňová, 2005).

Pomůcky doporučuje odborný lékař – ortoped, neurolog, rehabilitační lékař. Některé hradí pojišťovna zcela, jiné si musí pacient doplatit. Každá zdravotní pojišťovna má k dispozici vlastní záznam služeb, které hradí a do jaké míry se na úhradě podílí. Obdobným způsobem lze získat rehabilitační a kompenzační pomůcky (Halová, 2007).

- **Potřeba pohybu a aktivity**

Pohyb je biologickou potřebou člověka, je základem nezávislosti. Pohyb zlepšuje zdravotní stav, chrání před nemocemi, navozuje dobrou náladu, prodlužuje délku života (Krátká, 2007). Imobilní člověk je závislý na pomoci druhých. Při omezení pohybové aktivity dochází k pocitům bezmocnosti, snížení sebeúcty a poruchy sebekoncepcce (Trachtová, 2006).

Pro pacienta po CMP je velmi důležitá rehabilitace. V rodině je vhodné zavést pravidelné každodenní cvičení. Denní rozvržená činnost včetně hygieny, vyprazdňování i odpočinku podporují celý organismus k lepší aktivitě (Halová, 2007). Rehabilitace je zaměřená na mobilizaci, reedukaci řeči, nácvik pohybů horních končetin a chůze (Klímová, 2007).

Využívá se kombinace Vojtovy metody, konceptu manželů Bobathových a proprioreceptivní neuromuskulární facilitace, ergoterapie a fyzikální terapie (Kolář, 2009). Metoda Brunstromové byla vypracovaná cíleně pro pacienty po CMP (Votava, 2004, online). Vhodné je aplikovat kinestetickou mobilizaci, která využívá možností a rezerv pacienta. Kinestetika je propracovaný model, jak pracovat s pohybem těla, jak s ním komunikovat a především zvyšovat pohybovou aktivitu pacienta (Andrejkivivová, 2007).

Nezbytný je týmový přístup, který zahrnuje spolupráci sestry s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, lékařem, logopedem, psychologem, sociálním pracovníkem, protetikem a rodinnými příslušníky (Kalita, 2006; Vrbata, 2008). „*Od počátku rehabilitace po cévní mozkové příhodě může a musí být každá každodenní činnost zařazena do léčebného plánu*“ (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004, s. 154). Cílem je zkvalitnění života pacienta, s minimalizací závislosti a maximalizací sociální integrace (Kalina, 2008). Mobilizace pacienta má tři fáze, pasivní pohyby, asistovaný pohyb (cvičení s dopomocí) a aktivní cvičení, které vykonává nemocný sám (Kolář, 2009). K pacientovi přistupujeme vždy z postižené strany. Používáním antispastického obnovovacího vzorce (viz příloha P III) předcházíme spasticitě, využíváme smyslové vjemy hlasové, dotykové a vizuální (Carraro, 2002).

Pro rehabilitaci se využívají pomůcky usnadňující stoj, chůzi, zpevňující nestabilní klouby, bránící rozvoji spasticity a sekundárních změn (Kolář, 2009). Vhodné je spolupracovat s protetikem (Halová, 2007).

- **Uvědomění si ochrnuté strany těla**

Nemocný může opomíjet ochrnutou stranu těla. Je nezbytné, aby se naučil postiženou část těla uvědomovat a pečovat o ni za pomoci zdravé končetiny (Nejedlá, 2004). Pacient při potížích s prostorovou orientací (hemianopie), který ztratil polovinu zorného pole, nevidí nebo ignoruje věci na postižené straně a naráží do objektů. Je z toho frustrován. Nevšímání si věcí na jedné straně je tzv. neglect syndrom. Při komunikaci stojíme před pacientem nebo na jeho nepostižené straně, potřebné věci umístíme na zdravé straně. Zrcadlo pomůže zobrazit celou postavu (Feigin, 2007).

- **Potřeba soběstačnosti**

Pro podporu pacientovy samostatnosti a činorodosti, je důležité zajistit bezpečné prostředí (Venglářová, 2007). V souvislosti se sníženou pohyblivostí, poruchou citlivosti a smyslových vjemů je riziko pádu a může dojít k úrazu. Nemocný je neobratný, neklidný, může se poranit, upadnout z lůžka, zakopnout při chůzi (Nejedlá, 2004).

Snažíme se zmírnit jeho strach z následků onemocnění, sociální izolace, nesoběstačnosti a pocitu, že je na obtíž svému okolí. Nemocného motivujeme a chválíme za každý malý úspěch, povzbuzujeme a vedeme k aktivní spolupráci (Dlabalová, 2008).

Pacient po CMP bývá často omezen v činnostech denního života, především pohybu. Nemocného aktivizujeme k soběstačnosti a tím posilujeme sebeúctu a osobní jistotu (Hermanová, 2007). Při oblékání se postupuje od postižené končetiny ke zdravé a při svlékání obráceně (Klímová, 2007). Pacientovi při oblékání pomůžeme tím, že mu povedeme ruce. Častým opakováním a schopností používat kompenzační pomůcky vzniká důvěra ve vlastní schopnosti (Dlabalová, 2008; Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004).

Z pomůcek se využívají obouvače ponožek a punčoch, dlouhé lžice na obouvání bot a podavače. Vhodné jsou volné oděvy s širokými rukávy a nohavicemi. Místo knoflíků se používají uzávěry s poutky nebo suché zipy. Obouvání obuvi musí pacient nacvičit, doporučuje se vysoká pevná obuv se suchým zipem (Klímová, 2007; Klusoňová, 2005).

- **Potřeba dýchání**

Krátká (2007, s. 27) uvádí, že „...pokud není uspokojena potřeba dýchání, může být člověk ohrožen na životě.“ Nedostatek kyslíku vyvolává psychickou odezvu, která způsobuje úzkost a strach ze smrti. Vlivem negativních emocí má nemocný pocit nedostatku vzduchu. Člověk při poruše dýchání potřebuje pomoc, jejíž součástí je dechová gymnastika, která učí, jak správně dýchat a využívat plicní ventilaci (Trachtová, 2006).

Imobilita vede ke snížení plicní ventilace a poloha vleže omezuje dýchací pohyby části hrudníku, je narušena samočisticí schopnost a kašlací mechanismus, nemocný nemůže dostatečně odstraňovat hlen z bronchů (Klusoňová, 2005).

Je potřeba nemocného naučit jednoduchou dechovou techniku, která spočívá z nácviku hlubokého dýchání, správného polohování a vyplivování hlenů z úst (Holeksová, 2002). Při neschopnosti pacienta vykašlat hleny se provádí manuální dopomoc při vykašlávání a podpoří se podáváním teplého čaje, expektorancií a inhalací (Klusoňová, 2005). Vhodná je technika míčkové facilitace za použití měkkých míčků, která podporuje lepší rytmus dýchání, není technicky náročná na provedení (Kristiníková, 2000).

- **Potřeba být bez bolesti**

Bolest vnímáme negativně, má pro nás ochrannou funkci, je varovným signálem poruchy zdraví (Hermanová, 2007). Pacientovi se uleví, když zná příčinu bolesti (Šamánková, 2011). Bolest sledujeme a hodnotíme, pro zjištění stupně bolesti použijeme škálu bolesti, podáváme ordinovaná analgetika a volíme úlevovou polohu nemocného, bolestivé části podložíme. S nemocným komunikujeme a zjišťujeme úlevu (Nejedlá, 2004).

U 2/3 pacientů s hemiparézou je v pozdní fázi častým problémem bolestivé rameno na postižené straně, silná spasticita a nevýhodné postavení některých částí těla. Komplikace je způsobena přepínáním a zanícením slabého ramenního kloubu (Lippertová - Grünerová, 2005).

Mezi preventivní opatření proti bolesti ramene patří: správně a často polohovat pacienta na lůžku, podepírat slabou paralyzovanou paži polštáři a opěradly, nepřepínat ramenní kloub. Za paži netaháme, vyvarujeme se „spadnutí“ slabé ruky dolů tím, že ji přidržujeme rukou zdravou, při chůzi ji zavěsíme do šátkového obvazu a nedopustíme, aby za tuto ochrnutou paži či ruku kdokoli tahal (Feigin, 2007; Klusoňová, 2005).

Při poškození thalamu se vyvíjí tzv. centrální bolest, která je směsicí pocitů, včetně horka a chladu, často popisovaná jako palčivá, vystřelující, ostrá, bodavá bolest v ochrnuté části těla. Spouští se lehkým přejetím po postižené oblasti těla, pohybem, změnou teploty. Tato komplikace vyžaduje konzultaci neurologa (Feigin, 2007).

CMP nepostihuje schopnost pohlavního života, ale způsobuje sexuální dysfunkci. U pacienta nastane blok, snížení sexuální touhy z důvodu nespokojenosti se sebou samým kvůli nemoci (Hrdličková, 2010).

3.2.2 Potřeba bezpečí a jistoty

Jedná se o potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřebu jistoty a psychického bezpečí, potřebu vyhnout se ohrožení, potřebu ochrany zdraví, potřebu fyzické bezpečnosti (ochrana před násilím a agresí), důvěry, soběstačnosti, orientace, informací (informace o zdravotním stavu, prognóze), potřebu ekonomického zajištění, potřebu míru a klidu, naděje a víry (Trachtová, 2006).

„Bezpečí je jistota, v lásce je teplo, bez kterého se nic nedaří“ (Dlabalová, 2008, s. 73). Nemocný potřebuje jistotu, že ho rodinný pečovatel neopustí, že se dokáže o něj postarat. Nemocný se cítí v bezpečí, jestliže je ve známém prostředí, které mu umožňuje být sám sebou. Pokud má u sebe nejbližšího člověka, je klidný a přijímá péči v plném rozsahu (Dlabalová, 2008; Klevetová, 2003).

Neuspokojením této potřeby je narušena životní rovnováha nemocného. Vystupuje, když je člověk osamocen a má potřebu být vyslechnut. Nemocný psychicky a fyzicky strádá, cítí se ohrožen, má strach z opuštění (Trachtová, 2006). Varovnými signály mohou být úzkost, strach, hněv, smutek, bezmocnost, beznaděj, nedostatečné sebehodnocení, malá sebeúcta. Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb zakotveny v Listině základních práv a svobod (Krátká, 2007). Úzkost a pocit strachu se stupňuje při opuštění známého prostředí (Lippertová - Grünerová, 2005).

• Potřeba bezpečného prostředí

Lůžko má být pevné, ne příliš tvrdé, vybavené kvalitní matrací a antidekubitními pomůckami, přístupné ze tří stran. V domácnosti je to problém (Halová, 2007). Důležitým prvkem lůžka je zvedání zádové podpěry, volba výšky ložné plochy usnadňující přesuny na vozík. Pro přivolání pomoci je potřeba se domluvit na signalizačním zařízení podle pohybových

možností pacienta (Klusoňová, 2005). Používá se klasický zvoneček, obyčejný telefon, malý gong, elektrický zvonek, světelný signál (Halová, 2007). Také umístění předmětů a nábytku v okolí nemocného sehrává důležitou roli pro zotavení pacienta. Přizpůsobíme orientaci lůžka, které nebude na straně postižené u zdi. Noční stolek a televizi umístíme na postiženou stranu pacienta, tím zajistíme co největší přísun stimulů. Místnost zajistíme teplou, jasnou, ne příliš hlučnou a často v ní větráme (Vrbata, 2008).

• **Potřeba podpory**

Být podporován znamená být povzbuzován k sebedůvěře, k přijetí své nemoci, umožňuje dovolit nemocnému vyjádřit svá přání. Pacient potřebuje podporu tělesnou, citovou, ekonomickou i společenskou, potřebuje uznání a ocenění (Dlabalová, 2008). Podporujeme pocit užitečnosti ve společnosti a pacienta necháme vyjádřit své emoce. Pro dobrý pocit naplnění svého života nemocný potřebuje dostávat informace a možnost vyptávat se. Informujeme ho o zdravotním stavu, způsobu léčby a rehabilitačních postupech (Klímová, 2007; Nejedlá, 2004).

3.2.3 Potřeba lásky a sounáležitosti

K potřebě lásky a sounáležitosti náleží potřeba náklonnosti, někam patřit, být milován a moci někoho milovat, potřeba sociální, která se skládá z citových vztahů jako přátelství, partnerský život, potřeby mít rodinu, potřeba informovanosti o sobě a okolním světě, potřeba péče o své zdraví a své blízké, potřeba ekonomické jistoty, sounáležitosti, soužití s blízkými lidmi. Sociologické potřeby jsou naplňovány aktivitou, prožitky (Šamánková, 2006).

Každý člověk chce být milován a respektován ve společnosti, kde žije. Potřeba lásky má být v období nemoci naplněna členy rodiny a přáteli, kteří projeví porozumění, laskavost, empatii, pochopení. Potřebu naplnění kulturních potřeb v nemoci zajistíme podáváním informací, co se děje mimo domov, poskytneme literaturu, umožníme sledování televize, respektujeme zájem pacienta (Šamánková, 2011).

3.2.4 Potřeba uznání a sebeúcty

Patří zde potřeba ocenění, uznání, autonomie, důvěra v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Potřeba sebeúcty vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí a snaha získat ztracené sociální podmínky (Trachtová, 2006).

3.2.5 Potřeba seberealizace a sebeaktualizace

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace patří mezi instinktivní potřeby. Nemocný člověk potřebuje ubezpečit, že se mu mnohé povedlo, že něco dokázal. Sebeúctu posilujeme, ujistíme nemocného, že péče o něj není na obtíž. U těžce nemocného pacienta seberealizace zaniká, pečovatel má pochválit za jakoukoli snahu (Klevetová, 2003; Šamánková, 2006).

„Nemoc, životní ztráty a sociální omezení velmi pozmění chápání vlastního životního obrazu“ (Dlabalová, 2008, s. 69). Dochází ke ztrátě autonomie – omezování schopnosti být sám sebou, omezení schopnosti svobodně volit místo, čas, osoby, činnosti a nečinnosti s druhými lidmi, ztráty kontroly nad svým životem. Pro nemocného je důležité mít svůj život pod kontrolou, moci rozhodovat o svých činnostech a uznávat se takový jaký jsem a získat pocit důležitosti (Dlabalová, 2008).

K potřebě sebevyjádření patří touha po pochopení, pojmenovat svá přání a sdělit své názory (Šamánková, 2011).

- **Potřeby duchovní**

Potřeby spirituální se nacházejí na vrcholu Maslowovy pyramidy, jsou to tzv. metapotřeby nebo také potřeby růstu, hledání smyslu života. Projevují se v oblasti duchovního života, religiozity. Jedná se o velmi individuální a niternou záležitost. Téměř každý člověk v něco věří, v lásku, dobro, úspěch, Boha, sebe samé. Patří zde potřeba lásky, naděje, víry, odpuštění, hledání smyslu života (Krátká, 2007; Trachtová, 2006).

Pro naplnění a uspokojení životní existence nemocného pěstujeme jeho vlastní hodnoty, víru ve vlastní schopnosti a pomáháme nalézat cíle života (Hermanová, 2007).

Potřeba náboženského vyznání a respektování víry je významné pro duševní klid nemocného, může přinést velkou úlevu. Duchovní prožívání je ovlivněno nemocí, proto je důležité citlivě vnímat pacientovy názory a vyslovená přání (Šamánková, 2006).

„Duchovní službu může poskytnout každý, kdo se těší důvěře nemocného“ (Krátká, 2007, s. 39). Požádá-li pacient o návštěvu kněze, přání splníme.

3.3 Úloha rodiny v péči o geriatrického pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí

Rodina hraje nezastupitelnou roli v péči o starého člověka. V dnešní době se vytrácí ochota rodiny pečovat o své nemocné rodiče. Rodinní příslušníci preferují soběstačnost, nezávislost a ekonomický zisk, nechtějí přizpůsobit svůj život potřebám nemocného. Pečující potřebuje pomoc a podporu společnosti (Nejedlá, 2006).

Feigin (2007, s. 163) zdůrazňuje, že „*úloha rodiny je nejdůležitější ve chvíli, kdy pacient opouští nemocnici a začne se o něj pečovat doma.*“ Nemocný potřebuje někam patřit, mít svou roli v rodině a ve společnosti, mít své fyzické a mentální místo v srdci svých blízkých. V nemoci je mnoho sociálních změn, které nemocný obtížně přijímá. Patří zde potřeba rituálu pozdravení, kdy je každý den pozdraven a přijat bez připomínek (Dlabalová, 2008).

Návrat osoby, která prodělala CMP domů, přináší radost, smutek i zklamání jak pro partnery, tak pro děti. Proměny osobnosti a chování patří k nejtěžším změnám, kterým se rodinní příslušníci musí přizpůsobit. Důvěrné známé charakterové rysy se mohou prohloubit do extrému a obtěžovat celou rodinu (Hrdličková, 2010).

3.3.1 Vyhoření u pečující osoby

Péče o starého imobilního člověka je pro pečující velmi náročná, těžko se vyrovnává s novou mírou zodpovědnosti, může vést k úzkosti a depresi, kdy schopnost zvládat problémy slábnou, dochází k pocitu selhání, úbytku sil (Feigin, 2007; Hrdličková, 2010). Pečující je ohrožen syndromem vyhoření. Je to odezva na mimořádně zatěžující práci, kdy dojde k naprostému vyčerpání sil, pečovatel má pocit, že již nemůže dál (Holeková, 2002). Pečující si potřebuje odpočinout a nabrat sílu (Kleťková, 2003).

3.3.2 Úloha podpůrných organizací

Vyrovnání se s novou skutečností je jedním z nejtěžších úkolů, které musí pacient a jeho rodina řešit. Významnou úlohu mají svépomocné organizace a občanská sdružení např. Sdružení CMP, občanské sdružení Afázie (Kolář, 2009). Nemocní mají možnost využít členství v klubech. Možnost setkání se stejně postiženými pacienty a výměna informací jsou přínosné k překonávání následků onemocnění (Hrdličková, 2010).

4 DOMÁCÍ PÉČE

„Domácí péče je poskytovaná člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí“ (Hanzlíková, 2007, s. 241). „Termín domácí péče je odvozen od anglického výrazu *home care*“ (Šamánková, 2006, s. 83). Světovou zdravotnickou organizací je definována jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech (Jarošová, 2007).

„Dle Zdravotního řádu se jedná o zvláštní druh ambulantní péče, která zajišťuje pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odbornou zdravotní péči v jejich vlastním sociálním prostředí. Jedná se o integrovanou formu péče a označuje se jako komplexní domácí péče (KDP)“ (Krátká, 2008, s. 79). Představuje otevřený systém individuální péče, ve kterém jsou integrovány zdravotní, pečovatelské a laické formy péče. KDP je potřebné rozlišovat od pomoci v domácím prostředí. Anglicky se jedná o *home help*, pomoc v domácnosti, kde je pomoc zaměřena na úklid, donášku nákupů (Šamánková, 2006).

Podle Americké asociace sester je domácí péče vysoce humánní, kvalitní, efektivní, maximálně dostupná forma péče, která je poskytovaná klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí se začleněním rodinných příslušníků a blízkých (Jarošová, 2006).

Domácí péče je v České republice podle vyhlášky MZ ČR 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a je indukovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním prostředí nemocného (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, 2000). Metodicky je řízena MZ ČR a je poskytována všem občanům bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské nebo politické orientace (Jarošová, 2007). O jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje praktický lékař nebo ošetřující lékař za hospitalizace pacienta, maximálně 14 dnů po ukončení hospitalizace. Může být poskytována formou akutní domácí péče, dlouhodobé domácí péče a domácí hospicové péče (Holeksová, 2002).

V rámci KDP je poskytována odborná zdravotní péče (indikována ošetřujícím lékařem klienta), sociální péče (vychází z aktuální sociální diagnostiky klienta a jeho prostředí) a laická péče, jejíž rozsah je dán aktuální situací ve vlastním sociálním prostředí klienta (Krátká, 2008). V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, preventivní, ošetřovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, včetně sociální péče a pomoci ve vlastním sociálním prostředí klientů všech věkových kategorií, indikačních a diagnostických skupin podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který domácí péči indikuje (Jarošová, 2007).

KDP je jedním z funkčních prvků primární péče. Její filozofie je podmíněná principem pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální chápání kvality života každého jedince. Jejím vyjádřením je od roku 1993 mezinárodně přijatá jednotka 1 QIL (Quality of individual Life), která je vymezena na základě stanovení objektivních potřeb jedince ve vztahu k reálným možnostem společnosti (Hanzlíková, 2007; Krátká, 2008).

Cílem domácí péče je zajistit kvalitní, efektivní, dostupnou zdravotní péči pacientům, na základě doporučení lékaře, v jejich vlastním sociálním prostředí, eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození pacientů (Pochylá, 2005). Domácí péče je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Krátká, 2008).

Cílem domácí péče je udržet geriatrického pacienta co nejdéle v jeho původním prostředí, se zachováním jeho soběstačnosti, zmírnění utrpení a udržení kvality života na maximální možné úrovni (Hanzlíková, 2007).

„Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti“ (Pochylá, 2005, s. 24). K zásadám patří soustředění na kvalitu života, zcivlnění péče, umožnění pobytu v domácím prostředí (využívání terénních služeb, kompenzačních pomůcek a bytových úprav), spolupráce s rodinou, propojení zdravotní a sociální péče, aktivizace nemocných a kontrola jejich důstojnosti a bezpečnosti (Klener, 2000).

4.1 Domácí péče v České republice

Domácí péče se v České republice vyskytuje v pěti základních formách: akutní domácí péče, dlouhodobá domácí péče, která je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice, preventivní domácí péče, domácí hospicová péče a domácí péče ad hoc – jednorázová domácí péče (Jarošová, 2007).

Služby zprostředkovávají agentury domácí péče, které jsou sdružované Asociací domácí péče České republiky (Krátká, 2008).

K agenturám domácí péče přísluší fakultní nemocnice, humanitární sdružení Český červený kříž, církevní sdružení Česká katolická charita, Maltézští rytíři, diakonie. Zřizovatelem mohou být samostatné právnické či fyzické osoby, státní instituce, organizace, obce (Šamánková, 2006).

Management agentury domácí péče je veden na horizontální úrovni, složení multidisciplinárního týmu je utvářeno podle aktuálních potřeb klientů, od základní po superspecializovanou péči (Hanzlíková, 2007).

4.2 Úloha sestry v domácí péči

Domácí ošetrovatelská péče je plně hrazena ze zdravotního pojištění a evidována jako odbornost 925 – domácí péče. Indikuje ji ošetřující lékař. Úkon je spojen s vykazováním administrativní práce sestry (Šamánková, 2006). V domácí péči existují čtyři typy ošetrovacích návštěv podle délky, 15, 30, 45 a 60 minut, vždy s maximální frekvencí 3 návštěvy denně (Jarošová, 2007).

Dle poskytovatele se domácí péče dělí na čtyři složky. Může to být agentura domácí ošetrovatelské péče, ošetrovatelská služba, rodinní příslušníci a lékař prvního kontaktu (Hanzlíková, 2007).

„Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci zdravotní péče, která je členěna podle zaměření aktivit na primární, sekundární a terciární péči“ (Jarošová 2007, s. 68). Domácí ošetrovatelská péče v komunitě je krátkodobá a dlouhodobá, která v České Republice převládá a je orientovaná na péči o chronicky a terminálně nemocné, realizátorem je agentura domácí ošetrovatelské péče (Hanzlíková, 2007).

Ošetrovatelská péče je poskytována metodou ošetrovatelského procesu a probíhá ve všech pěti základních fázích: posuzování klienta, diagnostika problémů, plánování ošetrovatelských aktivit, realizace plánu a hodnocení stavu klienta (Jarošová, 2007).

Komunitní sestra poskytuje poradenství, edukuje, organizuje péči, vykonává základní ošetrovatelské techniky, spolupracuje se členy týmu, institucemi, s rodinnými příslušníky, zjišťuje symptomy syndromu citlivého vyhoření u příbuzných. Posuzuje míru soběstačnosti nebo závislosti na pomoci druhých na základě posouzení funkčního stavu, který je definován jako individuální schopnost vykonávat aktivity denního života (ADL) a aktivity s použitím pomůcek (IADL) (Hanzlíková, 2007; Jarošová, 2007).

V rámci zdravotního stavu se sestra zajímá o rodinu, o sousedské a přátelské vztahy, bytové podmínky, finanční zabezpečení, síť dostupných sociálních služeb, využívání sociálních služeb. Podrobnou anamnézou sestra odhalí aktuální a potenciální problémy, navrhne vhodná

doporučení a opatření. Plánování, realizování intervencí a vyhodnocování dělá ve spolupráci s nemocným a jeho rodinnými příslušníky (Hanzlíková, 2007).

Ošetrovatelské aktivity jsou prováděny sestrou přímo nebo nepřímo. Všechny indikované a provedené výkony jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace a vykazovány příslušné zdravotní pojišťovně k proplácení (Jarošová, 2007; Krátká, 2008).

4.3 Charita Česká republika

Charita jako církevní instituce je nedílnou součástí katolické Církve a byla zřízena ke službě všem potřebným bez rozdílu. Tato služba je založena na hodnotách, kultuře a tradici křesťanství, na respektování rovnosti a důstojnosti všech lidí, na ochraně a rozvíjení přirozených práv každého člověka (Graubner, 21. 1. 2009, online).

Základním posláním Charity je milosrdná pomoc potřebným lidem, jejich podpora a doprovázení. Potřebností se rozumí situace nebo stav ohrožení, tísně, krize, nouze, závislosti nebo jiného oslabení či vyloučení člověka z běžného života a předcházení těmto stavům a situacím. Hlavní náplní činnosti je zajištění komplexních služeb nemocným seniorům v jejich domácím prostředí, bez ohledu na jejich věk, barvu pleti a vyznání (O nás, 4. 4. 2011, online).

Charita působí ve všech koutech naší republiky, ve městech i na vesnicích. Služba v terénu je dnes neodmyslitelná. Zvláště pak její působení na venkově, kde jsou lidé sžití s přírodou, kde mají svá hospodářství a chtějí svůj život dožít tam, kde jsou zvyklí (Neztratit domov ani ve stáří, 2001).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Cíle průzkumného šetření

V bakalářské práci jsem si stanovila tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit nejčastější problémy pacientů, respektive rodiny v oblastech péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.

Cíl 2: Zjistit názor všeobecných sester pracujících v domácí péči, jaké problémy spatřují u pečovatелů, při poskytování péče pacientovi po iktu v domácím prostředí.

Cíl 3: Na podkladě získaných informací vypracovat edukační manuál pro pacienty po CMP a jejich rodinné příslušníky, kteří se o ně v domácím prostředí starají. Příručka bude vytvořena pro danou oblast, kde působí organizace poskytující domácí péči.

5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

K polostandardizovanému rozhovoru bylo vybráno šest geriatrických pacientů po CMP a jejich pečovatелů, kde je poskytována ošetrovatelská péče všeobecných sester z dané domácí péče. Průzkumné šetření probíhalo v oblasti pohraničního regionu Valašska. Respondenty byli geriatrickí pacienti po prodělané CMP a zařadila jsem je do skupiny A. Pacienti, kteří byli součástí tohoto souboru, byli v domácím ošetřování nejméně 14 dnů po hospitalizaci a nejdéle 84 dnů. Respondenty byli čtyři muži a dvě ženy.

Následně byly osloveny všechny všeobecné sestry, které pracují v organizaci poskytující domácí péči na trvalý pracovní poměr a starají se o tyto konkrétní pacienty. Zařadila jsem je do skupiny B. Respondenty byly ženy ve věku 34 - 46 let, délka jejich praxe v domácí péči 4 - 16 let. V rozhovorech jsem zjišťovala problémy, které řeší po příchodu pacienta po iktu domů pečovatелé z pohledu všeobecných sester.

5.3 Metoda práce

V průzkumném šetření, které je součástí mé bakalářské práce, jsem použila ke sběru dat kvalitativní metodu, polostandardizovaný rozhovor.

Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky. Pro-

bíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má pružný charakter, z daného základu se rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků (Hendl, 2005).

Polostandardizovaný rozhovor má hrubý seznam otázek, které musíme mít, jinak máme volné pole. V ošetřovatelských výzkumech je nejvíce rozšířen (Bártlová, 2005). Záměr a cíl u tohoto typu rozhovoru je pevně stanoven, avšak uvolňuje se poněkud taktika jeho vedení. Není nezbytné dodržovat formulaci a pořadí otázek, je však nutné dotknout se všech předem stanovených oblastí (Pelikán, 1998).

K popisu zdravotního stavu respondentů skupiny A jsem využívala metodu kasuistiky. Kasuistiku řadíme mezi kvalitativní metody. Jedná se o výzkum na vzorku jedné osoby nebo situace, případu. V ošetřovatelství je to velmi rozšířená technika. Popisuje se konkrétní případ pacienta s určitým onemocněním (Bártlová, 2005).

5.4 Charakteristika otázek rozhovorů

Rozhovor u obou skupin se skládal ze třinácti okruhů otázek (viz příloha P VII a P VIII). Byly použity otázky otevřené a uzavřené.

U skupiny A jsem zjišťovala otázky identifikační, jejichž cílem bylo získat informace o věku pacientů, jak dlouho jsou propuštěni z nemocnice, informace o onemocnění. Informace o diagnózách u pacientů jsem zjišťovala také ze zdravotní dokumentace od všeobecných sester pracujících v domácí péči. Tyto údaje jsou zapracovány do kasuistiky. Následující okruhy otázek se týkaly problematiky v oblasti péče, konkrétně v oblasti hygieny, dýchacího systému, výživy, vyprazdňování, problémy při polohování a manipulace s pacientem, potíže při oblékání a svlékání, problematiky bolesti, komunikace, využití sociálních dávek. Dále jsem zjišťovala, jestli rodinný příslušník absolvoval odborný kurz či seminář týkající se péče o pacienta po CMP, zda má informace jak pečovat o takto postiženého pacienta a jestli ví o dalších nabídkách dané organizace. Všechny tyto informace byly použity pro zjištění nejčastějších problémů pacientů, respektive rodiny v oblastech péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.

U všeobecných sester jsem zjišťovala otázky identifikační, kdy cílem bylo zjistit věk respondentek a délku praxe v domácí péči. Ostatní okruhy se týkaly stejných problematických oblastí, na které jsem se ptala pacientů a jejich rodinných příslušníků.

5.5 Organizace průzkumného šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení okruhů otázek k rozhovorům. Poté jsem uskutečnila rozhovory, které probíhaly v období od 14. 1. 2011 do 28. 2. 2011. Realizovala jsem celkem 10 rozhovorů (6 rozhovorů s příbuznými, kteří se starají o pacienty po CMP a přítomnými pacienty a 4 rozhovory se všeobecnými sestrami, které pracují v domácí péči a tyto pacienty navštěvují). Metodu rozhovoru jsem si vybrala z důvodu, že jsem mohla navázat bližší kontakt s respondenty a lépe porozumět problémům, které se týkají péče o pacienta po cévní mozkové příhodě.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Rozhovor s rodinnými příslušníky probíhal v jejich domácím prostředí, kdy jsem si předem telefonicky domluvila návštěvu na určitý den a hodinu. Rozhovor probíhal mezi mnou a pečovatelem, pacient po CMP byl u rozhovoru přítomen, a pokud to jeho stav umožňoval, do rozhovoru vstupoval a informace doplňoval. Rozhovor se všeobecnými sestrami po předchozí domluvě se odehrával v nerušené místnosti dané organizace.

Na úvod jsem se snažila navodit příjemnou atmosféru, kdy jsem se představila a respondenty seznámila s průběhem rozhovoru. Respondenti byli informováni o záznamu rozhovoru na diktafon, o možnosti jeho ukončení a o tom, že nemusí na všechny otázky odpovídat. Byli obeznámeni s tím, že interview je anonymní a získané informace budou použity v mé bakalářské práci.

5.6 Zpracování získaných dat

Rozhovory jsem si po opětovném poslechu přepsala, pro ukázkou uvádím šest rozhovorů v plném znění v přílohách P XII – P XVII. Byly vybrány pouze problémy, které se týkaly péče o pacienta po CMP, pokud problém nebyl v konkrétní oblasti, dále se o tom nezmiňuji. Odpovědi na otevřené položky byly obsahově analyzovány. S informacemi, které jsem získala od respondentů, jsem nakládala velmi diskrétně, neuvádím konkrétní jména, místa, data nebo názvy. Kasuistiky jsem zpracovala jednak z informací od pacientů a jednak od sester dané organizace.

6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

U jednotlivých respondentů jsou popsány problematické místa při poskytování péče nemocného po CMP v domácím prostředí, z nich jsem pak vycházela při plnění svých cílů. Pokud se problém v konkrétní oblasti nevyskytoval, nezmiňuji se o něm. Pro ukázkou uvádím celé znění rozhovorů s šesti respondenty skupiny A i B, které lze nalézt v přílohách P XII – P XVII.

Respondent č. 1 (skupina A) - muž, 70 let, pacient je doma 14 dnů.

Diagnóza: prodělaná akutní cévní mozková příhoda s centrální, pravostrannou hemiparézou s fatickou poruchou. Další diagnózy: esenciální hypertenze, ischemická choroba srdeční (ICHS), generalizovaná ateroskleróza, inkontinence stolice.

Hospitalizován na anesteziologicko - resuscitačním oddělení 10 dnů, poté 28 dnů na interním oddělení a následně 56 dnů v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN), odkud byl převezen do rehabilitačního zařízení na žádost rodiny. Odmítal spolupracovat, byl agresivní, plačtivý, zpočátku obtížná rehabilitace a navázání kontaktu. Propuštěn z rehabilitačního oddělení do domácího ošetřování, zajištěna domácí péče. Doma se o pacienta stará manželka.

Při přijetí do domácího ošetřování pacient při vědomí, dezorientován, špatně spolupracoval pro fatickou poruchu, plegie pravé horní končetiny, otok na pravé horní končetině, pravou dolní končetinu nezvedne nad podložku, cit zachován, porucha řeči, čtení, porozumění, bolest pravého ramene. Body mass index (BMI) 29,51 = nadváha, opruzeniny v tříselech, porucha polykání, nedoslýchá na pravé ucho, používá naslouchadlo, chůze a stoje není schopen. Barthelové test základních všedních činností (ADL) 30 bodů, vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů podle Nortonové 20 bodů. Rozšířená stupnice podle Nortonové je v příloze P II.

Léky: Geratam 800 mg 2–1–0, Lusopress 20 mg 1–0–0, Letrox 100 mg 1–0–0, Anopyrin 100 mg 1–0–0, Agapurin retard 1–0–1, Aulin v sáčcích 1–0–1

Problém v oblasti hygieny: pacient je často opruzený, osoba pečující nezná prostředky k ošetření kůže, problematická je také manipulace při hygieně, nedostupnost vany.

„...když je opruzený, tak to konzultuju s lékařem, co můžu na něho použít, když nepomohly masti, které si pamatuju od děcka, a s tím máme pořád problém. Sestřičky mi taky radí, abych zkusila to a to, a buď to pomůže, nebo ne, on je na to dost háklivý...“

Problém v oblasti dýchacího systému: v odkašlávání a uvolnění hlenů.

„...má problém si odkašlat, začnu mu podávat nějaký ten čaj po lžičkách, aby se mu to jako uvolnilo a taky nějaké přípravky od doktora...“

Problém v oblékání a svlékání: zdlouhavé oblékání, nevhodné oblečení, zakoupeno nové, které se dobře obléká a zapíná.

„...tak ho samozřejmě nutím, aby se snažil sám, ale moc to nejde, ale snahu má...taky jsem mu koupila nové oblečení, které se mně dobře obléká, aj přes tu hlavu...“

Problém v oblasti výživy: osobou pečující k pití zajištěn hrnek se slánkou a hrnek s násoskou, z domácí péče zapůjčen jídelní stůl, problematické polykání, neznalost zahušťovadel.

„...často mu to jídlo zůstane v puse na pravé straně, při pití ho musím kontrolovat, pije přes slánku nebo mu to dám do dětského hrníčku - pítka...“

Problém v oblasti vyprazdňování: zácpa, bolestivé hemoroidy, zkouší různé masti a čípky. Inkontinenční pomůcky dokupuje, řeší se úprava toalety, zapůjčení nástavce na WC (toaletu) od organizace, používá podomácku vyrobenou WC židli, která je nevhodná.

„...problémy při vyprazdňování má dost velké, má strašně zácpu...dávám mu hodně čaje, třeba bylinkové, kompoty, sušené švestky, aby neměl tuhou stolici, když vidím, že nejde jeden den, tak už to řeším...“

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: neznalost frekvence polohování, nácvik sedu, stoje, přemístění z lůžka na vozíček.

„...na vozíček mi s ním musí někdo pomoci, něco mi ukázali v nemocnici a doma to nacvičujeme se sestřičkou, ale je tam jenom chvíli, dlouho nevydrží, na pět, deset minut...“

Lůžko: zapůjčeno manuálně polohovatelné, přístupné ze dvou stran, osoba pečující má problémy s páteří.

Cvičení: pro osobu pečující je cvičení s pacientem namáhavé, problém s přesunem do auta při převozu na rehabilitaci.

Bolest: bolest celé pravé poloviny těla a bolest v oblasti konečníku (hemoroidy).

Komunikace: problematická komunikace – fatická porucha, zajistit návštěvy logopeda v domácím prostředí.

Kurz pro pečovatele: nemá informace.

Respondent č. 2 (skupina A) - muž, 84 let, pacient je doma 84 dnů.

Diagnóza: po recidivující cévní mozkové příhodě s pravostrannou hemiparézou ischemické etiologie. Další diagnózy: ICHS, hypertenze III. stupně dle SZO, stav po infarktu myokardu, stav po urolitiase.

Hospitalizován 35 dnů na interním oddělení. Propuštěn do domácího ošetřování na žádost rodiny, která ho nechtěla dát na LDN. Doma se o pacienta stará manželka.

Při přijetí do domácího ošetřování nespolupracoval, nekomunikoval, imobilní, plně závislý na pomoci druhé osoby, plegie pravé horní končetiny a pravé dolní končetiny, kachektický, BMI nelze změřit, dekubit v sakrální krajině a na pravé patě, porucha polykání, má zavedený permanentní močový katétr, inkontinence stolice. Barthelové test základních všedních činností (ADL) 0 bodů, vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů podle Nortonové 12 bodů.

Léky: Anopyrin 100 mg 0–1–0, Prestarium 4 mg 1–0–0, Ambrosan 1–1–1, Furantoin 0–0–1

Problém v oblasti hygieny: pacient má dekubity, osoba pečující má problém s hygienou pacienta, nehty nestříhá z důvodu zhoršení zraku, využívá služeb domácí péče.

Problém v oblasti dýchacího systému: s dýcháním, v odkašlávání, zakoupila čistič vzduchu.

„...má velké problémy s dýcháním, nemůže si odkašlat, musím polohovat. Na uvolnění používám Mucosolvan a tvaroh na průdušky, masáž, zakoupila jsem čistič vzduchu...“

Problém v oblasti výživy: žaludeční potíže, nevhodné léky, změna medikace, problém polykání tablet, odmítání jídla, osoba pečující řešila úpravu a podání stravy nemocnému, volba vhodné polohy při krmení, problém denně vařit, využívá donášku obědů nabízenou domácí péčí, nákup Nutridrinků finančně náročné, nemá informace o nutričním specialistovi.

Problém v oblasti vyprazdňování: permanentní močový katétr, výměna sběrného sáčku, časté záněty močového měchýře, pije málo tekutin, dokupuje inkontinenční pomůcky.

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: polohování, polohovatelné lůžko zapůjčené z domácí péče.

Cvičení: v nemocnici s pacientem necvičili, osoba pečující nezná cviky, cvičení je pro ni namáhavé.

„...do rehabilitačního ústavu nešel a v nemocnici s ním vůbec necvičili...“

Bolest: bolest kolene, osoba pečující to pozná z výrazu tváře pacienta, podává analgetika, nemá informace o přípravcích ke zmírnění bolesti.

Komunikace: pacient nemluví, komunikace pouze z mimiky a výrazu tváře.

Kurz pro pečovatele: nemá informace.

Respondent č. 3 (skupina A) - muž, 77 let, pacient je doma 28 dnů.

Diagnóza: po recidivující cévní mozkové příhodě ischemické etiologie s těžkou levostrannou hemiparézou s centrální lézí nervů VII. a XII. s fatickou poruchou.

Další diagnózy: hypertenze III. stupně dle SZO, chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc, generalizovaná ateroskleróza, obezita alimentárního typu, hypertrofie prostaty, diabetes mellitus II. typu kompenzován dietou, imobilní, inkontinentní.

Hospitalizován 28 dnů na interním oddělení a následně 56 dnů na LDN s rehabilitací. Propuštěn do domácího ošetřování, zajištěna domácí péče. Doma se o pacienta stará manželka.

Při přijetí do domácího ošetřování pacient při vědomí, orientován osobou, místem, časem, snaží se spolupracovat, plně závislý na pomoci druhé osoby, plegie levé horní a dolní končetiny. Nadváha, BMI nelze změřit, dekubit v sakrální krajině a na levém vnějším kotníku, porucha polykání, inkontinence moči a stolice, používá plenkové kalhotky. Barthelové test základních všedních činností (ADL) 15 bodů, vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů podle Nortonové 19 bodů.

Léky: Aggrenox 25 mg 1-0-0, Euphyllin 200 mg 1-0-1, Isoptin SR 240 mg ½-0-0

Problém v oblasti hygieny: dekubity, osoba pečující nezvládne celkovou hygienu na lůžku, dělají všeobecné sestry z domácí péče, problém sprchování, nedostupnost vany, podání žádosti o úpravu koupelny, stříhání nehtů na nohou, využívá pečovatelskou službu, nezná prostředky k ošetření kůže, dekubitů, nezná vhodné přípravky na prevenci.

Lůžko: pořízení elektrického polohovacího lůžka, finanční problém.

„...po příchodu z nemocnice měl proleženinu mezi půlkami a dekubit na kotníku. Už je to skoro zahojené, ale bojím se, aby se mu to znovu neudělalo, aby netrpěl. Zkousím různé masti, musím se ptát, co je dobré...“

Problém v oblasti dýchacího systému: bronchitida.

„...často trpí na průdušky, mívá záněty, používáme masti na prsa a obklady...“

Problém v oblasti výživy: polykání.

„...nemůže dobře polykat, bojím se, aby jídlo nevdechl, při jídle musím být u něho...“

Problém v oblasti vyprazdňování: zácpa, inkontinenční pomůcky dokupuje, předepsané množství na poukaz nedostačující, finanční problém.

„...mívá často zácpu, používám čípky a kapky, musela jsem upravit stravu, dávám mu kompoty, zeleninu, jablka, koktejly...“

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: pacient je moc těžký.

Bolest: bolest kolene, osoba pečující nezná přípravky na mírnění bolesti.

„...dědu bolívá občas levé koleno, to pak nařiká a já zkousím různé masti...“

Komunikace: fatická porucha, osoba pečující nerozumí, co pacient říká.

„...někdy na mě něco zakřičí a já nevím, co chce, tak se musím ptát a domýšlet, co asi chce, ale už mu začínám pomalu rozumět...“

Respondent č. 4 (skupina A) - muž, 81 let, pacient je doma 56 dnů.

Diagnóza: stav po recidivující CMP ischemické etiologie s pravostrannou lateralizací a fatickou poruchou.

Další diagnózy: stav po cévní mozkové příhodě hemoragické etiologie s levostrannou lateralizací a dysartrií v úvodu, infekce močových cest, chronická, korová cysta levé ledviny, epicystostomie, chronická prostatocystitida, transitorní amentní stavy, hypertenze III. stupně dle SZO, chronická žilní insuficience, ankylóza levé kyčle, artrosa vahonosných kloubů, stav po operaci hemoroidů, psoriasis vulgaris.

Hospitalizován 22 dnů na interním oddělení, následně 152 dnů na LDN s rehabilitací. Propuštěn do domácího ošetřování, zajištěna domácí péče. Doma se o pacienta stará snacha.

Při přijetí do domácího ošetřování pacient při vědomí, orientován osobou, místem, časem, snaží se spolupracovat, plně závislý na pomoci druhé osoby, ležící na lůžku pohyblivý, hemiparéza vpravo, oslabena svalová síla pravé horní končetiny a pravé dolní končetiny, fatická porucha. Podváha, BMI nelze změřit, dieta racionální mletá, dekubit v sakrální krajině, porucha polykání, epicystostomie, inkontinence stolice, používá plenkové kalhotky. Barthelové test základních všedních činností (ADL) 10 bodů, vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů podle Nortonové 17 bodů.

Léky: Agen 5 mg ½–0–0, Renpress 6 mg 1–0–0, Anopyrin 100 mg 0–1–0, Piracetam AL 800 mg 1–0–0.

Problém v oblasti hygieny: pacient si nemůže sednout, dekubit, lupénka, ekzém po jedné masti, problém s výběrem mastí a gelů, nedostupnost koupelny.

„...tady máme malou koupelnu a špatný přístup, on může být jenom v polosedě kvůli té srostené kyčli...má aj lupénku a dekubit z nemocnice, chytil i teploty...“

Problém v oblasti dýchacího systému: odkašlání, uvolnění hlenů.

„...pořád je problém s odkašláním, těch hlenů mívá moc, používáme šumivé tablety a bylinkové čaje, masáž poklepovou dělávají sestřičky, ta hodně pomáhá...“

Problém v oblékání a svlékání: nevhodné oblečení, problém se zapínáním, museli koupit nové a našít suché zipy.

Problém v oblasti výživy: pacient přijímá málo potravy, porucha polykání, nedostatečný příjem tekutin, nevědomost o způsobu krmení, problém upevnění zubní protézy.

„...byl tam i problém s polykáním, učili jsme ho doma ze lžičky, protéza mu část vyskakuje, hlavně spodní díl, taky málo pije, nemožem do něj dostat ty dva a půl litry...“

Problém v oblasti vyprazdňování: epicystostomie, chronický zánět močových cest, problém s manipulací, vypouštění moči ze sáčku, upevnění sáčku, nekvalitní sáčky, nevědomost v přiložení inkontinenčních pomůcek, neznalost funkce lepících úchyťů na plenkových kalhotkách.

„...přes léto se to zhorší, jak chytne do močových cest zánět a horečky, toho se bojím...“

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: manipulace s pacientem, osoba pečující fyzicky nezvládá, přemístění z lůžka na židli, převoz k lékaři, přesun do sanitky, nevhodné lůžko, při cvičení pacient nespolupracuje.

„...největší problém je s manipulací, máme mechanickou postel a s ní se nedá vyjet nahoru, je půjčena z Charity, nevěděli jsme, kde máme požádat o elektrickou postel...“

Bolest: bolest kolene, kyčle, ramene, hlavy, při dlouhém ležení na jedné straně.

Komunikace: psaní, podpis, potřebuje delší čas na rozcvičení ruky.

„Se psaním má problémy, když má přijít důchod, trénujeme půl hodiny před tím podpis...“

Kurz pro pečovatele: nemá informace.

Respondent č. 5 (skupina A) - žena, 83 let, pacientka je doma 72 dnů.

Diagnóza: stav po CMP ischemické etiologie s levostrannou hemiparézou bez fatické poruchy, mírný organický psychosyndrom, levostranná hemianopsie. Další diagnózy: ICHS, hypertenze III. stupně dle SZO, otoky dolních končetin, glaukom.

Hospitalizována 22 dnů na interním oddělení a následně 148 dnů na LDN s rehabilitací. Propuštěna do domácího ošetřování, zajištěna domácí péče. Doma se o pacientku stará snacha a pomáhá její manžel.

Při přijetí do domácího ošetřování pacientka při vědomí, dezorientovaná, nespolupracuje, plně závislá na pomoci druhé osoby, mobilita omezená, ležící na lůžku, s pomocí se posadí, pomoc při všech úkonech sebeobsluhy, porucha kognitivních funkcí, trpí závratěmi, oslabená svalová síla levé horní končetiny a levé dolní končetiny, levostranná hemianopsie, nedoslýchá na pravé ucho, BMI 21 = normální, inkontinentní, používá plenkové kalhotky, dekubit v sakrální krajině a na levé patě, porucha polykání, Barthelové test základních všedních činností (ADL) 35 bodů, vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů podle Nortonové 14 bodů.

Léky: Anopyrin 100 mg 0-½-0, Enap 5 mg 1-0-1, Locren ½-0-0, Tramal 100 mg 1-0-0, Furosemid ½ tbl ráno ob den

Problém v oblasti hygieny: dekubity, osoba pečující nezná postup při hygieně na lůžku a při koupeli ve vaně, pedikúru využívá v domácí péči, obtížné využití vany, žádost o příspěvek na úpravu koupelny.

„...z počátku jsem nevěděla, jak ji mám umývat, dělaly to sestřičky...nosíme ji s manželem do vany a 1x týdně ji tam koupeme...když jsme ji tam dávali poprvé, nechala jsem si to ukázat od sestřičky, abych něco neudělala špatně...“

Problém v oblasti dýchacího systému: s odkašláváním, zahleněná.

„...často bývá zahleněná, má problém s odkašláváním, ptám se v lékárně, co je na to dobré, ale moc to nepomáhá, na radiátory dáváme vlhké ručníky...“

Problém v oblékání a svlékání: nespolupracuje, nechá se oblékat a protestuje.

„...oblékala jsem nejdříve postiženou stranu, později jsem ji nechávala zapínat knoflíky. Když tu byla na návštěvě její sestra, tak ji poradila, že když na ni bereme peníze, tak ať se staráme a babička přestala cokoli dělat a postupně zlenivěla a nechává se obléct...“

Problém v oblasti výživy: odmítá stravu, problematické polykání, nedostatek tekutin.

„...v poslední době se dusí při polykání, pije z termo pohárku slánkou, pije málo...občas se stane, že má takové období, že odmítá jídlo a nejí i tři dny, truceje...“

Problém v oblasti vyprazdňování: problematická manipulace při vysazování na WC židli.

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: nedostupný invalidní vozík.

„...chtěli jsme půjčit od Charity vozík, ale momentálně ho nemají...“

Cvičení: pacientka odmítá cvičení s rodinnými příslušníky.

„...moc s ní necvičíme, nechce s námi cvičit, cvičí pouze sestřička...“

Bolest: bolest kolene.

Kurz pro pečovatele: nemá informace.

„...neabsolvovala jsem žádný kurz, teď už zájem nemám, ale kdybych to věděla hned na začátku, tak bych možná o tom uvažovala...“

Respondent č. 6 (skupina A) - žena, 92 let, pacientka je doma 56 dnů.

Diagnóza: po cévní mozkové příhodě s levostrannou hemiparézou bez fatické poruchy ischemického typu. Další diagnózy: stav po totální endoprotéze pravé kyčle, hypertenze III. stupně dle SZO, chronická žilní insuficience, defekt na levé dolní končetině, diabetes mellitus II. stupně kompenzován dietou, inkontinence moči, chronická bronchitida.

Hospitalizována na ortopedickém oddělení 14 dnů a následně 42 dnů na LDN, propuštěna do domácího ošetřování se zajištěním domácí péče. Doma se o pacientku stará dcera.

Při přijetí do domácího ošetřování byla pacientka při vědomí, dezorientována, paréza horní končetiny a paréza dolní končetiny, otoky na obou dolních končetinách, chronická ulcerace na obou dolních končetinách, bolest pravé kyčle a levé dolní končetiny, BMI 26,4 = nadvá-

ha, opruzeniny v tříslech, nedoslýchá na levé ucho, chůze a stoje není schopna. Barthelové test základních všedních činností (ADL) 45 bodů, závislost středního stupně, riziko vzniku dekubitů podle Nortonové 21 bodů.

Léky: Isoptin 240 mg 1-0-0, Verospiron 25 mg 1-0-0, Furosemid 40 mg 1-0-0, Citalec 10 mg 1-0-0, Famosan 20 mg 0-0-1, Tramal 100 mg 1-0-1.

Problém v oblasti hygieny: bércový vřed, stříhání nehtů, dělá sousedka nebo domácí péče, nedostupnost koupelny, osoba pečující nezná přípravky na promazání pokožky, neznalost postupu při mytí intimních částí.

„...koupelku a záchod máme dohromady a s ňů sa tam nedostanu, protože tam máme čtyři schody a je to strašně úzké. Takže celkovou koupel děláme na posteli...“

Problém v oblasti výživy: obezita, nedodržování diety, pálení žáhy.

„...dietu moc nedodrzuje, ... taky ju občas páli žáha, ptala sem sa, co je na to dobré...“

Problém v oblasti vyprazdňování: zácpa, nevědomost v přiložení inkontinenčních pomůcek, neinformovanost o podložkách na jedno použití, zapůjčení WC židle.

„...ze začátku sem nevěděla, jak mám dať tu plenku, někdy sem to dala opačně (smích)...“

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: nácvik chůze.

Cvičení: nechce cvičit.

„...já s ňů necvičím, ona se mňu cvičit nechce, cvičí s ňů sestřičky...“

Bolest: bolest dolních končetin a pravé kyčle, neví o ambulanci bolesti, ani o stacionáři.

„...bolí ju celé tělo, hlavně ty nohy a ta pravá kyčel, dávám ji jakési prášky, nejlepší su pro ňu ty bonbóny, to ji pomože. O ambulanci bolesti nevím, ani o tom stacionáři...“

Kurz pro pečovatele: nemá informace.

Služby organizace: neví o všech nabízených službách.

Respondent č. 1 (skupina B) - všeobecná sestra, délka praxe v domácí péči 6 let.

Problém v oblasti hygieny: stříhání nehtů na dolních končetinách, stříhání vlasů, využití nabídku služeb domácí péče, mytí vlasů na lůžku, péče o dutinu ústní, použití přípravků na vypláchnutí dutiny ústní, doprava k zubaři, zajištění zubaře, ošetření očí, problematická je také manipulace při hygieně, ošetřování genitálií, nedostatečná hygiena, nedostatečně promazaná pokožka, pacient je často opruzený, osoba pečující nezná prostředky k ošetření kůže a používá nesprávné, má strach, finanční problém, úprava koupelny, nedostupnost vany, příspěvky od státu, nemožnost nebo neochota upravit prostředí, bezbariérový přístup, problém spolupráce s rodinou.

„...neví o vazelině, z nemocnice mají naučený Menalind pastu a my chceme, aby to bylo promazáno něčím mastným...“

Problém v oblasti dýchacího systému: odkašlávání, neznalost vhodných postupů, přípravků, problém větrání, přetápění.

Problém v oblékání, svlékání: osoba pečující nezná postup při oblékání, spěchá, málo času, nevede k soběstačnosti, udělá to za pacienta, oblékání nevhodného oblečení, neřídí se radami, obutí obuvi.

Problém v oblasti výživy: podávání stravy, nevhodná poloha k jídlu, osoba pečující se neřídí radami, používá nevhodné nádoby k pití, neznalost zahušťovadel.

Problém v oblasti vyprazdňování: zácpa, neznalost vhodných prostředků, použití močové láhve, pořízení WC židle, osoba pečující nezná správný postup při doprovodu nemocného na WC, úprava toalety, manipulace s PMK, hygiena genitálií v okolí ústí PMK, vypouštění moče ze sáčku, frekvence výměny sáčku, neznalost dodržování zásad péče o PMK, problém komunikace s rodinou, předávání nedostatečných informací, nevědomost o úhradě inkontinenčních pomůcek z veřejného zdravotního pojištění, neznalost v přiložení inkontinenčních pomůcek, finanční problém.

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: neznalost frekvence a postupu při polohování, nedodržování doporučených rad při polohování, podkládání postižené končetiny. Problém umístění lůžka, není přístupné ze tří stran, neochota pořídit lůžko polohovatelné, umístění stolečku u lůžka, pacient je líný, použití hrazdy v lůžku, neznalost antidekubitních pomůcek. Osoba pečující s pacientem necvičí, nevyužije nabídku pečovatelské služby a rehabilitaci. Problém s vyřízením rehabilitačního zařízení.

„...největší problém je lůžko. Snažím se vysvětlit, aby bylo přístupné ze tří stran, ale někdo tvrdí, že to nejde..., i když by to šlo, rodina nechce...“

„...bojí se nemocného otáčet, hýbat s ním, mají strach, aby mu neublížili, ochrnutou končetinu nepodkládají a špatně polohují...“

Bolest: bolest je velký problém, využití ambulance bolesti, dlouhá vzdálenost.

Komunikace: logopeda nevyužívá, psychologa nekontaktuje, na kněze se neptá.

Nabídka služeb organizace: osoba pečující neví o všech nabídkách služeb organizace.

Kurz pro pečující: neví o kurzu pro pečující, informační materiály nemá.

Respondent č. 2 (skupina B) - všeobecná sestra, délka praxe v domácí péči 16 let.

Problém v oblasti hygieny: vedení k soběstačnosti, mytí vlasů na lůžku, použití nafukovacího bazénku dostupného v organizaci, stříhání vlasů, obavy z holení, zanedbávání péče o dutinu ústní, ponechání zubní protézy na noc, ošetření očí, stříhání nehtů na dolních končetinách, využije pedikúru v organizaci. Osoba pečující nezvládne celkovou koupel na lůžku i ve sprše, nezná postup, má strach, problematická je také manipulace při hygieně, ošetřování genitálií - stud jak ze strany nemocného, tak ze strany pečujícího, hygiena je nedostačující, pečující přeceňuje pacientovy schopnosti, použití pomůcek po odchodu stolice, pečující nezná prostředky k ošetření kůže, pacienti nechtějí používat kosmetické přípravky, finanční problém, pořízení pomůcek do koupelny.

„...neví jak pečovat o pokožku, většinou ti staří lidé nebyli zvyklí se mazat a teď jim to není příjemné, ale zas je na nás jim to nějak podat, že když už leží, že je potřeba častější hygiena a případně už používat nějakou tu kosmetiku v rámci té prevence...“

„...při mytí vlasů je problém, protože pokud ti ten člověk neusedí a potřebuješ je umýt na lůžku, tak jsme byli úplně šťastni, když jsme koupili bazének, je to úplně úžasné...“

Problém v oblasti dýchacího systému: s odkasňáváním, neznalost vhodných postupů, přípravků, vhodná poloha, problém větrání, přetápění. Neví o možnosti podávat kyslík v domácím prostředí, problém s úhradou veřejné zdravotní pojišťovny, finančně náročné. Při odsávání hlenů odsávačkou neví kdy ji použít.

Problém v oblékání, svlékání: vedení k soběstačnosti, pacient nespolupracuje, použití vhodné obuvi.

„...rodinným příslušníkům vysvětluji, aby to nechávali na něm (nemocném) a vysvětluju jim to, aby to nechápali tak, že jsem líná to dělat, že to nechci udělat, vysvětluji, že co si udělá sám, třeba nedokonale, tak už je to nácvik k soběstačnosti...“

Problém v oblasti výživy: nedostatek tekutin, problém při krmení, podávání stravy, zbytečné mixování stravy a krmení pacienta, pečující osoba nevede k soběstačnosti, volba správné polohy k jídlu, vysazování na židli, použití nevhodných nádob k pití, zbytečné používání lahví s násoskou, problematické polykání, oboustranný stres (jak ze strany pacienta, tak ze strany pečujícího), přichystání léků, pečovatel zbytečně léky drtí, problém podání stravy nemocnému při nepřítomnosti pečující osoby, využití služby domácí péče, dovoz obědů. Péče a podání stravy do perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), dodržování diety, aplikace inzulínu, doporučení správné výživy, neznalost zahušťovadel, sipping, neznají specialistu na výživu.

„...často používají zbytečně ty flašky, třeba od Jupiku a furt, přitom když mu dáš hrnek, tak se ti napije, ...říkají, že to nedokáže a on to dokáže, a pro ně je to jednodušší...“

Problém v oblasti vyprazdňování: použití močové láhve a podložní mísy, použití WC židle pro pacienta (z psychické stránky), neznalost postupu při vysazení na WC židli, nedostupnost toalety, rekonstrukce a úprava toalety, výběr kompenzačních pomůcek, obstarání nástavce na WC. Problém při výměně plen, jak správně přiložit, funkce lepících úchyťů na plenkových kalhotkách, volba správných pomůcek pro inkontinenci, nezná podložky na jedno použití, problém předepisování od lékařů. Manipulace s permanentním močovým katétrem (PMK), neznalost zásad při vypouštění a výměny močového sáčku, PMK kupuje, není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, zácpa, průjem, neznalost úpravy stravy.

„...je to citlivé téma ta WC židlička pro ně, často, radši se bude belhat na ten záchod s rizikem, že spadne, než si zvykne...vysadit neumí, neznají ty grify, musí se to naučit...“

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: pečující polohuje na bolestivé rameno, podkládání a polohování postižené končetiny, úprava polohy, neznalost frekvence polohování, použití antidekubitních pomůcek, úhrada pojišťovny, přemístění z lůžka na židli (vozik), příspěvky týkající se dopravy. Umístění lůžka v místnosti, stolečku, použití hrazdy v lůžku. Lékaři nedoporučují rehabilitační zařízení.

Bolest: častý problém, bolesti ramene, neznalost úlevové polohy, neví o ambulanci bolesti, stacionáři na neurologickém oddělení.

Komunikace: nevyužívají logopeda.

Kurz pro pečovatele: neví o kurzu pro pečovatele.

Respondent č. 3 (skupina B) – všeobecná sestra, délka praxe v domácí péči 4 roky.

Problém v oblasti hygieny: osoba pečující má problém s celkovou hygienou na lůžku, nezvládne koupel ve sprše, obavy z holení, strach stříhat nehty na dolních končetinách, využívají pedikúru z nabídky domácí péče, (oboustranný) ostych při hygieně genitálií, péče o pokožku, pacient je často opruzený, dekubity, bezbariérový vstup do koupelny, neví o příspěvku na úpravu.

Problém v oblasti dýchacího systému: s vykašláváním, neví jak řešit, volba správné polohy, neznalost techniky na uvolnění, nedostatek tekutin, problém s větráním.

Problém v oblékání a svlékání: netrpělivost pečující osoby, vedení k soběstačnosti.

Problém v oblasti výživy: problém s polykáním, neznalost zahušťovadel, nedostatek tekutin, dodržování diety u diabetiků, zásady zdravé výživy, donáška obědů, podávání stravy do PEG.

„...největší problém vidím v příjmu tekutin, oni pít nechtějí, říkají – vždyť už jsem pila před chvilkou – a přitom se napila jen velmi málo, nemají potřebu pít...“

Problém v oblasti vyprazdňování: zácpa, nevědomost v přiložení inkontinenčních pomůcek a úhrady z veřejného zdravotního pojištění, kupují PMK, pojišťovna nehradí.

„...pár lidí bylo, kteří měli úplnou hrůzu vyměnit plenku, ale když se jim to dvakrát ukáže, pak už to ví a tu plenu vymění...“

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: neznalost manipulace s pacientem na lůžku, frekvence a způsob polohování, použití antidekubitních pomůcek, podložení končetiny, nácvik sedu, stoje, chůze po rovině, po schodech, přemístění z lůžka na židli (vozik), nadváha pacienta a obtížná manipulace s ním, zapůjčení nebo zakoupení vozíku, příspěvky týkající se dopravy. Pořízení polohovatelného lůžka, nechtějí nové, umístění stolku, použití hrazdy v lůžku.

„...největší problém je u některých klientů postel, někteří si dají říct, a tu postel si zajistí, ale s někým nehneš, říkají, že se jim na tom spí dobře a že jsou na ni zvyklí...“

Cvičení: osoba pečující s nemocným necvičí, neochota zaplatit si službu z domácí péče, finanční potíže, pozdní rehabilitace, využití rehabilitace, nedostupnost mobilního fyzioterapeuta, využití rehabilitačního zařízení.

„...rehabilitační zařízení využívají málo...taky jsem se setkala s tím, že pacient měl na to nárok, a příbuzní řekli, co tam s ním budou dělat, že stejně cvičit nebude...“

Bolest: častá bolest ramene, neznalost úlevové polohy, manipulace s postiženou končetinou, problém dopravy do ambulance bolesti, denní stacionář na neurologii neznají.

„...o ambulanci bolesti mají zájem, ...využije to málokdo, protože tam nechtějí dojíždět...“

Komunikace: logopeda nevyužívají, cvičení s jazykem a ústy necvičí, problém komunikace pacienta s osobou pečující.

„...často si pacienti stěžují na rodinu, že se o ně nestarají...“

Kurz pro pečovatele: nevědí.

Respondent č. 4 (skupina B) – všeobecná sestra, délka praxe v domácí péči 10 let.

Problém v oblasti hygieny: mytí vlasů na lůžku, střihání nehtů na rukou a na nohou, využívají pečovatelskou službu, čištění zubní protézy, problematičtější je manipulace při hygieně, osoba pečující nezná přípravky k ošetření kůže, neznalost postupu a přípravků po stolici pacienta, příspěvek na úhradu koupelny, úprava koupelny.

„...neví jak pacienta obracet v lůžku, hodně jim radím, že když umývají ten spodek a je od stolice, ať použijí pěnu i s vodou...a pořádně vysušovat a mazat...“

Problém v oblasti dýchacího systému: v odkašlávání, zakoupení zvlhčovače vzduchu, použití odsávačky.

Problém v oblasti oblékání a svlékání: osoba pečující nezná postup při oblékání, vedení k soběstačnosti.

„...příbuzní nevědí, že se má oblékat první postižená strana, dělají to opačně, vedu je k tomu, aby se oblékal sám...“

Problém v oblasti výživy: použití nevhodných nádob k pití, zbytečné používání lahví s násoskou, problematičtější polykání, podávání léků, péče o PEG, nedodržování diety.

„...připomínám, aby používali hrníček se slánkou, aby zbytečně nedávali pití z lahví od Jupíku a aby to položili na stoleček před pacienta, problém je při obtížném polykání...“

Problém v oblasti vyprazdňování: zácpa, nevědomost v přiložení inkontinenčních pomůcek, dokupují inkontinenční pomůcky, neznají nástavec na WC.

Problém v oblasti polohování, manipulace s pacientem: neznalost frekvence polohování, podkládání končetin, použití antidekubitních pomůcek, přesun pacienta, chůze po schodech. Problém lůžko, nechtějí pořídit nové, zapůjčení nebo zažádání o lůžko, použití hrazdy v lůžku.

Cvičení: osoba pečující nezná cviky, použití pomůcek, rehabilitaci a rehabilitační zařízení využívají málo, problém s dopravou a vyřízením.

Bolest: častá bolest ramene, neznají ambulanci bolesti.

Komunikace: pacient nemá u sebe signalizační zařízení, logopeda nevyužívá, problém komunikace s nemocným, využití služeb psychologa.

„...pacient křičí při volání ošetřovatele nebo klepe do radiátoru holí, nemá poblíž zvoneček...“

Kurz pro pečovatele: neví o tom.

7 DISKUSE

V teoretické části práce charakterizují samotné onemocnění, popisují typy iktu a jejich příznaky, příčiny, dělení, rizikové faktory, diagnostické testy a léčbu. Dále popisují, jaké mohou být komplikace, následky a jaká je prognóza. Následně definují pojmy stárnutí, stáří, geriatrický pacient a křehký senior, věnují se potřebám pacientů po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Charakterizují specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty. V praktické části prezentují své šetření, které je zaměřeno na problematiku péče o pacienty po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Byla mapována konkrétní místa, kde je výrazný deficit informací u pečujících osob. Na základě získaných údajů jsem vytvořila edukační manuál pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, kteří o ně pečují v domácím prostředí pro danou oblast, kde působí organizace poskytující domácí péči.

Mým prvním cílem bylo zjistit problémy pacientů a rodinných příslušníků v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.

Respondenti se setkávají často s opruzením a ošetrováním dekubitů. Neznají vhodné prostředky na promazání pokožky, postupy při hygienické péči na lůžku a koupeli ve vaně či sprše, pomůcky, které by mohli použít. Problematické je také mytí vlasů na lůžku, stříhání vlasů, nehtů. Někdo má obavy z holení, protože to nikdy nedělal, ale pokud si to vyzkouší, použije elektrický strojek na holení, zjistí, že to tak složité není. Jedním z velkých problémů je neznalost manipulace s pacientem, pečovatelé nevědí, jak nemocného přetočit či přemístit, jak pacienta uchopit, aby neublížili. Další nesnáz se týká koupelny, která je v mnoha případech obtížně přístupná. Mohou tuto situaci řešit zažádáním příspěvku o úpravu koupelny, s vyřízením pomůže sociální pracovnice. Avšak některé rodiny k mému překvapení úpravu provést nechtějí. Nemají k tomu sílu a nechtějí nic měnit. Jsou spokojeni s tím, jak to je.

Všichni pacienti mají potíže s odkašláváním a uvolněním hlenů. Neví, jaké přípravky použít, neznají vhodné techniky. Pečující musí nemocnému většinou nakoupit nové oblečení, protože původní se špatně obléká a zapíná. Osvědčuje se volba volného oděvu a našití suchých zipů. Osoba pečující nemívá dostatek času, aby nemocného vedla k soběstačnosti, a řadu věcí raději udělá za pacienta. Dokonce jedné pacientce jiný příbuzný poradil, aby pečujícímu nepomáhala a nechávala se obsluhovat. Musím konstatovat, že jsem z toho ohromena. Dalším problémem je polykání, dochází k uvíznutí sousta. Pečující musí jídlo krájet na menší kousky a kontrolovat, zda jídlo nezůstalo v dutině ústní. Pečovatelé neznají zahušťovadla,

kteří by potíže při polykání ulehčily. Nedostatečný je i příjem tekutin a také správný jídelníček. Pokud nemocný stravu nechce nebo nemůže přijímat, osoba pečující se může poradit u specialisty na výživu, který doporučí vhodné přípravky. Kontakt je uveden v manuálu.

Osoby pečující mají potíže s inkontinenčními pomůckami. Neví, jaký typ zvolit, jak je to s úhradou a předepisováním, s předepsaným množstvím nevyjdou. Pokud má pacient epicystostomii, permanentní močový katétr, neznají potřebnou péči. Toaleta z důvodu bytových podmínek je nedostupná a musí to řešit používáním WC židle, kdy z počátku neznají postup vysazení. Téměř u každého pacienta pečující řeší zácpu.

Další problémy jsou při manipulaci s pacientem. Osoby pečující neví, jakým způsobem a jak často nemocného polohovat, jak postupovat při nácvičku sedu, stoje, chůze a přesunu na vozík. Nemocní bývají často těžcí a pečovatel to fyzicky nezvládá, má problémy s páteří. Cvičení je jak pro pacienta tak pro pečujícího namáhavé.

Bolest se vyskytuje u všech pacientů. Je to následkem onemocnění a dalších diagnóz. Nejčastěji se řeší bolest ramene, dále pak bolest kolene, kyčle, hlavy, dolních končetin, pat a hemoroidů. Pečovatelé hledají cestu, jak nemocnému od bolesti ulevit. Neví jaké přípravky použít, netuší o ambulanci bolesti, ani o denním stacionáři v nemocnici, který by mohli v případě potřeby využít.

Pečovatel se často nemůže s pacientem domluvit, nerozumí mu, mívají problémy se psaním a podpisem, který je potřeba trénovat. Je velká škoda, že nevyužívají služeb logopeda, který by ukázal vhodné cviky. Pacienti po cévní mozkové příhodě mohou být agresivní, plačtiví, lítostiví, což někteří pečovatelé potvrdili. Péče o takto postiženého pacienta psychicky pečujícího vyčerpává, a pokud cítí, že potřebuje odbornou pomoc, měl by navštívit psychologa.

O kurzu pro pečovatele nevěděl ani jeden respondent. Vidím důležitost podat tuto informaci hned na začátku, když přijde pacient domů. Nejvíce informací dostávají osoby pečující hlavně od sester z domácí péče a od lékaře. Překvapilo mne, jak málo pečujících se o problematiku péče o pacienta po iktu zajímá. Také sociální příspěvky často nevyužívají, buď o nich nevědí, nebo je odradí zdlouhavé vyřizování. Bylo by vhodné, kdyby kontaktovali sociální pracovníci, která by jim v této věci poradila.

Mým druhým cílem bylo zjistit, jaký pohled mají všeobecné sestry pracující v domácí péči na problémy rodin, které se starají o pacienta po CMP v domácím prostředí.

Všeobecné sestry vidí problém při celkové koupeli na lůžku. Hygiena z počátku není tak důkladná, nevěnují se kožním záhybům. Pečující nezná postup mytí vlasů na lůžku, neví o nafukovacím bazénku, který je pro pacienta velmi pohodlný, sestry z domácí péče ho vychvalují, mají ho k dispozici k zapůjčení v organizaci. Někdo má problém s holením, stříháním nehtů na rukou a nohou. Velký problém spatřují v ošetřování genitálií, kdy pečující nemocného nedostatečně umyje, málo promaže a vzniká opruzenina, dekubitus. Sestry podotýkají, že při ošetřování genitálií hraje velkou roli stud a ostych jak ze strany nemocného, tak ze strany pečujícího. Potěšilo mne, že se sestry o tomto problému zmínily, tato situace jistě není příjemná ani pro nemocného ani pro pečujícího. Rodiny o tomto problému nemluví. Nevědí, jak pečovat o pokožku, jakou kosmetiku použít. Některé rodiny kosmetiku nepořizují z důvodu finančního. Tento problém je velmi aktuální, rodiny počítají a dobře rozmýšlí, na co peníze použijí. Chtěli by více využívat nabídek pečovatelské služby, ale šetří a peníze na tuto službu nevyužijí. Problematická je také péče o dutinu ústní, nevědomě ji zanedbávají.

Při očištění od stolice nepoužívají pomůcky, které by jim tuto činnost usnadnily. Pečovatelé tento problém nezmiňují. Důležitost dávají sestry na vedení nemocného k soběstačnosti, ať už je to při hygienické péči nebo při jakýchkoliv úkonech. Příbuzným je to nutné vysvětlit. Pečovatelé mají někdy sklon přeceňovat pacientovy schopnosti. Problém v oblasti dýchacího systému vidí sestry stejně jak rodinní příslušníci při odkašlávání, vykašlávání hlenů. Sestry vidí častý problém s větráním, čerstvým vzduchem, kdy si rodiny nedají poradit, mají přetopeno, málo větrají. Sestry tvrdí, že pacienti a rodinní příslušníci neznají správný postup při oblékání, mají sklony dělat to za pacienta. Pečovatel má málo času, je netrpělivý, nepočká, až se nemocný obleče sám a raději to udělá za něho.

Problém v oblasti výživy spatřují všeobecné sestry při podávání stravy, kdy pečovatelé nechají pacienta u jídla ležet. Nedají si poradit a neposadí ho, tvrdí, že je to pro něj dobrá poloha. Pacienta málokdy doprovodí k jídlu ke stolu, myslí si, že to pacient nedokáže. Pečující neznají kelímky na pití s vyměnitelnými nástavci a mnozí tyto doporučené hrníčky nepořídí a nepoužívají je. Sestry si všimly, že pečovatelé zbytečně podávají pití z lahví od „Jupíku“, i když nemusí a pacient je schopný se napít z hrnku samotného nebo ze slánky, příbuzní tvrdí, že to nedokáže. Zajímavé zjištění bylo, že rodinní příslušníci z pohledu sestry mají tendenci stravu mixovat, pacienta krmit, i když by se s dopomocí najedl sám. Velký problém je porucha polykání, na tom se shodly obě skupiny respondentů. Pečující se toho hodně obávají, je

to pro ně stresující, když nemocnému jídlo nebo léky zaskočí a dusí se. Jídlo a léky podávají s obavami. Je škoda, že samy sestry nemají informace o zahušťovadlech, neznají je. Někteří pečující se bojí chystat léky, mají strach, aby to nepopletli. Příbuzní léky zbytečně drtí, přitom by je nemocný dokázal spolknout celé.

Všeobecné sestry mi sdělily, že příbuzný má problém, pokud na nějakou dobu odejde, kdo se o pacienta postará. I když je tato služba nabízena v pečovatelských úkonech, málokdy tuto službu využijí. Často a rádi využívají dovoz obědů, zvláště u velmi starých seniorů, kteří si sami nenařívají a bydlí daleko na kopcích. Jako největší problém spatřují obě skupiny respondentů v příjmu tekutin, který je nedostatečný. Sestry kladou důraz na důkladné objasnění nutnosti dostatečného příjmu tekutin pečovatelům. Rodina se většinou snaží tekutiny nemocnému nabízet, ale ti často nechtějí a pití odmítají nebo naopak na tento problém rodina nedohlédne a pacient je dehydratovaný.

Péči o PEG z počátku nezvládají, musí se naučit stravu do PEGu podávat, protože všeobecné sestry nemohou chodit na každé podání. U seniorů je velký problém dodržování diety, hlavně u diabetiků, musí na to často upozorňovat (pokud mají donášku obědů, mají i sladké jídla, vývařovna jim nevyjde vstříc, nenabízí diety, stravu nemixují, nenabízí jinou možnost). Zdravou výživu nedodržují a rodiny v této oblasti problém nevidí. Sipping používají hodně, ale záleží na financích, neví o specialistovi na výživu, který může tyto přípravky předepsat.

Z počátku neumí zacházet s močovou láhví ani s podložní mísou, mají potíže s vysazováním na WC židli. Podle sester je to citlivé téma, hraje zde důležitou roli ostych. Příbuzní otálejí s odstraněním prahů, koberečků a rohoží, protože jsou na ně zvyklí, pacienti můžou zakopnout nebo upadnout. Neznají péči o permanentní močový katétr. Bojí se okolí ústí PMK umývat, mají strach kolem cévky cokoli dělat, mají potřebu katétr zastrkovat. Je důležité to pacientům a jejich pečovatelům objasnit a názorně ukázat.

Problematická je pro obě skupiny zácpa. Pečovatelé se ptají na rady, doporučení, co je vhodné nemocnému podat, jak upravit stravu, jaké použít přípravky. Taktéž u průjmu se radí, nechápou, že by se mělo začít dietou, je potřeba jim to vysvětlit. Těžko to přijímají, mají pocit, že by jejich příbuzní umřeli hladem a mají tendence řešit to hned medikamenty.

U pomůcek pro inkontinentní pacienty rodiny neví, na co mají nárok, ptají se, jaké množství proplácí zdravotní pojišťovna, jaké pomůcky používat, jakou velikost, druh, které mají

dobrou absorpční schopnost. Pomůcky dokupují, nevyjdou s předepsaným množstvím. Také je problém s předepisováním od lékařů, nepišou plné množství, na které mají pacienti nárok. Praktický problém je při výměně plen, někdo to nezvládá, neví jak plenkové kalhotky nasadit nebo jak správně plenu přiložit, neznají funkčnost lepících úchytů. Velký problém je při manipulaci s pacientem a polohováním. Neznají frekvenci a způsob polohování, neřídí se radami.

Jeden z častých problémů, které viděly obě skupiny, bylo lůžko. Pohled na tento problém je rozdílný. Rodiny chtějí sehnat lůžko polohovací elektrické, ale neví, kde si o něj zažádat. Všeobecné sestry vidí problém tak, že pacienti se se starým lůžkem těžce loučí a nechtějí si pořídit lůžko vhodnější, polohovatelné, které by pomohlo jak jim, tak pečovatelům a sestram při manipulaci s pacientem. Dále sestry pozorují nevhodné umístění lůžka v místnosti, které nemá přístup ze tří stran, pečující argumentují tím, že to nejde, i když by to možné bylo. Stolek u lůžka mají na nevhodné straně, hrazdu v lůžku používají hodně, často na ni visí, je nezbytné je poučit, aby ji používali jen v nutných případech a raději je seznámit s jinými postupy. Nepoužívají antidekubitní pomůcky a neví jakou část těla jimi podložit, hlavně neznají tzv. predilekční místa, která jsou ohrožena vznikem dekubitů. Z počátku mají problém při nácvičku sedu, stoje a chůze. Příbuzní s pacientem necvičí, nevyužívají nabídku pečovatelské služby, cvičení si nejsou ochotni zaplatit.

Bolest je častý problém, na který upozorňují obě skupiny respondentů. Nemocní mívají často bolesti ramene, neznají úlevovou polohu. Ambulanci bolesti neznají nebo ji využívají málo, je to pro ně daleko nebo mají problém s dopravou. O možnosti využití denního stacionáře na neurologickém oddělení nevědí ani sestry.

Logopeda nevyužívají, nemají kontakt, doporučená cvičení neprovádějí, což je velká škoda, protože pravidelným cvičením se může porucha řeči zlepšit. Psychologa využívají ojediněle. Tato odborná pomoc by byla pro pečující i pro pacienty prospěšná. Kněze kontaktují většinou sami, někdy požádají sestru. U věřících pacientů je podpora duchovní pomoci důležitá. Příbuzní mají problém při komunikaci s pacientem. Signalizační zařízení nemají, zvoneček ani jinou pomůcku často nepořídí a pacient musí hlasitě křičet nebo bouchat holí, aby se někoho dovolal. Rodiny nemají informace o všech nabídkách služeb organizace. O kurzu pro pečovatele sestry nevěděly.

Myslím, že můj třetí cíl, vypracovat edukační manuál pro pacienty a rodinné příslušníky pro danou oblast, kde působí organizace, která poskytuje domácí péči těmto pacientům, bude přínosem.

V informační brožuře se zabývám péčí o geriatrického pacienta v domácím prostředí, zaměřuji se na jejich potřeby a snažím se jednoduchým způsobem poradit nebo odkázat na potřebnou pomoc. Doufám, že tento materiál bude organizace pacientům a jejich rodinám nabízet a najdou v něm potřebné informace. K některým kapitolám jsem nafotila fotografie, aby měli pacienti i rodiny jasnou představu, o čem se píše.

Manuál „Jak pečovat o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí“ je volně přiložen k mé bakalářské práci.

ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda je vážné onemocnění, které zasáhne nejen do života postiženého člověka, ale celé jeho rodiny. „*Klade velké břemeno na pacienty samotné, jejich rodiny a pečovatele i na celou společnost*“ (Feigin, 2007, s. 11). Je důležité, aby rodiny měly dostatek informací, aby poskytli nemocnému kvalitní péči.

Ve svém šetření jsem zjistila, že ve většině zjišťovaných oblastí měly osoby pečující řadu problémů. Názory obou skupin respondentů se v mnohém shodují, ale v některých oblastech se také rozcházejí. Každý se na daný problém dívá z jiného úhlu, a co by řešila všeobecná sestra, tak by osoba pečující neřešila vůbec.

Osoby pečující vidí problémy při poskytování osobní hygieny, častém výskytu opruzenin a dekubitů, problematickém polykání, nedostatečném příjmu tekutin, neznalosti správného postupu při oblékání, polohování a manipulaci s pacientem, problému s inkontinenčními a antidekubitními pomůckami, problematice zácpy, bolesti, komunikaci, pořízení kompenzačních pomůcek. Všeobecné sestry poukazují hlavně na to, že osoby pečující nevedou nemocného k soběstačnosti a raději to udělají za něho. Při poskytování péče se zabývají otázkou studu, který vidí jak u nemocného tak u pečující osoby.

Záleží na rodinných příslušnících, zda se rozhodnou vzít si pacienta po cévní mozkové příhodě domů a pečovat o něho. V rozhodování jim může pomoci informace o organizaci, která pomoc v takových situacích nabízí prostřednictvím svých služeb. Je velmi důležité, aby měly rodiny, které se rozhodly pro tento krok, dostatek informací jak se starat o jejich příbuzného a pokud nějaký problém nastane, aby věděly kam se obrátit.

Na základě průzkumného šetření jsem vytvořila manuál pro tyto pacienty a jejich rodiny. Vycházela jsem ze zjištěných problematických míst. Manuál by měl být osobám pečujícím nápomocen v jejich nelehké situaci. Naleznou v něm rady a potřebné informace o poskytování hygienické péče, pomoci při oblékání, vyprazdňování, doporučení jak s pacientem správně manipulovat a polohovat, naleznou zde příklady cvičení a možnosti jak využít pacientův volný čas a také jsou zde uvedeny informace pro samotné pečovatele.

Doufám, že tato příručka bude prospěšná, že ji využijí i všeobecné sestry z domácí péče. Manuál byl předán dané organizaci, která ho shledává přínosným (viz příloha P X).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

BALL, CH. M.; PHILLIPS, R. S. *Akutní medicína do kapsy : na základě medicíny založené na důkazech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 208 s. ISBN 80-247-0928-7.

BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BENEŠ, V. *Ischémie mozku : chirurgická a endovaskulární terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 205 s. ISBN 80-7262-186-6.

CARRARO, L. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Rehalb o.p.s., 2002. 125 s.

DLABALOVÁ, I.; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

DRUGA, R.; TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.

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

HALOVÁ, M. *Nemocný v domácí péči I*. 1. vyd. Javorník: Miroslava Halová, 2007. 137 s. ISBN 80-239-7316-9.

HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J.; ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody : průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.

HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí : praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KALINA, M. a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 232 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Z. a kol. *Akutní cévní mozkové příhody : diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KILIÁNOVÁ, R. *Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u klienta s mozkovou příhodou*. Vsetín, 2003. 120 s. Absolventská práce. Vyšší zdravotnická škola Vsetín, 2003. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Petrželová.

KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství I. pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: 2000. 104 s. ISBN 80-86073-53-X.

KLÍMOVÁ, E.; ŠANTA, M a kol. *Neurologia a neurologické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2007. 216 s. ISBN 978-80-8068-578-2.

KLUSOŇOVÁ, E.; PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. dopl. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.

KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRAJÍČKOVÁ, D.; WABERŽINEK, G. a kol. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

KRÁTKÁ, A.; ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.

KRIŠKOVÁ, A. *Profesionálne opatrovatelstvo : oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 201 s. ISBN 978-80-8063-329-5.

LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.

NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství IV/I pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 187 s. ISBN 80-7333-032-6.

NEJEDLÁ, M.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.

NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.

OSTER, P.; SCHULER, M. a kol. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. s. 148. ISBN 80-7184-569-8.

POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství : základní terminologie : české ošetrovatelství I*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80 7013 420 8.

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě : včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem : vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I : interna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.

SPENCE, J. D. *Mozková mrtvice : prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 256 s. ISBN 80-7387-058-4.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠMARDA, J. a kol. *Biologie pro psychology a pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 424 s. ISBN 80-7178-924-0.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

TYRLÍKOVÁ, I. a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.

VAŇÁSKOVÁ, E. *Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 65 s. ISBN 80-7013-398-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Sborníky:

KRISTINÍKOVÁ, J. Rehabilitační ošetrovatelství v rámci komplexní ošetrovatelské péče. In *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí : sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí, Velká Bystřice 6. – 7. září 2000*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 55-57. ISBN 80-86257-21-5.

Periodika:

ANDREJKIVIVOVÁ, M.; ANDREJKIVIVOVÁ, P. Mobilizace klienta v domácím prostředí. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 9, s. 37-38. ISSN 1210-0404.

HRDLIČKOVÁ, L. Mrtvice mění vztahy v rodině. *Psychologie dnes*. 2010, č. 3, s. 3. ISSN 1212-9607.

KLEVETOVÁ, D. Nemocný s vaskulární demencí po CMP v domácí péči. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 1, s. 27-28 příl. ISSN 1210-0404.

VRBATA, J. Komplexní domácí péče o pacienta po CMP. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 4, s. 43-44 příl. ISSN 1210-0404.

Jiné zdroje:

„*Neztratit domov ani ve stáří*“. Co je to doma? Režie Ljuba Václavová. Česká televize. ČT1, Praha, 11. 2. 2001. Televizní dokument.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2000.

Elektronické zdroje:

BAR, M., CHMELOVÁ, I. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína* [online]. Aktualizováno 2011-02-04. [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1008.pdf>>

GRAUBNER, J. *Kodex Charity Česká republika*. [online]. Aktualizováno 2009-01-21. [cit. 2011-05-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.charita.cz/res/data/000077pdf?seek=1294994736>>

KALITA, Z. Doporučení pro diagnostiku a léčbu cévních mozkových příhod. *Česká kardiologická společnost* [online]. [cit. 2011-04-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=106>>

NEUMANN, J. Současné možnosti péče o pacienta s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Medicína pro praxi* [online]. 1/2007 [cit. 2011-05-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/01/08.pdf>>

O nás – Charita svaté Rodiny Nový Hrozenkov [online]. [cit. 2011-04-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.nhrozenkov.charita.cz/>>

VOTAVA, J. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi* [online]. 1/2004 [cit. 2010-10-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities of daily living, činnosti denního života
BMI	Body mass index
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Computed Tomography, počítačová tomografie
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
FIM	Functional independent measure, test funkční míry nezávislosti
GCS	Glasgow coma scale
g	gram
IADL	Instrumental activities of daily living, instrumentální činnosti denního života
ICF	International Classification of Functioning
IC IDH	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KDP	Komplexní domácí péče
LACI	Lakunární cirkulační infarkt
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
mg	miligram
ml	mililitr
MMSE	Mini-Mental State Exam, test kognitivních funkcí podle Folsteina
MND	menší neurologický deficit
MR	Magnetická rezonance
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NIHSS	National institute of Health Stroke Scale

PACI	Parciální přední cirkulační infarkt
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katétr
PRIND	Prolongovaný reverzibilní ischemický deficit
QIL	Quality of individual Life
SAH	Subarachnoidální hemoragie
SZO	Světová zdravotnická organizace
TACI	Totální přední cirkulační infarkt
TIA	Transient ischemic attack, tranzitorní ischemická ataka
tzv.	takzvaný
WC	toaleta
%	procento

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I	Barthelové test základních všedních činností
Příloha P II	Rozšířená stupnice podle Nortonové
Příloha P III	Antispastický obnovovací vzorec
Příloha P IV	Maslowova pyramida potřeb
Příloha P V	Test instrumentálních všedních činností
Příloha P VI	Obecné příznaky iktu podle místa postižení
Příloha P VII	Okruhy otázek pro příbuzné a pacienty po iktu v domácí péči
Příloha P VIII	Okruhy otázek pro všeobecné sestry, které pracují v domácí péči
Příloha P IX	Titulní strana k edukačnímu manuálu
Příloha P X	Vyjádření Charity k edukačnímu manuálu
Příloha P XI	Žádost o umožnění přístupu k informacím
Příloha P XII	Kompletně přepsaný rozhovor s respondentem č. 1 (skupina A)
Příloha P XIII	Kompletně přepsaný rozhovor s respondentem č. 4 (skupina A)
Příloha P XIV	Kompletně přepsaný rozhovor s respondentem č. 5 (skupina A)
Příloha P XV	Kompletně přepsaný rozhovor s respondentem č. 1 (skupina B)
Příloha P XVI	Kompletně přepsaný rozhovor s respondentem č. 2 (skupina B)
Příloha P XVII	Kompletně přepsaný rozhovor s respondentem č. 3 (skupina B)

PŘÍLOHA P I: BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Barthelové test základních všedních činností

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre
01.	najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	05
		neprovede	00
02.	oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	05
		neprovede	00
03.	koupání	samostatně nebo s pomocí	05
		neprovede	00
04.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	05
		neprovede	00
05.	kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	05
		trvale inkontinentní	00
06.	kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	05
		inkontinentní	00
07.	použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	05
		neprovede	00
08.	přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	05
		neprovede	00
09.	chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15
		s pomocí 50 metrů	10
		na vozíku 50 metrů	05
		neprovede	00
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	05
		neprovede	00
hodnocení:			
	závislost	body	
	vysoce závislý	00 – 40 bodů	
	závislost středního stupně	45 – 60 bodů	
	lehká závislost	65 – 95 bodů	
	nezávislý	96 – 100 bodů	

(Dlabalová, 2008, s. 182)

PŘÍLOHA P II: ROZŠÍŘENÁ STUPNICE PODLE NORTONOVÉ

Rozšířená stupnice podle Nortonové

bo- dů	schop- nost spolu- práce	věk	stav pokožky	každé další onemocnění dle odpoví- dajícího stupně	fyzic- ký stav	stav vědomí	aktivi- ta	pohyb- livost	inkon- tinen- ce
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie,	zhor- šený	apatický	s do- provo- dem	částečně omeze- ná	občas
2	částeč- ná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obe-	špatný	zmatený	seďačka	velmi omeze- ná	pře- vážně moč
1	žádná	> 60	suchá	zita, karci- nom	velmi špatný	bezvě- domí	leží	žádná	moč + stolice

(Trachtová, 2006, s. 65)

PŘÍLOHA P III: ANTISPASTICKÝ OBNOVOVACÍ VZOREC

Během celého rehabilitačního programu je nezbytné předcházet spasticitě použitím antispastického či obnovovacího vzorce.

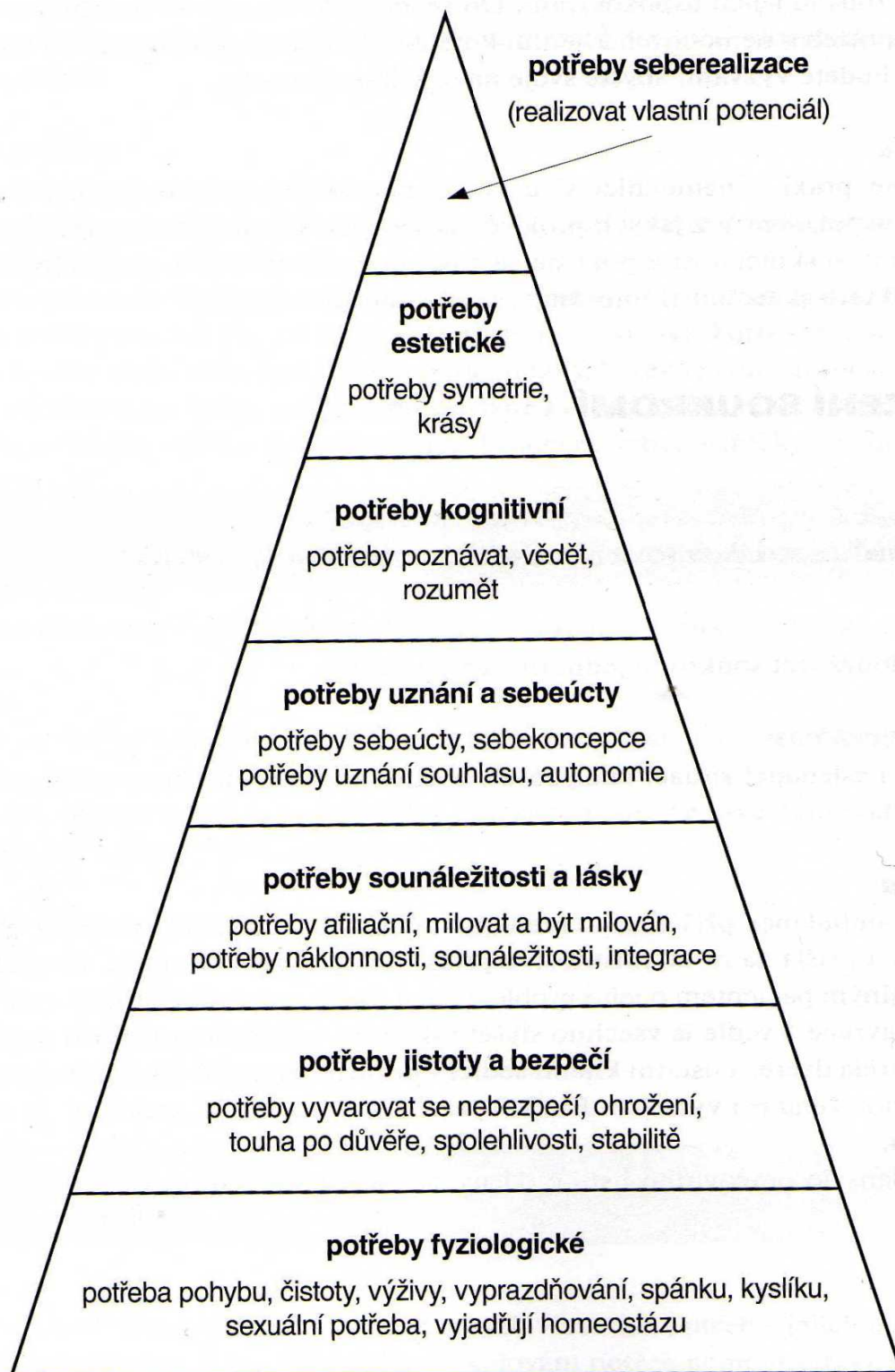
Dodržujeme:

1. Rameno směřuje dopředu, paže je otočena ven.
2. Loket je narovnaný, dlaň směřuje nahoru, prsty natažené, palec se nedotýká ukazováčku.
3. Pánev je tažena vpřed a noha otočena dovnitř.
4. Kyčel, koleno a kotník jsou mírně ohnuté.
5. Prodloužení trupu.

(Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004, s. 17)



PŘÍLOHA P IV: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



(Hermanová, 2007, s. 130)

PŘÍLOHA P V: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Test instrumentálních všedních činností

činnost	hodnocení	bodové skóre
telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavrání	5
	nedokáže použít telefon	0
transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	není schopen nakoupit bez podstatné pomoci	0
vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
práce kolem domu	práce provádí samostatně a pravidelně	10
	práce provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá léky, jsou-li mu připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	není schopen bez pomoci zacházet s penězi	0
celkové skóre		

hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech
0-40 bodů – závislý v IADL
45-75 bodů – částečně závislý v IADL
80 bodů – nezávislý v IADL

(Dlabalová, 2008, s. 183)

PŘÍLOHA P VI: OBECNÉ PŘÍZNAKY IKTU PODLE MÍSTA POSTIŽENÍ

Obecné příznaky iktu podle místa postižení

pravá nebo levá hemisféra (mozková polokoule) v přední části mozku	pravá hemisféra (u praváků) v přední části mozku	levá hemisféra (u praváků) v přední části mozku	ikty mozkového kmene a mozečku v zadní části mozku
částečná nebo úplná ztráta síly na jedné straně obličeje nebo těla	ztráta uvědomování si levé strany (popírání existence problému) a/nebo zmatení mezi levou a pravou stranou těla	obtíže s mluvením a/nebo rozuměním tomu, co říkají ostatní	ztráta hybnosti a cití na jedné straně těla, postižení hlavových nervů na straně druhé
ztráta cití na jedné straně těla	setřelá jednotvárná řeč	neschopnost číst a psát	dvojitě vidění
ztráta zraku na opačné straně od poškození	obtížné rozpoznávání dobře známých tváří	nesouvislé myšlení	obtíže s polykáním a/nebo mluvením
	obtížné chápání vztahů věcí v prostoru	ztráta verbální paměti (slova)	problémy s rovnováhou a koordinací
	obtíže s abstraktním myšlením	nízká motivace	problémy s dýcháním
		obtíže i s jednoduchými matematickými počty	

(Feigin, 2007, s. 173)

PŘÍLOHA P VII: OKRUHY OTÁZEK PRO PŘÍBUZNÉ A PACIENTY PO IKTU V DOMÁCÍ PÉČI

1. Věk pacienta po iktu, jak dlouho je po propuštění z nemocnice (rehabilitačního zařízení) doma.
2. Informace o onemocnění.
3. Co je problém v oblasti hygieny? Jak jste si poradil?
4. Co je problém v oblasti dýchacího systému?
5. Co je problém při oblékání a svlékání?
6. Co je problém při stravování a příjmu tekutin?
7. Co je problém při vyprazdňování? Co ví rodiny o pomůckách, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění pro inkontinentní pacienty?
8. Co je problém v oblasti manipulace, polohování? Jak jste si poradil?
9. Bolí něco pacienta? Máte problém s mírněním bolesti?
10. Komunikace (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz).
11. Absolvoval jste odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?
12. Máte informace týkající se péče o pacienta po iktu? (informační materiály...)
13. Víte o dalších nabízených službách organizace? (sociální pracovnice...)

PŘÍLOHA P VIII: OKRUHY OTÁZEK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY, KTERÉ PRACUJÍ V DOMÁCÍ PÉČI

1. Věk, délka praxe v domácí péči.
2. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti hygieny?
3. Co je problém v oblasti dýchacího systému?
4. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti oblékání?
5. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti výživy?
6. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti vyprazdňování? Co ví rodiny o pomůckách, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění pro inkontinentní pacienty?
7. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti polohování a manipulace s pacientem? (vozík, lůžko, cvičení)
8. Řeší příbuzní u pacienta bolest?
9. Jaký je problém při komunikaci? (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz)
10. Absolvoval rodinný příslušník, starající se o klienta po CMP, odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?
11. Mají rodinní příslušníci informace týkající se péče pacienta po iktu?
12. Vědí rodinní příslušníci o dalších nabízených službách organizace?
13. O které kompenzační pomůcky se pacienti a jejich rodiny zajímají a které využívají?

PŘÍLOHA P IX: TITULNÍ STRANA K EDUKAČNÍMU MANUÁLU

**Edukační manuál
Jak pečovat o pacienta po cévní mozkové příhodě
v domácím prostředí**

Zdeňka Ševčíková

PŘÍLOHA P X: VYJÁDŘENÍ CHARITY K EDUKAČNÍMU MANUÁLU



CHARITA SVATÉ RODINY NOVÝ HROZENKOV
Charitní ošetrovatelská služba

Tento edukační manuál je ucelený komplex rad a důležitých informací, dotýkající se všech potřeb lidského života včetně umírání a smrti. Stane se jistě cenným pomocníkem nejen pro rodinné příslušníky a blízké, kteří o nemocného v domácím prostředí pečují, ale také pro pracovníky zdravotních a sociálních služeb Charity Nový Hrozenkov. Při své práci se často setkávají s nemocnými po CMP a jsou mezi prvními, kteří k nemocnému do domácího prostředí přicházejí. Mohou proto ihned v začátku tento zdroj informací těm, kteří o nemocného pečují, nabídnout.

Jsem velmi ráda, že manuál obsahuje také informace, týkající se pečujících, protože právě oni jsou často opomíjeni a nedoceníni.

Jarmila Škarpová
vedoucí ošetrovatelské služby

V Novém Hrozenkově 31.5.2011

PŘÍLOHA P XI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

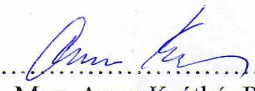
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zdeňka Ševčíková
Téma bakalářské práce	Geriatrický pacient po cévní mozkové příhodě v domácí péči
Pracoviště	Charita svaté Rodiny Nový Hrozenkov

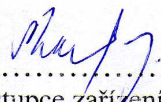
Děkujeme za pochopení a spolupráci



Ve Zlíně dne 5.1.2011


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Charita svaté Rodiny
756 04 Nový Hrozenkov 124


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XII: KOMPLETNĚ PŘEPISANÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č. 1 (SKUPINA A)

1. Věk pacienta po iktu, jak dlouho je po propuštění z nemocnice doma.

„Manžel má 70 roků, doma je 14 dní.“

2. Informace o onemocnění.

„Měl mozkovou příhodu a má ochrnutou pravou ruku a nohu. Ležel na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, potom byl na interně a na LDN. Odtud šel na rehabilitaci.“

3. Co je problém v oblasti hygieny? Jak jste si poradila?

*„Nemám problém ho dát do pořádku. Na lůžku nemám problém, jediné když ho obracím, nemůžu ho sama obrátit. Co nemůžu zvládnout a není tu sestřička, tak mi pomůže dce-
ra...když je opruzený, tak to konzultuju s lékařem, co můžu na něho použít, když nepomohly masti, které si pamatuju od děcka, a s tím máme pořád problém. Sestřičky mi taky radí, abych zkusila to a to, a buď to pomůže, nebo ne, on je na to dost háklivý. Máme vanu a to je problém. Tam ho nekoupu, to nejde, jen na lůžku. Musíme upravit koupelnu a dát tam sprchový kout. Tam ho budu vozit na vozíku...“*

4. Co je problém v oblasti dýchacího systému?

„Má problém si odkašlat, začnu mu podávat nějaký ten čaj po lžičkách, aby se mu to jako uvolnilo a taky nějaké přípravky od doktora.“

5. Co je problém při oblékání a svlékání?

„Všechno vím z toho rehabilitačního zařízení a z LDN, kde sem si ho oblékala, když sem si ho chtěla vzít ven, viděla jsem, jak to dělá sestřička...Nechávám ho oblékat i samostatně, ale když potřebuju třeba narychlo s ním jet, třeba k lékaři, tak ho musím obléct, protože bysme nedojeli nikde. Ale aby měl tu snahu, tak ho samozřejmě nutím, aby se snažil sám, ale moc to nejde, ale snahu má...taky jsem mu koupila nové oblečení, které se mně dobře obléká, aj přes tu hlavu.“

6. Co je problém při stravování a příjmu tekutin?

„Snažím se, aby se tou levou rukou najedl sám. Buď mu to jídlo dám na malé kousky, aby si neukousl větší kus a tím se nedusil. Jídlo mu dám tak, že jak si sedne na lůžku, dám to

před něj na lůžku a on už si to bere sám nebo na jídelní stoleček. Já ho kontroluju, protože se při jídle často zakašlává, jako když se dusí, jak kdyby mu to zaskočilo. Často mu to jídlo zůstane v puse na pravé straně, při pití ho musím kontrolovat, pije přes slánku nebo mu to dám do dětského hrníčku - pítka. Nutridrinky používáme hodně, už i v nemocnici, tam jsme to vozili...Dietu nemá, akorát mu dávám hodně zeleniny a ovoce. Snažím se, aby jedl zdravěji...Využívám dovoz obědů z Charity, ale ne pořád. Léky si chystám na týden do dávkovače. Léky polkne sám, některé musím pūlit a musím dávat dobrý pozor, aby to spolkl. Někdy mu to jak se říká, zaskočí nebo mu ten lék zůstane na pravé straně v puse.“

7. Co je problém při vyprazdňování? Pomůcky pro inkontinenci.

„Problémy při vyprazdňování má dost velké, má strašně zácpu, když vidím, že nejde jeden den, tak už to řeším. Kupuju přípravky, aby byly přirozené a ne návykové. Zkoušíme Fructolax, Laktulózu, Psyllium, čípky a mastičky všeho druhu. A ošetřuju to, to se opravdu musí. Dávám mu hodně čaje, třeba bylinkové, kompoty, sušené švestky, aby neměl tuhousolici, když vidím, že nejde jeden den, tak už to řeším.“

„Používám pleny na noc a podložky, které předepíše lékař. Pleny dokupuju. Výměnu jsem se naučila v nemocnici, to byla pro mě škola. Močovou láhev a ostatní jsem si koupila sama, to jsem už věděla, že se bez toho neobejdu. Podložní mísu nepoužívám, normálně plenkou. WC židli jsme si udělali doma, vysazování na ni je obtížné. Se vším mne seznámili v rehabilitačním zařízení. A sestřičky z Charity mi poradí. To je dennodenní opora.“

8. Co je problém v oblasti manipulace, polohování? Jak jste si poradila?

„S polohováním nemám problém, už mám na to takovou svou metodu. Všechno jsem se zase naučila v té nemocnici. Jen jsem nevěděla, jak často. To mě řekly sestry z Charity. K polohování používám polštáře. Pod paty dávám malé polštářky, domácí výroby. Dávám je i mezi nohy, pod hýždě, pod ruce, kde je třeba...Co se týká na posteli obrátit, nebo udělat něco sám, to neudělá...Na voziček mi s ním musí někdo pomoci, něco mi ukázali v nemocnici a doma to nacvičujeme se sestřičkou, ale je tam jenom chvilku, dlouho nevydrží, na pět, deset minut...Voziček máme od pojišťovny a vyřizovali jsme ho v rehabilitačním ústavu...O příspěvku na auto jsem se dozvěděla od sociální pracovnice, ptala se mne, jak jezdím. Ale je problém ho do toho auta dostat.“

„Lůžko máme půjčené z Charity polohovatelné, ale chtěla bych zažádat o elektrické přes pojišťovnu, protože to bude dlouhodobé a já mám problémy s páteří...Lůžko je přístupné

ze dvou stran, leží tak, že když k němu přijdu, tak je ke mně z postižené strany. U lůžka stoleček nemá. Hrazdičku k posunu v lůžku používáme. Pomůcky jsem si koupila – ježky, kartáče. Máme půjčené šlapadlo a doma máme rotoped, ale ještě na tom nemůže cvičit. Pomůcku na cvičení rukou jsem si udělala sama z pásů od auta...Cvičíme denně ráno i večer. Cvičím, co jsem se naučila v rehabilitačním středisku a v nemocnici. A něco jsem si doma doplnila a něco poradily sestry z Charity, ...budeme jezdit cvičit na polikliniku. Rehabilitační zařízení mu už doktoři nedoporučují.“

9. Bolí něco pacienta? Máte problém s mírněním bolesti?

„Zajedeme do ambulance bolesti, zjistily to děti na internetu. Na tu bolest zkusíme všelicos, ale nic moc nepomáhá, je to skoro neúnosné, on pořád nařká a nemohla jsme se s ním domluvit co mu je, jen ukazoval rukou. O stacionáři na neurologii nevím.“

10. Komunikace (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz).

„Já su pořád s ním. Já absolutně nemůžu být venku půl hodiny. Když jdu ven, tak jenom na chvilku nebo se na něho chodím každou chvilku dívat přes okno. Jinak on zavolá...Když neví, kde je, ptám se ho, co to je, kdo to je, povím mu, jak se to jmenuje, a takovým způsobem ho dávám do té životní reality. Prohlížíme si fotky, mluvím s ním pořád, zpíváme písničky. Nemá rád cizí návštěvy, je z toho nervózní, neví, jak má komunikovat.“

„Psychologa máme doma, syna, on má vystudovanou psychologii, takže on na něho moc dobře působí...Zajímala jsem se ohledně té řeči, jak byl v nemocnici. V nemocnici mu logopeda nemohli zajistit. To sem si zajistila sama. Na LDN sem dělala logopeda já. Učila sem ho abecedu, jména a počítat, aby něco věděl. Zařídila jsem si z první třídy výuku, jak sa učija, abecedu, sešity a všecko...Dvakrát byl u nás logoped doma, poradil nám.“

11. Absolvovala jste odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?

„Ne, ale zdravotní jsem dělala v mládí.“

12. Máte informace týkající se péče o pacienta po iktu?

„Informační materiály jsem měla a z toho jsem si vyčetla, co můžu a co ne. Měla jsem knihu, letáčky, které jsem si vzala u lékaře.“

13. Víte o dalších nabízených službách organizace?

„Ano, vím. Využila jsem z Charity hlídání.“

PŘÍLOHA P XIII: KOMPLETNĚ PŘEPSANÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č. 4 (SKUPINA A)

1. Věk pacienta po iktu, jak dlouho je po propuštění z nemocnice doma.

„Dědečkovi je 81, doma je 8 týdnů.“

2. Informace o onemocnění.

„Asi tři týdny ležel na interně a pak byl asi 5 měsíců na LDN, jak se poléčil, tak jsme si ho vzali domů. Nevím, jestli má postižení pravé nebo levé strany, ale sestřičky říkají, že tu pravou ruku má slabší.“

3. Co je problém v oblasti hygieny? Jak jste si poradila?

„Všechno nám vysvětlila paní vedoucí z Charity a pak jsme to odkoukali od sestřiček, chodí pětkrát týdně, dělají hygienu a cvičení, namastí ho masťama, on má aj lupénku. Celková koupel je jenom na lůžku, tady máme malou koupelnu a špatný přístup, on může být jenom v polosedě kvůli té srostené kyčli...Na mytí vlasů máme nafukovací lavor. Nehty i holení děláme sami, mám holicí strojek...Zuby vytáhneme, umyjeme a je to, dutinu ústní vypláchneme čajem...Sem tam mívá červené oči, máme tady na to kapky. Nehty raději stříháme sami, on má totiž tu lupénku pod nehtama...“

„...má aj lupénku a dekubit z nemocnice, chytil i teploty, bral antibiotika a při tých teplotách se mu to zhoršilo. A to sme mu na to přikládali Betadiny a potom polštářkové gázy. Nanejvýš sa mu udělal dvoucentimetrový dekubit, víc né. Je zastáncem taky propolisové léčby, má svoju kosmetiku od svých kožních lékařů na tu lupénku, používá mastičky s měsíčkem, koňskou mast, ...problém jsme měli s nějakým gelem, po kterém sa osypával.“

4. Co je problém v oblasti dýchacího systému?

„Pořád je problém s odkašláním, těch hlenů mívá moc, používáme šumivé tablety a bylinkové čaje, masáž poklepovou dělávají sestřičky, ta hodně pomáhá, hleny vybíráme do ubrousků, jemu sa třeba stalo, že to vykašlal aj přes ten den, když sem tu třeba nebyla, tak mu to vyteklo. Máme tady odpařovávky, uvažovali jsme i o koupi zvlhčovače, hodně větráme.“

5. Co je problém při oblékání a svlékání?

„Kalhoty nepoužíváme, oblékáme jen kabátky, ze začátku s tím byl problém, protože to byly ty zapínací a pak jsme přešli na trička. Nebo toto má třeba pánskou noční košulu po kolena, toto sa nám líp obléká než ty kabátky. On sa nekdy odkrývá a já mám na cíchách přišité knoflíky, tam navlíknu gumu a to mu připneme kolem té bočnice a nemůže sa nám odkrýt. Papuče má nazuté, když jedeme na výměnu toho katétru. Jinak ne.“

6. Co je problém při stravování a příjmu tekutin? Pomůcky pro inkontinenci.

„Když ho dovezli z nemocnice, byl v hrozně zbídačeném stavu, to byl jak kostra potažená kožou, vypadal dost špatně. Byl tam i problém s polykáním, učili jsme ho doma ze lžičky, protéza mu část vyskakuje, hlavně spodní díl, taky málo pije, nemožem do něj dostat ty dva a půl litry, jak nám doporučil doktor, když mu to často dávám, tak je nevrlý. S tekutinama byl na začátku problém, ale naučili sme si ho tady na ty flašky, ty sa nám osvědčily nejvíc. Nemohl sa sám najíst, jenom s pomocí, teď už ho krmím úplně, polévku mu mixuju, o víkendu je víc času, tak to mu dávám po lžičkách nebo z láhve s širším hrdlem, jinak jí normální stravu, ale moc toho nepojí, jídlo mu zůstává na pravé straně, musíme to kontrolovat, problémy máme s tabletkami, dáváme zapít tekutinou a zkoušíme ho různě naklonit...přes týden využíváme dovoz obědů z pečovatelské služby, o víkendu vaříme doma. Snažíme se dodržovat zdravou stravu, dáváme mu zeleninu, jednou týdně mu dáme klobásku...speciální výživu neznám.“

7. Co je problém při vyprazdňování?

„Informace o vyprazdňování jsme získali od sester. Podložní mísu nepoužíváme, jenom pleny, on s tím má problém, neovládá konečník. Ze začátku jsme dali plenu i opačně, teď už to zvládáme bez problémů...takej ze začátku trhal plenky, tak já sem proto pořídila ty košile, tady má přišité suché zipy a ty mu tady připneme, vypadá to jako velké body, aby sa nám na ty plenky nedostal. Používáme i podložky, nemusíme dokupovat, vystačí nám to...on má tu epicycystostomii, o vstup přes týden pečují sestry, o víkendu my, dezinfikujeme to a dáme na to Betadinu...množství moče si zapisuju do tabulky na počítač, příjem i výdej. Sáčky nám hradí pojišťovna, ale při nemoci dokupujeme, bývaly někdy díravé, nejlepší je typ s bočním ventilem, v nemocnici jsme na ten sáček dostali originál držák...vždycky přes léto se to zhorší, jak chytne do močových cest zánět a horečky, toho se bojím.“

8. Co je problém v oblasti manipulace, polohování? Jak jste si poradila?

„Jak s ním manipulovat jsme odkoukali od sester v nemocnici, on nám i trošku pomáhá, mám různé polštáře, kterýma ho podložím. Největší strach jsem měla, jestli to zvládnou po fyzické stránce, největší problém je s manipulací, máme mechanickou postel a sní sa nedá vyjet nahoru, je půjčena z Charity, nevěděli jsme, kde máme zažádat o elektrickou postel. Přes noc ho polohujeme asi co dvě hodiny, pořídili jsme mu vzduchovou matračku, to jsme koupili z druhé ruky...voziček nevyužíváme, protože bysme museli mět speciální, hrazdičku používá.“

„Jezdíme s ním jednou za měsíc na výměnu katétru, dáme ho do přepravního vaku, musí u toho být 3 synové a saniták a odnesou ho do sanitky...na cvičení používáme takové gumy na nohy a na ruky a mačkáací míčky, to sem viděla na LDN. Sestřičky s ním cvičí, někdy se u toho vzteká, třeba kope.“

9. Bolí něco pacienta? Máte problém s mírněním bolesti?

„Bolívá ho koleno a kyčel, občas rameno a hlava, často po cvičení se sestrami, nebo když dlouho leží. Od bolesti bere tabletky a kapky, obvyčejně po výměně katétru mu dávám ten Algifen, o ambulanci bolesti vím.“

10. Komunikace (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz).

„Se psaním má problémy, když má přijít důchod, trénujeme půl hodiny před tím podpis. Třeba takové noviny on si přečte, televizi poslouchá a občas sa rozčílí, sledujeme i různé soutěže v televizi, říkáme říkanky a pouštíme mu písničky, ale u teho brečí...aj ta řeč sa ztrácí. Když něco potřebuje, tak bouchá do postele nebo zavolá a my přijdeme...jednou za měsíc sem chodí farář.“

11. Absolvovala jste odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?

„O kurzu ve Zlíně nevím.“

12. Máte informace týkající se péče o pacienta po iktu?

„První informace jsem měla od nevěsty a od paní vedoucí z Charity, i na internetu jsme ledaco odkoukali i na LDN.“

13. Víte o dalších nabízených službách organizace?

„Od Charity máme rozpis služeb i cen. Víme, že nabízí i respitní péči.“

PŘÍLOHA P XIV: KOMPLETNĚ PŘEPSANÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č. 5 (SKUPINA A)

1. Věk pacienta po iktu, jak dlouho je po propuštění z nemocnice doma.

„Maminka má 83 let, doma je dva a půl měsíce.“

2. Informace o onemocnění.

„Tři týdny byla na interně a přibližně 5 měsíců na LDN. Má postiženou levou stranu.“

3. Co je problém v oblasti hygieny? Jak jste si poradila?

„Z počátku jsem nevěděla, jak ji mám umývat, dělaly to sestřičky, běžnou hygienu provádíme v posteli denně, celkovou koupel na lůžku dělají sestry...po dvou až třech měsících začala sedět tak ji nosíme s manželem do vany a 1x týdně ji tam koupeme...když jsme ji tam dávali poprvé, nechala jsem si to ukázat od sestřičky, abych něco neudělala špatně, sedátko do vany máme půjčené, chceme zařídit sprchový kout.“

„Vlasy stříháme sami, zubní protézu si dokáže nasadit sama pravou rukou, večer ji dávám do kelímku s vodou, dutinu ústní vyplachuju jenom vodou, do očí kapu Ophthalmoseptonex, nehty na rukou stříhám sama, na nohy chodí pedikérka z Charity, dekubit má na zadku a na levé patě, tak to ji ošetřují sestry co druhý den.“

4. Co je problém v oblasti dýchacího systému?

„Často bývá zahleněná, má problém s odkašláváním, ptám se v lékárně, co je na to dobré, ale moc to nepomáhá, na radiátory dáváme vlhké ručníky.“

5. Co je problém při oblékání a svlékání?

„Oblékala jsem nejdříve postiženou stranu, později jsem ji nechávala zapínat knoflíky. Když tu byla na návštěvě její sestra, tak ji poradila, že když na ni bereme peníze, tak ať se staráme a babička přestala cokoli dělat a postupně zlenivěla a nechává se obléct.“

6. Co je problém při stravování a příjmu tekutin?

„V poslední době se dusí při polykání, pije z termo pohárku slánkou, pije málo, Nutridrinky nechtěla, občas se stane, že má takové období, že odmítá jídlo a nejí i tři dny, tručuje...obědy nám nosí pečovatelská služba.“

7. Co je problém při vyprazdňování? Pomůcky pro inkontinenci.

„Používáme plenky, podložky dokupujeme, ráno a večer ji vysazujeme na WC židličku, tu máme vyřízenou přes pojišťovnu.“

8. Co je problém v oblasti manipulace, polohování? Jak jste si poradila?

„Chtěli jsme půjčit od Charity vozík, ale momentálně ho nemají, na lůžku se otočí sama, jen na tu židličku potřebuju pomoc manžela...moc s ní necvičíme, nechce s námi cvičit, cvičí pouze sestřička...“

9. Bolí něco pacienta? Máte problém s mírněním bolesti?

„Bolí ji občas koleno, užívá Tramal.“

10. Komunikace (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz).

„Ona je tady dole a my jsme v patře nad ní, volá tak, že tluče do radiátoru holí, nebo křičí, někdy je to hrozné...paměť ani řeč se jí po mrtvici nezhoršila, poslouchá rádio. Psychologa bychom spíše potřebovali pro sebe.“

11. Absolvovala jste odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?

„Neabsolvovala jsem žádný kurz, teď už zájem nemám, ale kdybych to věděla hned na začátku, tak bych možná o tom uvažovala.“

12. Máte informace týkající se péče o pacienta po iktu?

„Informační materiály nemám, pouze ústní.“

13. Víte o dalších nabízených službách organizace?

„S vyřízením příspěvku nám pomohly zaměstnankyně z městského úřadu.“

PŘÍLOHA P XV: KOMPLETNĚ PŘEPSANÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č. 1 (SKUPINA B)

1. Věk, délka praxe v domácí péči.

„V Charitě pracuje 6 let.“

2. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti hygieny?

„Celkovou koupel sami nezvládnou, někdy využijí naší služby na stříhání vlasů, ale většinou dělá rodina. Potřebují poradit při mytí vlasů na lůžku, používáme nafukovací bazének. Taky využívají hodně pedikúru, nehty na nohou sami stříhat nechtějí. O dutinu ústní se moc nestarají, vyplachují vodou, přípravky na vypláchnutí dutiny ústní neznají, někdo má problém sehnat zubaře nebo pacienta k tomu zubaři dopravit. Často se ptají, čím ošetřit oči, třeba když je pálí. Nevědí, jak mají s pacientem při mytí otáčet, jak ho správně uchopit, bojí se. Při mytí genitálií neznají prostředky na mytí, hygiena je nedostatečná. Neznají přípravky na promazání kůže, neví o vazelíně, z nemocnice mají naučený Menalind pastu a my chceme, aby to bylo promazáno něčím mastným, my jim doporučujeme vazelínu na predilekční místa. Někdo má problém s financema, aby si tyhle prostředky koupil, ale na promazání kůže stačí i obyčejná Indulona. Pacienti bývají často opruzení, dekubity nemívají. Často řeší úpravu koupelny a to se ptají, kde by to mohli vyřídit, tak je odkazuju na sociální pracovníci. Ve vaně moc nekoupou, protože je obtížné tam pacienta dostat. Někdy je problém s přístupem do koupelny, mají tam schody nebo úzké dveře či je koupelna malinká. Někdy rodinný příslušník nepomůže při koupeli, i když by mohl.“

3. Co je problém v oblasti dýchacího systému?

„Problém je v odkašlávání, neví, že pacientovi pomůžou tím, že ho posadí nebo správně nepolohují, nechtějí větrat, často přetápějí.“

4. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti oblékání?

„Neví, že mají nejdříve obléct postiženou končetinu a potom zdravou, jsou netrpěliví, ne nechají pacienta v klidu se obléct, raději to udělají za něho, snažím se jim vysvětlit, aby pacienta vedli k soběstačnosti, ale kolikrát si nedají říct. Někdy oblečou nevhodné oblečení, pak to nemůžou vysléct, boty jim taky obují, nečekají, až se sám obuje.“

5. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti výživy?

„Největší problém vidím v příjmu tekutin. Musíme je nutit pít. Oni pít nechtějí, říkají, vždyť už jsem pila před chvílí...a přitom se napila jen velmi málo. Nemají potřebu pít. Pokud je tam rodina, tak se snaží na to dohlédnout, ale zas jak kdo. Někdo na to kašle. Ale my s tím nic nenaděláme. My je poučíme a dál je to na té rodině...záznamy (bilanci tekutin) pokud to lékař nechce, neděláme. Ale pokud je pacient ve vážném stavu, tak tam to píšeme a poučíme rodinu, zdůrazňujeme to...Klienti často využívají dovoz oběda. Pokud vím, školy nenabízí diety ani mixovanou stravu. To je problém. Takže, pokud má pacient dietu, škola mu nevyhoví, vaří jen jedno jídlo. Několikrát jsem viděla, že diabetikovi přinesli sladké jídlo. Nevím, jestli to sní pacient nebo rodina. Je poučen, že to jíst nemá. Oni říkají, že sní aspoň tu polévku. Taky nenabízí všude jídelniček, pokud si ho klient nevyžádá.“

„Pokud by rodina chtěla, může využít pečovatelskou službu a požádat, aby klientovi jídlo přichystala, eventuálně podala pečovatelka...Pokud má pacient PEG, tak příbuzní se z počátku bojí s tím pracovat, ale když se jim to vysvětlí a několikrát ukáže, tak jsou ochotni tu stravu podávat.“

6. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti vyprazdňování? Co ví rodiny o pomůckách, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění pro inkontinentní pacienty?

„WC židličky není většinou problém a příbuzní si nechají poradit a pořídí si ji. Někteří mají své vlastní, jiní si je zapůjčí...Pár lidí bylo, kteří měli úplnou hrůzu vyměnit plenku. Ale když se jim to dvakrát ukáže, pak už to ví a tu plenu vymění...Pacienti mívají často zácpu, tak jim pak radím, jaké potraviny a přípravky jsou vhodné (kompoty, Laktulózu, Fructolax, dostatek tekutin). Pokud mají pacienti průjem, tak to řeší dietou, nebo s lékařem.“

7. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti polohování a manipulace s pacientem? (vozík, lůžko, cvičení)

„No, bojí se nemocného otáčet, hýbat s ním, mají strach, aby mu neublížili, ochrnutou končetinu nepodkládají a špatně polohují. Většinou jsou ochotni se to všechno naučit, pokud ten pacient není příliš těžký, ale pak jak to vidí a vyzkouší si to, tak není problém. Někomu se to musí ukázat častěji, aby měl jistotu...Ale byli i takoví, kteří se to odmítli naučit

(přesun na židli, vozíček), že se s ním nebudou tahat nebo, že mají strach, aby jim nespádl, záleží na té rodině, jak se k tomu postaví...“

„Když to vidím, tak největší problém je lůžko. Snažím se vysvětlit, aby bylo přístupné ze tří stran, ale někdo tvrdí, že to nejde..., i když by to šlo, rodina nechce. Ale někteří si dají říct, a tu postel si zajistí, ale s někým nehneš. Říkají, že se jim na tom spí dobře a že jsou na ni zvyklí. A teď co? Lůžko je nízké, nepolohovatelné, nemůže se tam dobře otočit, ty se tam hrbíš a ničtíš si záda. A i při tom jít. Tak si to zvedneš a na té váleňdě je problém.“

Cvičení: *„Většinou cvičíme my a příbuzní už s pacientem necvičí. Možná procvičí přes víkend ruku. Hlavně je to o tom polohování, ruka nesmí viset, musí ji podkládat. Často vytáčí dolní končetiny ven. Toho cvičení se myslím bojí. Bojí se třeba chytnout té ochrnuté končetiny. Asi jim to není příjemné...Je to o lidech. Pokud se neptá, nezajímá se, tak nic neví...Rehabilitační zařízení využívají málo.“*

8. Řeší příbuzní u pacienta bolest?

„O ambulanci bolesti mají zájem, ale využívají ji málo, protože tam nechtějí dojíždět.“

9. Jaký je problém při komunikaci? (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz)

„Většinou mají telefon nebo mobil nebo volají...Já s některýma cvičím s jazykem, vyplazuje, dává ho nahoru, dolů, do stran, našpulí pusku, foukají přes slánku. A to vidí i příbuzný, který by s pacientem toto mohl cvičit, ale spíš to nechají na mně.“

10. Absolvoval rodinný příslušník, starající se o klienta po CMP, odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?

„Nevím, asi ne, o kurzu neví.“

11. Mají rodinní příslušníci informace týkající se péče pacienta po iktu?

„Od lékaře, od nás a letáčky z lékárny.“

12. Vědí rodinní příslušníci o dalších nabízených službách organizace?

„Myslím, že ano.“

13. O které kompenzační pomůcky se pacienti a jejich rodiny zajímají a které využívají?

„Zajímají se o lůžko a doplňující zařízení, vozíček, WC židličky, stolečky, chodítka, podložní mísy, šlapadlo, berle, hole,...využívají lůžko, WC židličku, vozíček než si vyřídí svůj

vlastní. Mají zájem o šlapadlo, ale to bývá většinou vypůjčené, tak si to jen vyzkoušejí a pak koupí svoje. Ale bohužel ho hodně využívají z počátku, pak jim leží někde v koutě.“

PŘÍLOHA P XVI: KOMPLETNĚ PŘEPŠANÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č. 2 (SKUPINA B)

1. Věk, délka praxe v domácí péči.

„V domácí péči pracuji 16 let.“

2. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti hygieny?

„Když přijdou z nemocnice domů, tak příbuzní ve většině případů neví jak umývat pacienta na lůžku. Pokud vezmeme ležícího pacienta, neví jak s ním manipulovat, nebo mají strach, a když nemají strach, tak neví, jak by se třeba nenadřeli...Neví jak pečovat o pokožku, většinou ti staří lidé nebyli zvyklí se mazat a teď jim to není příjemné, ale zas je na nás jim to nějak podat, že když už leží, že je potřeba častější hygiena a případně už používat nějakou tu kosmetiku v rámci té prevence, aspoň na ty kritické místa, pokud nechce mazat pokožku celého těla, tak alespoň ty predilekční místa. Hodně využívají námi doporučené vazelíny. Když se jim to vysvětlí, tak jsou ochotni ji používat. Někdy je tam finanční problém, ale to jsou spíš výjimky. Spíš to přijímají a pořídí si to, co potřebují nebo co jim doporučíme.“

„Při mytí vlasů je problém, protože pokud ti ten člověk neusedí a potřebuješ je umýt na lůžku, tak jsme byli úplně šťastni, když jsme koupili bazének, je to úplně úžasné. V terénu máme dva na půjčení. My si ho dovážíme, když chce někdo umýt hlavu, tak si ho vezmeme. Je to úžasné, jak jsou ti lidé úplně spokojeni, mají pohodlíčko. Jeden pán to řešil tak, že v umělohmotném lavorku vypálil pájkou otvor pro ten krk, ale bylo to drsnější...O péči o dutinu ústní nejsou informováni, myslím si, že to zanedbávají. Pokud bychom je neupozornili tak málokoho to napadne. Pokud není problém, dokážou vyplivnout, tak klasické čištění, nebo vodičky z lékárny nebo naředěný Stopangin. Když se jim to ukáže, nemají problém tu dutinu ústní vyčistit. Zubní protézy, jak kdo je zvyklý. Někteří si je nechávají i na noc. Když je problém o oči, neví, že to může napřed zkusit Ophtalmo-Septonexem vykapat. Když se zeptají, tak jim poradíme. Péče o nehty, ruce stříhají sami, ale nohy, to už se bojí, zvláště když jsou horší nehty, to žádají pedikúru Charitu ve fakultativních výkonech, ale měl by ještě využívat jiných pečovatelských služeb...Mytí genitálií, tam je to hodně, že u některých lidí je stud rodič – dítě, i ten rodinný příslušník a naopak, to tam hraje roli, že ze začátku není ta hygiena důkladná, různě to šolichají a nejdou

do důsledku, do různých záhybů. Očištění stolice, neví co použít, doporučujeme papírové ubrousky, utěrky nebo pěny, aby si to zjednodušili, aspoň v tu noc aby použili jen tu pěnu...Promazávání kůže jen u těch ležících, kde je riziko proleženin, používáme promazávání predilekčních míst...Rodinným příslušníkům vysvětlujeme, aby to nechávali na nich...a aby to nechápali tak, že jsme líné to dělat, že to nechceme udělat. Vysvětlujeme, že co si udělá sám, třeba nedokonale, tak už je to nácvik soběstačnosti. Vesměs to chápou, ale chce jim to vysvětlit, že když mu neobuješ ponožky a necháš ho se s tím trápit...“

„Sprchy, záleží, jestli to ustojí nebo ne. Rodinní příslušníci říkají, šak on to ustojí, ale mně se to nelíbí a jsem radši, když je tam nějaká ta židlička, at' nemusím honem, honem umýt nebo ho mám držet, aby mi nespádl...Úprava koupelny, záleží to na lidech, je to na jejich potřebě, radím, že se to dá řešit ze sociálních příspěvků, my sociálního pracovníka nemáme, ale komunikujeme s pečovatelskou službou, ta ho má a těm lidem poradí.“

3. Co je problém v oblasti dýchacího systému?

„Mají problém v odkašlávání, jsou zahlenění, ptají se na radu, nejdříve zhodnotíš, jestli potřebuje expektorancia nebo to tlumit, takže zpočátku doporučíš co na to a hodně tekutin, zvýšená poloha. Pokud to nezabírá a přetrvává problém zahlenění, tak kontaktuješ lékaře.“

„Větrání je problém. U jednoho pána s chronickou bronchitidou, tam mají úplnou saunu, teplo, zabalit, 30 stupňů a nic nepomůže poradit. Ale jsou to výjimky...Stalo se, že rodina chtěla odsávačku, že konzultovala s lékařkou, že je babička strašně zahleněná a já dojdu s odsávačkou a tam nebylo co odsát. Musela jsem vysvětlovat.“

„Používání kyslíku jsme řešili. Lidé o tom neví. Neví o tom ani lékaři, nedoporučují to. Máme s tím zkušenost, máme kontakty, a když je potřeba, tak ty lidi nasměrujeme na nejbližší firmu ve Zlíně. Je to za peníze. Problém je v tom, že by to šlo přes pojišťovnu, ale jen v případě, že to doporučí plicní lékař. Ti, kteří chtějí mít toho člověka doma, tak to prostě zaplatí. Záleží na finanční situaci, a jestli to trvá měsíce nebo roky.“

4. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti oblékání?

„Mají tendence to dělat za něho, rodinným příslušníkům vysvětluji, aby to nechávali na něm (nemocném) a vysvětluju jim to, aby to nechápali tak, že jsem líná to dělat, že to nechci udělat, vysvětluji, že co si udělá sám, třeba nedokonale, tak už je to nácvik k soběstačnosti. Kdybychom nevysvětlovali, proč to tak děláme, že ho necháváme samotného obléci se, že by byl asi často problém, že by si mysleli, že jsme neochotné.“

„Když se jim špatně obléká, tak řeší úpravu oblečení, třeba u kabátku zavazování dozadu. U bot, i když je zvýšené riziko pádu, tak si chodí v těch svojich nášupkách, jsou na ně zvyklí.“

5. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti výživy?

„Tady to spíš vede k tomu přepečování, že mají z počátku pocit, že ho musí krmit, zbytečně to mixují. Je to taky o tom čase. Záleží, kolik ten pečující má času a kolik chce do té babičky naládovat. Ze začátku mu jídlo dávají (krmí ho) i když nemusí, ale když jim poradíme, dají nám za pravdu a dělají to podle doporučení...Pokud je chodící, radím, nenechte ho ležet, když vám usedí v tom křesle, tak ho tam vysazujte i přes den, i k tomu jídlu. Oni si spíš myslí, že to nedokáže, že neusedí. Nechali by ho spíš ležet.“

„Přijde mně, že často používají zbytečně ty flašky, třeba od Jupíku a furt, přitom když mu dáš hrnek, tak se ti napije. Musíš příbuzné vést, dejte mu ten hrnek, je to pro něj přirozenější, když ho posadíte a dáte mu ten stoleček, tak on se napije, hrnek si chytne, říkají, že to nedokáže a on to dokáže a pro ně je to jednodušší.“

„Při poruchách polykání se bojí hodně, oni se zakašlávají. Musíš jim vysvětlit proč to je, že mají ochablé svalstvo. Toho se bojí hodně a je to oboustranné. Nejhorší je to, že se bojí, že se budou dusit, je to pro ně velmi stresující...Rodinní příslušníci si léky chystají do dávkovače, udělají si na to čas. Někde se bojí chystání léků, tak to chtějí raději po nás. Důležité je poučit je, aby si pohlídali, aby léky spolkl. Problém, že někteří drtí léky zbytečně a on to spolkně bez problému...Obědy využívají hodně, hlavně ty velké vzdálenosti...Pacienti mívají často PEG, řešíme převazy, převazu se bojí, ale podávání stravy se musí naučit, na každé podání nemůžeme chodit. Když přijdou domů z nemocnice, tak to většinou neumí.“

6. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti vyprazdňování? Co ví rodiny o pomůckách, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění pro inkontinentní pacienty?

„Pokud ještě chodí a hodně špatně, je tam riziko pádu, tak oni pořád ještě chtějí, je to citlivé téma ta WC židlička pro ně, často, radši se bude belhat na ten záchod s rizikem, že spadne, než si zvykne na tu WC židličku, radši jde na ten záchod. No, ale pak ta situace dospěje k tomu, že už to jinak nejde. Je to citlivá záležitost, musí v té místnosti...Pokud to nějakým způsobem jde, je pro něj lepší si zajít na ten záchod, ze všech hledisek.“

„Vysadit neumí, neznají ty grify, musí se to naučit, musím ukázat...problém úzké dveře, že se tam nedostaneš s vozičkem, nebo je to malé, tam je potřeba zvážit nějakou tu rekonstrukci, záleží, jak na tom ten člověk je, jestli se s pomocí zvedne, dají se tam madla, záleží na tom zdravotním stavu.“

„Výměna plen je velký problém, neví jaké pleny, velikost, kvalita, tenčí, tlustší, druh, pokud ten člověk je ještě mobilní, neví, že použít ty natahovací, u ležících zalepovací, pro muže speciální...ne každý lékař ti předepíše to množství, které je dovolené na měsíc, nevím proč, většinou napíší jenom část a kupte si...i když ti napíše celé množství a ty potřebuješ vyměnit plenu 4x za den, tak nevyjdeš ani s plným množstvím...praktický problém, neví jak ji dát, zpočátku neví co dát pod zadek a co patří dopředu, neví jak se používají ty lepítka, že když to vrátíš zpátky, tak to zase použiješ znovu, když to zalepiš mimo ten čtvereček podruhé, že už to pak vyrveš, nemají s tím ty zkušenosti...když jim to ukážeme, tak už si poradí (když udělá most, šoupnete to pod něj, neudělá most, otočíte ho na bok, suneš tak a tak, je to vysoko, nízko, ale naučí se to)...podložky používají hodně, doporučujeme je, na předpis, někteří lékaři si to přizpůsobují podle svého...Když mají PMK, neví, že nesmí zvedat sáček nahoru, bojí se kolem té cévky, mají strach, že jim to vypadne, neznají tu fyziologii, neví, jak to funguje, že je tam ten balónek, je potřeba jim to vysvětlit, mají potřebu zastrkovat ten katétr, že vylézá.“

„Při průjmu se ptají na radu, někdy je problém, že nechápou, že by se mělo začít dietou, vysvětlit jim, že by jeden den měl být jenom na čaji, druhý den rohlík, čaj, třetí den ...tak to těžko přijímají, mají pocit, že by umřeli hladem, spíš je tendence to řešit medikamenty...Problém je hodně u zácpy, neví si rady co jim dát, otázka je kolik ten člověk přijímá tekutin, a jestli chce, jestli to dokážou v uvozovkách do něj nalít, nebo ne, on ti řekne, že nechce a nebude a zatne zuby, tak násilím to do něj nedostaneš. Ale nechají se poučit. Doporučuji hodně ovoce, zeleniny, případně Laktulózy doporučujeme hodně, než Gutralax.“

7. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti polohování a manipulace s pacientem? (vozik, lůžko, cvičení)

„Jak kde. Tak půl, napůl. Jsou připraveni, když ví, tak si půjčí u nás. Ale jsou případy, že tam chodíme půl roku a hrbatíme se tam, a není možné dokopat k tomu, že by bylo potřeba to lůžko jak pro ně tak pro nás. Je důležité zvážit, jestli honem pořídít to lůžko, nakolik se ten nemocný spraví...budeš tam štrachat to lůžko a za chvíli zpátky, a za druhé je to taková věc, že jsi zvyklý celý život na tu svoji postel a teď naráz...musí se s tím člověk srovnat. Rodinní příslušníci jsou ochotní, někdy se jim zdá drahý poplatek za půjčení lůžka,

Rodinní příslušníci jsou ochotní, někdy se jim zdá drahý poplatek za půjčení lůžka, poté radíme, ať si zkusí vyřídit u pojišťovny...Přístup k lůžku doporučujeme ze tří stran, ale někdy v té domácnosti ne vždy to je možné, ale pokud je to možné, jsou ochotni umístit do prostoru, aby bylo přístupné ze tří stran.“

8. Řeší příbuzní u pacienta bolest?

„Doporučujeme centra bolesti, o kterých nevědí, využívají je.“

9. Jaký je problém při komunikaci? (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz)

„Používají bezdrátové zvonečky...Logopeda nevyužívají a nevím, jestli funguje v terénu,...bylo by to potřeba, paměť procvičují, edukujeme rodinné příslušníky, luští křížovky, pokud jsou schopní...Psychologa si vyhledají sami...Kněz, zmíníme se, poptáme se, jak na tom jsou, víme, jestli jsou věřící nebo ne, ptáme se, jestli se má za ním stavit pan farář, někdy ho chtějí zavolat.“

10. Absolvoval rodinný příslušník, starající se o klienta po CMP, odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?

„Nevím.“

11. Mají rodinní příslušníci informace týkající se péče pacienta po iktu?

„Čerpají z internetu, letáčky z lékárny, od lékaře a od nás ústní. Nevědí, kam se obrátit o radu.“

12. Vědí rodinní příslušníci o dalších nabízených službách organizace?

„Myslím, že vědí. Využívají respitní péči a ty pečovatelské služby.“

13. O které kompenzační pomůcky se pacienti a jejich rodiny zajímají a které využívají?

„Zajímají se o chodítka, vozíky, postele, stolečky...záleží, jestli to dobře odhadnou, radím jim, co by bylo vhodné. Například teď si půjčíte chodítko, uvidíte, jak to půjde a pak to zkusíme s francouzskými holemi, uvidíte, nejdřív si půjčíte, a když to bude dobré, necháte si předepsat.“

PŘÍLOHA P XVII: KOMPLETNĚ PŘEPISANÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č. 3 (SKUPINA B)

1. Věk, délka praxe v domácí péči.

„V domácí péči pracuji 4 roky.“

2. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti hygieny?

„Při hygieně mají problém takový, že neví, jak s pacientem manipulovat, jak s ním otáčet, mají strach, aby mu neublížili. Někdo k tomu přistupuje svědomitě, někdo to nezvládá nebo to neví, často je plno zásadních věcí nenapadne, musí se jim to ukázat, pak to dělají. Celkovou koupel na lůžku a mytí vlasů musím poprvé ukázat, vlasy stříhá rodina nebo požádají Charitu, holení si zajistí sami, péči o dutinu ústní moc neřeší, vypláchnou vodou, zubní protézy čistí běžným způsobem nebo je nemají. Občas se ptají na radu, když mají potíže s očima, co použít. Stříhání nehtů přenechají spíše na nás nebo využijí pedikúru, tam je to o penězích, ale někdo stříhá sám. Velký problém je hygiena genitálií, z počátku důkladně nemyjí a nepromažou, neznají vhodné přípravky. Neví o vazelině, z nemocnice mají naučené pasty, které vysušují pokožku, a my chceme, aby to bylo promazáno něčím mastným. Opruzení a dekubity většinou nemívají. Hygienickou péči vsedě na lůžku nedělají. Někdy jsou pacienti hrozně líní a nechají si vše kolem sebe udělat. Některé rodiny, upraví koupelnu, potřebují informace, kde vše vyřídí, někde to nejde, starý barák, úzká chodba. Nebo se jim už do úprav nechce investovat. Ptají se na pomůcky při koupání, neví o sedátkách do vany a židličkách do sprchy.“

3. Co je problém v oblasti dýchacího systému?

„Problém mají s vykašláváním, neví jak řešit, že je dobré zvolit polohu v polosedu, aby se jim dobře dýchalo a hlavně čerstvý vzduch, mnozí přetápějí, ze strachu, aby pacient nenachládl ani nevětrají a to nepomůže ani čistička vzduchu...neznají techniky na uvolnění hlenů, mají nedostatek tekutin. Kyslík nepoužívají...vlastně jeden příbuzný si koupil malou bombičku s kyslíkem a někdo měl bomby, ty si vyměňovali ve Zlíně.“

4. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti oblékání?

„Pořád musím příbuzným připomínat, aby pacienta vedli co nejvíce k soběstačnosti, aby to zkoušel sám, ale oni to raději udělají za něho, je to pro ně rychlejší. Mívají oblečeného

andělíčka, někdy si pečující nenechá říct a obléká pacienta složitě do kabátku a pak mu to nemůžou vysléct. U těch více schopných oblékají do věcí, na co byli zvyklí dřív. S obuví nemívají potíže, radím boty s pevnou patou, pořídí si je. Někdy zbytečně pacienta obují a nenechají to na něm, zvládl by to. Neví jak oblékat, jestli dřív zdravou či ochrnutou.“

5. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti výživy?

„Problém mají při podávání stravy, pacienta nechají k jídlu vleže, prý je to pro ně dobrá poloha, neznají hrníčky s násoskou, někteří si je ani po doporučení nepořídili. Pokud jsou pacienti schopni si dojít ke stolu, většinou se tam chodí najíst. Velmi často využívají dovoz obědů. Pokud má pacient PEG, jsou poučeni z nemocnice, dostanou brožuru, převazy děláme my. Problém je při dodržování diety, hlavně u diabetiků, kteří berou obědy. Zdravou stravu nedodrží, jí tak, jak byli zvyklí, sipping používají, zahušťovadla neznají...největší problém vidím v příjmu tekutin, oni pít nechtějí, říkají – vždyť už jsem pila před chvilkou – a přitom se napila jen velmi málo, nemají potřebu pít.“

6. Které informace chybí u pacientů a jejich pečujících rodin v oblasti vyprazdňování? Co ví rodiny o pomůckách, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění pro inkontinentní pacienty?

„Někteří mají z počátku problém podat podložní mísu, radím, jak to mají použít, někdo to pozná. Ale spíše používají WC židle nebo pleny. U WC židle neví jak nemocného na ni posadit, kde si ji zapůjčit či zakoupit. Na to se ptají hodně, někdo si vyrobí doma. Radím, jak pacienta doprovodit na toaletu, jak správně postupovat. Nástavec na WC nepoužívají. Často je upozorňuju, aby odstranili koberečky, ale ne vždy to udělají, jsou na to zvyklí...Mají problémy s přikládáním plen, pár lidí bylo, kteří měli úplnou hrůzu vyměnit plenku, ale když se jim to dvakrát ukáže, pak už to ví a tu plenu vymění. Ptají se na co, a kolik mají nárok od pojišťovny, ale někteří lékaři si to píšou podle sebe. Pokud má pacient PMK, bojí se s tím manipulovat a okolo umývat, musela jsem jim to vysvětlit. S vypouštěním moče ze sáčku nemají problém, ptají se, jak to pojišťovna proplácí, PMK si platí, pojišťovna nehradí. Velký problém je zácpa, tu řeší snad všichni, často se ptají na radu.“

7. Které informace chybí pacientům a jejich pečujícím rodinám v oblasti polohování a manipulace s pacientem? (vozík, lůžko, cvičení)

„Neví, jak s pacientem manipulovat na lůžku, jak polohovat a jak často pacienta otáčet, v noci nepolohují, ráno bývají pacienti otlaceni, k polohování používají hodně polštáře,

neznají antidekubitní pomůcky, neví, jak mají ochrnutou končetinu podkládat, ptají se na nácvik sedu, stoje, chůze, neví, jak pacienta přemístit z lůžka na židli nebo vozík, ptají se na radu, nemocní bývají často obézní a pečovatel má problém pacienta otočit nebo ho přemístit, neví kde zapůjčit vozík nebo kde ho koupit, můžou využít nabídku Charity, ptají se na příspěvky týkající se dopravy, odkazují je na sociální pracovníci...největší problém je u některých klientů postel, někteří si dají říct, a tu postel si zajistí, ale s někým nehneš, říkají, že se jim na tom spí dobře a že jsou na ni zvyklí. Doporučuji, aby si vyřídili polohovatelnou elektrickou...někdo využije a někdo říká, jestli to má cenu.“

„Příbuzní s pacienty necvičí, za cvičení by si někdo připlatil, ale někdo ne, někomu jsem to nabízela a nechtěl to. Používají šlapadla, zapůjčují v Charitě...rehabilitační zařízení využívají málo...taky jsem se setkala s tím, že pacient měl na to nárok, a příbuzní řekli, co tam s ním budou dělat, že stejně cvičit nebude. Na rehabilitaci nejezdí.“

8. Řeší příbuzní u pacienta bolest?

„Bolest řeší, s chytáním léků problém nemají...o úlevové poloze vědí, ale rady nerespektují...o ambulanci bolesti mají zájem, doporučuju to, ale využije to málokdo, protože tam nechtějí dojíždět. O stacionáři nevědí.“

9. Jaký je problém při komunikaci? (signalizační systém, logoped, paměť, psycholog, kněz)

„Používají bezdrátový zvonek nebo pacient volá...často si pacienti stěžují na rodinu, že se o ně nestarají...Psychologa nevyužívají a na kněze se mne neptali.“

10. Absolvoval rodinný příslušník, starající se o klienta po CMP, odborný kurz, seminář týkající se péče pacienta po CMP?

„Ne.“

11. Mají rodinní příslušníci informace týkající se péče pacienta po iktu?

„Mají nějaké letáky, jinak ode mne.“

12. Vědí rodinní příslušníci o dalších nabízených službách organizace?

„O něčem vědí, využívají hodně respitní péči a pečovatelskou službu, denní stacionář ne.“

13. O které kompenzační pomůcky se pacienti a jejich rodiny zajímají a které využívají?

„Nejvíce si půjčují lůžko.“