



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sociální potřeby a jejich saturace v léčbě cévní mozkové příhody

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Eva Červenková

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Sociální potřeby a jejich saturace v léčbě cévní mozkové příhody*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1.6.2020

.....

Červenková Eva

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Lence Šedové Ph.D. za odborné rady, čas a ochotu, které věnovala tomu, aby tato práce mohla být zrealizována. Dále bych ráda poděkovala nemocnici Tábor a.s. za možnost provedení části výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině a přáteli, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Sociální potřeby a jejich saturace v léčbě cévní mozkové příhody

Abstrakt

Cévní mozková příhoda neboli mozková mrtvice je onemocnění, u kterého dochází ke ztrátě funkce mozku, je způsobeno odumřením mozkových buněk. CMP se rozděluje nejčastěji do dvou hlavních skupin, a to ischemické a hemoragické. Tyto dva typy se od sebe liší, je velmi důležité včasné odhalit o jakou mozkovou mrtvici se jedná, aby se zahájil správný postup léčby, který je u obou těchto typů zcela odlišný. Projevy mozkové mrtvice bývají často dramatické a vyžadují okamžitou lékařskou pomoc. Mezi nejznámější příznaky tohoto onemocnění řadíme například ochrnutí, ztrátu vědomí nebo spadlý koutek. U většiny případů lidí, jež postihne toto onemocnění dochází k poruchám uspokojování jejich potřeb, a to může vést ke zhoršení průběhu léčby, nebo narušení jejich psychické rovnováhy. U pacientů se řídíme tzv. Maslowovou pyramidou potřeb, ve které najdeme fyziologické i sociální potřeby. U takto nemocných lidí se často řeší problematika sociálního uspokojení.

Cílem této teoretické části bakalářské práce je přiblížení onemocnění cévní mozkové příhody. Jaká je jeho příčina, jak se rozděluje, jaké jsou dostupné léčebné metody, nebo jaké jsou hlavní příznaky tohoto onemocnění. Dalším cílem teoretické části je shrnutí poznatků o sociálních potřebách člověka a zároveň přiblížení lidských potřeb obecně.

Praktickou část své bakalářské práce jsem dělala v Nemocnici Tábor a.s. na neurologickém oddělení, kde mi byl umožněn výzkum. Tuto část jsem prováděla metodou rozhovorů se zdravotními sestrami, které na tomto oddělení pracují, a pozorování zdravotnického personálu. Cílem výzkumu bylo získání dostatečných informací o tom, jakým způsobem se zdravotnický personál snaží pomoci pacientům, jež prodělali cévní mozkovou příhodu, s uspokojením jejich sociálních služeb. Dalším bodem bylo zjištění, které sociální potřeby u těchto pacientů jsou nejčastěji zastoupené. V neposlední řadě bylo cílem, získat informace o tom, jakým způsobem zdravotnický personál tyto potřeby monitoruje sociální potřeby u pacientů po cévní mozkové příhodě.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda, sociální potřeby, saturace, monitorace

Social Needs and Their Saturation in the Treatment of Stroke

Abstract

Stroke is a disease in which brain function is lost due to the death of brain cells. Stroke is most often divided into two main groups; ischemic and hemorrhagic. These two types are different and it is very important to detect right type of stroke very early to start the correct procedure. The procedures are completely different for both types. Manifestations of stroke are often dramatic and require immediate medical attention. The most well-known symptoms of this disease include for example, paralysis, loss of consciousness or a fallen corner. In most cases, people who have this disease, could have problem with meeting their needs and this can lead to worse therapy or disturbance of their mental balance. We follow, in patients, the Maslow pyramid of needs in which are social and physiological needs. By such sick people is often problem with social needs.

The aim of this theoretical part of the bachelor's thesis is to approach the disease of stroke. What is its cause, how is it divided, what are the treatment methods available, or what are the main symptoms of this disease. Another goal of the theoretical part is to summarize the knowledge about personal social needs and at the same time to approach human needs in general.

Practical part of the bachelor's thesis were done in Tábor hospital at the neurology department where I was allowed to do the research. This part were done by investigating the medical staff and interviewing the nurses working in this department. The objective of the research was to obtain enough information how the staff try to help patients who has suffered a stroke with their social needs. Next goal was to find out which social needs of these patients are most often represented. Last goal was to obtain information how the medical staff monitors social needs by patients after a stroke.

Keywords:

Stroke, social needs, saturation, monitoring

Obsah

Obsah.....	6
Úvod.....	9
1. Cévní mozková příhoda	10
1.1 Popis a projevy CMP	10
1.2 Rozdělení CMP	11
1.3 Příčiny	12
1.4 Rizikové faktory vzniku CMP	12
1.5 Diagnostika CMP	13
1.6 Léčba CMP.....	13
1.6.1 Léčba akutního stádia ischemické CMP.....	15
1.6.2 Léčba akutního stádia hemoragické CMP.....	16
1.7 Prevence CMP.....	17
1.7.1 Primární prevence CMP	17
1.7.2 Sekundární prevence CMP	17
1.8 Komplikace CMP.....	18
1.9 Následky CMP	18
2. Lidské potřeby.....	21
2.1 Potřeby člověka.....	21
2.2 Definice potřeb.....	21
2.3 Motivace.....	22
2.4 Rozdělení potřeb člověka.....	23
2.4.1 Potřeby člověka dle R. Kohoutka.....	23
2.4.2 Potřeby člověka dle H. A. Murrayho.....	24
2.4.3 Potřeby člověka dle A. H. Maslowa.....	25
3. Sociální potřeby	27
3.1 Složky sociálních potřeb	27

3.2	Monitorace sociálních potřeb	28
3.3	Uspokojení sociálních potřeb člověka	30
3.4	Důsledky neuspokojení sociálních potřeb člověka	31
4.	Výzkumná část	33
4.1	Cíle práce	33
4.2	Výzkumné otázky.....	33
4.3	Výzkum a metodika	33
4.3.1	Rozhovor	34
4.3.2	Pozorování.....	34
4.4	Výzkumný vzorek	34
5.	Zpracování dat.....	35
5.1	Zpracování dat rozhovoru	35
5.1.1	Následná péče	35
5.1.2	Sociální potřeby	36
5.1.3	Důvod saturace	37
5.1.4	Strádání.....	37
5.1.5	Monitorace.....	38
5.1.6	Saturace	38
5.1.7	Faktory ovlivňující saturaci.....	39
5.2	Zpracování dat z pozorování	40
5.2.1	Navazování kontaktu	40
5.2.2	Monitorace sociálních potřeb	41
5.2.3	Saturace sociálních potřeb	42
5.3	Vyhodnocení výsledků získaných dat.....	44
6.	Diskuse.....	46
7.	Závěr	50
8.	Seznam zdrojů.....	52

9. Přílohy	57
9.1 Ukázka otevřeného kódování	57
9.2 Seskupení kódů do kategorií	61

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože mi přišlo zajímavé a jeho problematika je velmi často řešená. Cévní mozkové příhody (CMP) jsou nejčastější příčinou úmrtí v České republice (ČR). Udává se, že četnost lidí, kteří podlehnou této nemoci, je větší, než u lidí s infarktem myokardu (IM). I přesto, že úmrtnost postupně klesá, mortalita v ČR na toto onemocnění je mnohem vyšší než v jiných zemích (Bruthans, 2019). Na internetových stránkách zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra České republiky se uvádí, že počet lidí, který postihne CMP, se pohybuje okolo 30 000 ročně (ZP MV ČR, 2019).

Cévní mozkové příhody patří mezi celosvětově nejrozsáhlejší onemocnění, které se v naší populaci vyskytuje a má závažné dopady na sociální žití postižených jedinců. Zásadním problémem u takto nemocných lidí je narušení jejich životního stylu a následné zhoršené začleňování jedince zpátky do společnosti. Může to mít nepříjemný dopad i z hlediska pracovního. Člověk nemusí být schopen návratu do pracovního procesu, a tak musí být zvažena možnost změny zaměstnání, pokud to zdravotní stav jedince umožňuje. Tyto aspekty mohou mít za následek i zhoršenou lidskou psychiku, která může zapříčinit zhoršený proces léčby. Je velmi důležité u tohoto onemocnění zahájit včasnou léčbu, a tím minimalizovat trvalé následky způsobné cévní mozkovou příhodou u člověka (Šeblová, Knor, 2018).

U lidí, kteří prodělali CMP se mění především jejich hierarchie potřeb, a proto je důležitá jejich saturace. Často se setkáváme s tím, že u pacientů po prodělané CMP dochází k sociálním důsledkům na základě jejich onemocnění. Příkladem může být situace, kdy nemoc člověku způsobí neschopnost vykonávat jeho práci v plné míře, a tím to naruší jeho pozici v zaměstnání. Nadále se setkáváme s tím, že sociální důsledky se mohou vyskytovat i v rodině (Bártlová, 2005).

Abychom byli schopni pochopit důležitost socializace u takového pacienta, je nutno znát problematiku v oblasti cévních mozkových příhod u lidí a její definici a jaké sociální dopady má na nemocného jedince a jeho rodinu.

V mé bakalářské práci se věnuji saturaci sociálních potřeb u pacientů s cévní mozkovou příhodou. Především se snažím zpracovat výsledky z mého výzkumu, jenž spočíval v pozorování zdravotnického personálu, jakým způsobem se snaží socializovat jednotlivé pacienty a následně provedeném rozhovoru se zdravotníky.

1. Cévní mozková příhoda

Než se budeme věnovat sociálním potřebám a jejich saturaci, je důležité abychom si přiblížili onemocnění cévní mozkové příhody, a proto se v této kapitole budu věnovat všeobecným znalostem o této chorobě, přičemž poté budeme schopni spíše porozumět potřebám sociálním, které člověk má v nemoci, a které je nutné kompenzovat, aby nedocházelo k sociálnímu strádání.

1.1 *Popis a projevy CMP*

Mozková mrtvice se řadí mezi hlavní příčiny ochrnutí, či úmrtí jedinců, jež toto onemocnění postihne (Rodgers, 2013).

Světová zdravotnická organizace „WHO“ definuje cévní mozkovou příhodu jako rychle se rozvíjejícího ložiskovou CMP, kdy neurologický deficit přetrvává déle než 24 hodin (Bhatia, 2010).

CMP nebo často používaný název iktus, se řadí mezi závažné stavy, kdy je postižena část mozku nebo jeho celku na podkladě porušeného krevního oběhu v mozku, který může být zapříčiněn poruchou dodávky kyslíku, tzv. porucha prokrvení, anebo poškodí mozek mechanicky, tzv. výronem krve (Kalita, 2010). Tyto dva způsoby poruchy jsou velmi závažné pro stav člověka, a proto je zapotřebí znát možné projevy, které se mohou u lidí vyskytovat.

CMP je charakterizována náhle vzniklou slabostí či se projevuje zhoršenou citlivostí nebo se vyskytne obrna. Někdy se setkáváme i s poruchami řeči, kdy se člověk nedokáže vyjádřit či má potíže s výběrem slov nebo se vyskytují zrakové problémy, a to na podkladě nedostatečného krevního zásobení do určité části mozku (Nair a Peate, 2017).

Příznaky u CMP se mnohdy objevují velmi rychle, či naopak velmi pomalu s pozvolným nástupem v průběhu spánku. Mezi rychle objevující se příznaky řadíme ochrnutí a bezvědomí. Často u projevů CMP záleží na tom, jakým způsobem dochází k patologickým změnám. Dále na rozsahu a lokalizaci poškození části mozku (Kejklíčková, 2011).

Mezi příznaky se řadí náhlá bolest hlavy, která byla pro člověka doposud neznámá, protože nikdy před tím se s ní nesetkal (Kalita, 2010).

Při zjištění příznaků CMP se provádí screeningové testy. Například se používá Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) (Kulišťák, 2017).

Test FAST – Test se řadí mezi jednoduchý způsob, jakým lze detekovat nejčastější známky CMP. Je tvořen snadnými otázkami. F se označuje jako obličej (face v anglickém znění), kdy se podíváte na pacienta a zhodnotíte, zdali nemá spadlý koutek. A je zkratka pro paži (arm v anglickém znění), hodnotí se možnost člověka zdvihnout obě paže. S se označuje jako řeč (speech v anglickém znění), sleduje se schopnost člověka porozumět nebo mluvit. T je čas (time v anglickém znění), který je rozhodující. V okamžiku zjištění příznaku je nutné vyhledat lékařskou pomoc (Nair a Peate, 2017).

Všechny tyto výše uvedené příznaky se mohou vyskytnout u člověka, kterého postihne CMP, zároveň jsou alarmující pro vyhledání okamžité lékařské pomoci, která je v tomto případě velmi nutná a musí být včasná, protože rozhoduje o následcích a rozsahu, které toto onemocnění v životě postiženého jedince způsobí.

1.2 Rozdělení CMP

Cévní mozkovou příhodu rozdělujeme do dvou hlavních skupin. Z 80 % se jedná o akutní ischemické příhody a z 20 % o hemoragické mozkové příhody. Dále se CMP dělí podle průběhu. Pokud se jedná o TIA (transientní ischemický neurologický deficit), znamená to, že je to epizoda ložiskových příznaků na podkladě nedostatečného zásobení mozku krví, avšak mizí do 24 hodin bez reziduí. RIND (reverzibilní ischemický neurologický deficit) je tzv. obdobou TIA, avšak v rozdílu, že je bez následků do jednoho týdne. Tyto dva deficity se řadí mezi varovné signály přicházejícího iktu (Seidl a Obenberger, 2004).

Cévní mozkovou příhodu rozdělujeme na ischemickou, která je nejčastější a hemoragickou, která není tak častá. Ischemická cévní mozková příhoda je zapříčiněna trombotickým uzávěrem tepny či mozkovým infarktem, který je způsoben hypoperfúzí mozku (Šeblová a Knor, 2018).

Ischemickou cévní mozkovou příhodu neboli mozkový infarkt definujeme jako náhle se rozvíjející klinické projevy ložiskového poškození mozku, které převážně trvají déle než 24 hodin nebo vedou ke smrti mozku. (Hutyra, 2011)

Hemoragická cévní mozková příhoda je onemocnění mozkových cév (Kalvach, 2010). U tohoto typu dochází k ruptuře cévy v mozku, a tím vzniká krvácení do mozku (Nair a Peate, 2017).

1.3 Příčiny

Nejčastější příčiny vzniku CMP jsou uzávěry mozkové tepny, které zásobují krví danou část mozku. Ve většině případů může dojít k uzávěru některých hlavních tepen Willsonova okruhu, a to nejčastěji uzávěru střední mozkové tepny. K těmto příčinám patří ateroskleróza, kdy se uzavírá tepna v oblasti vnitřní krkavice (ACI) a střední mozkové tepny (ACM). Dále sem řadíme embolizaci, kdy dochází k uzávěru v oblasti mozkové tepny. Jako poslední se jedná o mikroangiopatii, kdy dochází k uzávěru u drobných mozkových tepen. (Hutyra, 2011).

Ischemickou CMP můžeme rozdělit podle příčin vzniku na lokální, která způsobuje ložiskovou ischemii, anebo celkovou, která způsobí difuzní hypoxii (Rokyta, 2015).

Pokud hovoříme o lokálních příčinách, ty mohou být způsobeny například aterosklerózou, která je nejčastější u tohoto typu. Způsobuje stav, ve kterém dochází ke vzniku nástěnných ateromatózních plátů, tzv. trombů, který způsobují stenózu dané tepny či ji i plně uzavřou. Pokud dojde k odtržení části trombu, vznikne CMP v důsledku embolizačního mechanismu (Rokyta, 2015).

Mezi celkové příčiny ischemické CMP řadíme poruchy dodávky kyslíku, které způsobují poškození mozku. Řadí se sem systémová hypoxie, například na základě respiračních příčin, nebo hypoxie při anemii (Rokyta, 2015).

Na podkladě hemoragické CMP dochází k ruptuře rozšířené cévy, tzv. aneurysma (ohraničené rozšíření tepny) anebo také k ruptuře abnormálně vyvinutých cév v mozku (Nair a Peate, 2017).

1.4 Rizikové faktory vzniku CMP

Mezi rizikové faktory řadíme například faktory aterogenní, které podporují vznik a rozvoj aterosklerózy. Mezi tyto faktory patří například zvýšený krevní tlak nebo zvýšená hladina lipidů v krvi nebo cukrovka (Mohr, 2011).

Rizikové faktory pro vznik CMP můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Výhodou u ovlivnitelných rizikových faktorů je možnost jejich potlačení či usměrnění, tím se zamezí vzniku CMP nebo se sníží její riziko. Mezi tyto faktory řadíme například

poruchy krevního tlaku, srdeční choroby či diabetes mellitus. Dále kouření, obezitu spojenou s nedostatečným pohybem a alkohol. U žen bývá rizikovým faktorem hormonální antikoncepce (Kalvach, 2010).

K neovlivnitelným rizikovým faktorům, kterým není možno nijak zabránit, spadá postupně stoupající věk, pohlaví a genetická dispozice (Kalvach, 2010).

Je důležité neopomenout fakt, že některé faktory jsou stejné pro patogenetické typy anebo podtypy iktu, jako je například hypertenze a kouření, které jsou stejné pro ischemickou CMP a hemoragickou CMP. Jiné faktory jsou naopak specifické pro daný typ iktu, jako například fibrilace síní pro ischemickou CMP (Kalvach, 2010).

1.5 Diagnostika CMP

Za pomoci přesné diagnostiky onemocnění CMP se odvíjí vhodné postupy léčby. Aby došlo ke zvolení správného léčebného postupu, je zapotřebí znát přesný druh CMP. V dnešním vyspělém zdravotnictví je mnoho způsobů, kterými lze detekovat druh a rozsah poškození mozku onemocněním CMP, a proto je nutné provést určité specifické typy vyšetření mozku.

U CMP je nejčastějším diagnostickým způsobem právě vyšetření CT mozku. Na základě tohoto vyšetření je možné spolehlivě vyloučit krvácení do mozku, avšak problematická je naopak detekce ischemických změn. V dnešní době v souladu s vývoji nových CT přístrojů došlo ke zkvalitnění této vyšetřovací metody a zároveň ke zlepšení zobrazení pořizovaných snímků mozku (Hytura, 2011).

Diagnostika u CMP vychází z celkového klinického zhodnocení pacienta, jako je anamnéza či kompletní neurologické vyšetření. Základem u diagnostiky CMP jsou zobrazovací vyšetřovací metody, kam patří CT (počítačová tomografie) mozku, dále MR (magnetická rezonance) a u ischemické CMP je důležitá ultrazvuková diagnostika, CT angiografie, MR angiografie. U hemoragické cévní mozkové příhody je důležité zjistit lokalizaci krvácení, k tomu slouží angiografie (Bartůněk et. al., 2016).

1.6 Léčba CMP

Základem u tohoto onemocnění je včasné nasazená léčba. Správné určení léčebného postupu je závislé na čase, tzv. terapeutickém okně (doba od iktu do stanovení diagnózy). Pro léčbu CMP se využívá převážně trombolýza, která vyžaduje specializovanou

jednotku intenzivní péče (JIP), kde bude postiženým jedincům poskytnuta veškerá nezbytná péče, již potřebují (Seidl a Obenberger, 2004).

Léčba CMP musí být na základě přesné diagnostiky správně zvolena a včasně zahájena. Pokud dojde k včasnému zakročení, zmírní se důsledky spojené s tímto onemocněním, například v oblasti bio-psycho-sociálních potřeb člověka (Kalita, 2010).

Mezi základní léčbu u CMP řadíme tzv. trombolýzu, která spočívá ve vpravení léku pomocí infúze s trombolýtickým účinkem, tzn. že rozpouští krevní sraženinu, do organismu. Avšak tento způsob léčby není indikován u všech pacientů (Kalita, 2010). Intravenózní trombolýza u ischemické cévní mozkové příhody se provádí rekombinantním tkáňovým aktivátorem plazminogenu (rhu t-PA), nejčastějším zástupcem léku s trombolýtickým účinkem je Actilyse, ale tento lék se může podávat do 4,5 hodiny od vzniku prvních příznaků nástupu CMP (Martínková, 2018).

Poté se volí léčba chirurgická, například u hemoragické CMP, kdy se pomocí chirurgického zákroku odstraní hematom (Kalita, 2010).

Nezbytně nutnou součástí v léčbě CMP je komplexní rehabilitace. Pokud dojde k jejímu včasnému zahájení, je možné snížit míru případné invalidity u člověka po CMP, a tím mu usnadnit návrat do každodenního života a zlepšit mu možnost plnění jeho potřeb a jejich složek (Kalita, 2010).

S rehabilitací úzce souvisí tzv. ergoterapie, která napomáhá lidem provádět každodenní činnosti, a má za cíl pomoci pacientovi dosáhnout jeho maximální soběstačnosti a nezávislosti v jeho každodenních činnostech (Preiss a Kučerová, 2006). Na podkladě včasné zahájené rehabilitační či ergoterapeutické léčby se v mnoha případech snižuje riziko vzniklých následků, které mohou ovlivnit člověka a jeho běžný život ve společnosti. V České republice existuje například sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách, které svou dobrovolnickou činností napomáhají ke zkvalitnění péče právě o pacienty po CMP. V souvislosti s takovouto možností se může zároveň zlepšit a snížit míra sociálního strádání u pacientů po CMP.

Úspěšnost léčby také záleží na vzájemné spolupráci zdravotníka a pacienta. Ta může být narušena v důsledku nesprávné komunikace. Řadí se sem nedostatečná informovanost pacienta, kdy s ním lékař neřeší případné obavy, které vznikají v důsledku onemocnění a hospitalizace (Ptáček a Bartůněk, 2015).

S průběhem léčby také souvisí povinnost zachování lékařského tajemství o zdravotním stavu pacienta. K narušení dojde v momentě, kdy i přes lékařskou přísahu a

výslovné přání pacienta bude mlčenlivost porušena a informace se dostanou k cizí nebo blízké osobě bez vědomí pacienta. V tomto případě může dojít ke ztrátě důvěry v lékaře, nebo k narušení pocitu bezpečí a jistoty, že se žádné informace o je stavu nedostanou k cizí osobě. Důsledky mohou zasáhnout i do psychického prožívání jedince (Ptáček a Bartůněk, 2015).

Komunikace s rodinou může pomoci pro správnou edukaci, jakým způsobem mohou vhodně stimulovat pacienta (Kulišťák, 2017). Na základě dostatečné informovanosti o dalších postupech léčby, či dalších intervencí, jež zdravotnický personál bude provádět, se sníží míra vzniku stresové zátěže u pacienta i jeho rodiny. Proto se apeluje na to, aby do průběhu léčby byla zasvěcena i rodina nebo někdo z rodiny, jemuž bude uděleno právo od pacienta na informace o jeho zdravotním stavu. Člen rodiny či přítel je v léčebném procesu obrovskou psychickou oporou pro pacienta.

1.6.1 Léčba akutního stádia ischemické CMP

U akutní fáze ischemické CMP je důležité stabilizovat pacienta a zároveň podchytit možné komplikace, které mohou ovlivnit míru poškození výsledného neurologického postižení. Mezi tyto kroky zahrnujeme oběhovou stabilizaci a dostatečnou oxygenaci. Důležitá je i prevence žilního trombembolismu a zároveň prevence aspirační pneumonie a terapie poruch polykání (Hytura, 2011).

U léčby ischemické CMP je důležité zajištění vitálních a neurologických funkcí.

Často se lidé převážejí do speciálních iktových center, která jsou plně vybavena pro tyto případy. Důležitá je také péče o dýchací cesty a kardiovaskulární systém. Vždy je nutné pacienta léčit komplexně včetně přidružených onemocnění a komplikací spojených s CMP. Například hypertenze, kdy je nutná korekce krevního tlaku (Školoudík, 2013).

V České republice byla v roce 2010 zřízena síť komplexních cerebrovaskulárních a iktových center, která poskytuje specializovanou péči pacientům s iktem. Iktové jednotky jsou přizpůsobené pro lidi s onemocněním CMP, či jiným cerebrovaskulárním onemocněním, kdy je umožněno poskytovat adekvátní péči, související s terapií, monitorací všech vitálních funkcí a zároveň hodnocení neurologického stavu pacienta (Hytura, 2011). V České republice jsou dvě úrovně péče. Jako první je tzv. centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče. Druhé je tzv. centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem, dříve se o tomto hovořilo jako o iktovém centru.

Veškerá zdravotnická zařízení, která získají statut centra, musí splňovat přísná pravidla a podmínky tak, aby opravdu poskytovaly komplexní péči pacientům (Šeblová a Knor, 2018).

Pokud dojde k počátku příznaku CMP, je možné do 4,5 hodin aplikovat tzv. rekombinantní tkáňový plasminogenní aktivátor (rtPA), což je látka, která napomáhá rozpadu vzniklé sraženiny, a tím napomáhá obnově průtoku krve v cévách. Poté je možné podávat tzv. antiagregační medikamenty, které snižují agregaci trombocytů a zároveň zamezují tvorbě trombu, například kyselinu acetylsalicylovou v případě, kdy nejsou indikovány antikoagulanty či trombolitika (Školoudík, 2013).

Mezi zástupce antikoagulační léčby se řadí warfarin, heparin a nový rivaroxaban (Nair a Peate, 2017). Důležitou součástí tohoto způsobu léčby je hemokoagulační vyšetření krve, kdy se provádí pravidelná monitorace hladiny INR (protrombinový čas), kdy cílová hladina INR je v rozmezí 2,0 – 3,0 (Vráblík a Marek, 2019). Zásad u podávání warfarinu je několik. Při počátku léčby se podává warfarin společně s heparinem, a to po dobu minimálně 5 dnů, kdy je vhodné zahajovat léčbu spíše s nižší dávkou. Součástí je i dostatečná informovanost pacienta o zásadách správného užívání antikoagulantů, nedílnou složkou je informovanost praktického lékaře (Souček a kol., 2011).

Další možností léčby, kdy se objeví první příznaky CMP od nástupu do 6 až 8 hodin, je indikace intraarteriální terapie, tzv. mechanická rekanalizační metoda a zároveň podání léku rtPA. (Škoudlík, 2013). Mechanická rekanalizace je na bázi intraarteriálního vstupu pomocí mikrovodičů, které rozruší tromb a urychlí tak působení trombolitik (Kalvach, 2010).

1.6.2 Léčba akutního stádia hemoragické CMP

Léčba u hemoragické CMP v případě, že vznikla na podkladě zvýšeného krevního tlaku, se volí především symptomatická (Rokyta, 2015).

Další možností je neurochirurgická léčba, která má za cíl snížit intrakraniální tlak, a tak zamezit vzniku herniace. To znamená výhřez u mozkové tkáně a zároveň redukce okolní tkáně, která byla postižena edémem. V případě, kdy je hematoma uložen povrchově, je možné provést tzv. evakuaci hematomu pomocí mikro-kraniotomie (Šrámek, 2017).

1.7 Prevence CMP

Prevence je velmi důležitá a zároveň má obrovský význam v oblasti ovlivnění zdravotního stavu potencionálních kandidátů iktu. Prevenci rozdělujeme na primární, kdy se předchází vzniku CMP, a na sekundární, kdy se předchází dalšímu vzniku iktu (Čeledová a Čevela, 2017).

1.7.1 Primární prevence CMP

U primární prevence jsou důležitá režimová opatření, která eliminují vaskulární rizikové faktory. Ve většině případů se jedná o pravidelnou kontrolu krevního tlaku, protože je to nejčastější faktor u obou typů CMP. Další faktor, který se sleduje, je stav cholesterolu, kdy se doporučuje úprava životosprávy. U každého jedince, u kterého je riziko vzniku CMP, se doporučuje omezení kouření, snížená konzumace alkoholu, pravidelná fyzická aktivita (Marek et. al., 2019).

Diabetes mellitus spadá do rizikových faktorů CMP, protože u pacientů s tímto onemocněním je zvýšené riziko aterosklerózy. Správná léčba diabetu je jednou ze základních součástí prevence iktu (Čeledová a Čevela, 2017).

1.7.2 Sekundární prevence CMP

Okamžité a trvalé provádění účinných a vhodných strategií u sekundární prevence u pacientů s prvotní cévní mozkovou příhodou, může snížit zátěž mrtvice až o čtvrtinu (Hankey, 2014).

U sekundární prevence se klade důraz na režimová opatření, jako je zákaz kouření, snížená konzumace alkoholu, dieta s omezením soli a zároveň strava bohatá na vlákninu. Nadále se využívá farmakoterapie, jako je antiagregační a antikoagulační léčba. Někdy je možné provést i angioplastiku symptomatických stenóz magistrálních mozkových tepen (karotid) (Vráblík a Marek, 2019).

Ke snížení výskytu opakovaného CMP, se řadí i užívání léků ze skupin antihypertenziv a statinu (Guzik a Bushnell, 2017). Statiny se řadí v současné době, jako nejdůležitější pokrok v prevenci mrtvice. Jedná se o léky, které fungují převážně jako hypolipidemika. Studie statinů prokázaly, že každé snížení cholesterolu lipoproteinů o 1mmol/l odpovídá snížení rizika CMP o 21,1 % (Castilla-Guerra, et. al., 2016).

1.8 Komplikace CMP

K závažným komplikacím způsobených CMP se řadí edém mozku, který se pojí s rizikem mozkové smrti (Vokurka, 2018).

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni pro onemocnění CMP, se řadí k rizikovým pro pád. K riziku pádu v některých případech dochází ve chvíli, kdy se prokazují kvantitativní poruchy vědomí v klinickém obraze CMP. V případech i po prodělané CMP se pacienti počítají do rizikové skupiny pro pád v důsledku zmatenosti, či při narušení rovnováhy, citlivosti nebo vidění. Dále riziko pádů souvisí se spasticitou (Miertová, 2019).

Spasticita souvisí s reziduálním stavem pacienta po CMP, který se může projevovat jemnou ztrátou specifických dovedností nebo může dosahovat až závažné poruchy motoriky, sensoriky i řeči, včetně kognitivní dysfunkce. Nejčastější komplikací je hemiparéza, která postihuje ve většině případů obě končetiny, častěji horní končetiny. Pacient s hemiparézou horní končetiny je schopen chůze s občasou cirkumdukci, kdy dochází k postupnému ohýbání horní končetiny, vyvíjí se spasticita s akrální plegií, tedy ztráty hybnosti okrajových částí těla, jako například prstů horních končetin. Takovýto stav se stabilizuje převážně kolem několika týdnů až tří měsíců od jejich počátku (Zvoníková a kol., 2010). Během doby trvání, než dojde ke stabilizovanému stavu pacienta, mohou tuto komplikaci doprovázet psychické důsledky, jež ovlivňují změny chování u jedince. V mnoha případech se volí následná léčba spočívající v rehabilitaci či zvolené ergoterapii.

Mezi komplikace spojené s tímto onemocněním řadíme například deprese, kdy člověk může pociťovat beznaděj na základě toho, že není schopen vykonávat běžné každodenní činnosti (Kalita, 2010). Někdy se takový člověk může cítit jako méněcenný pro sebe i své okolí a zhoršuje se mu jeho zpětná integrace do společnosti.

Další častější komplikací může být například vznik epilepsie, či prodělání epileptických záchvatů. Je všeobecně známo, že epilepsie je v dnešní době dobře léčitelnou nemocí (Kalita, 2010).

1.9 Následky CMP

U člověka, který prodělal CMP, je důležité mít přehled o možných následcích spojených s tímto onemocněním. Mezi časté důsledky CMP řadíme poruchy řeči, kdy nemocný ztrácí schopnost porozumění řeči druhých osob. Dalším a zároveň velmi známým úkazem tohoto onemocnění je jednostranné ochrnutí. Toto ochrnutí s sebou nese

i jiné komplikace, a to především v oblasti zvládnání běžných denních činností, které člověk hůře zvládá či není schopný je vykonávat sám bez pomoci druhé osoby. Zároveň celkově zhoršenou kvalitu života, a to i v oblasti sociální. (Mlýnková, 2017).

V případě, že se jedná o poruchu řeči u pacienta po CMP, hovoříme o fatické poruše funkce. O afázii hovoříme jako o získaném poškození jazyka, které následně ovlivňuje schopnost člověka vyjádřit se, porozumět řeči, čtení a v neposlední řadě psaní. Uvádí se, že funkčnost komunikace se výrazně lepší ve chvíli, kdy se lidem s afázií dostává intenzivnější terapie. V porovnání s těmi, kterým tato terapie není umožněna v dostatečné míře. Je tedy zjevné, že pokud se člověku po prodělané CMP bude věnována intenzivnější péče a kvalitní následná rehabilitace, bude snadnější saturace potřeb pacienta (Brady, et. al., 2020). V důsledku následné rehabilitace a usnadnění komunikace pacienta dochází ke zmírnění komunikační bariéry, a tím se zmírňuje problém postiženého jedince se dorozumívat se svým okolím.

U pacientů po prodělané CMP se vyskytuje i bariéra ve schopnosti rozpoznání obličeje druhé osoby, tedy porucha zvaná prozopagnozie. Pro člověka, který žije plnohodnotný život, je rozpoznávání obličejů druhých lidí běžnou každodenní složkou života, avšak v případě, že dojde k narušení této schopnosti v souvislosti s CMP, se u pacienta dostavuje úzkost a vyskytují se i negativní dopady na sociální život. V několika málo publikovaných případech této poruchy, projevující se u pacientů po CMP, došlo k cílené rehabilitaci, kdy se ukázalo, že tato porucha je rezistentní vůči léčbě. V těchto případech se došlo k závěru, že pokud se prozopagnozie nalezne u pacienta po CMP, měla by se poskytnout následná rehabilitace zaměřená zejména na podporu a rozšíření dalších kompenzačních strategií. Ty pak pomohou pacientovi s rozpoznáváním osob, což je obzvláště důležité pro sociální žití jedince (Cousins, 2015).

Dalším typem poruchy řeči je tzv. dysartrie, která způsobuje u člověka špatnou artikulaci. Tím se dostává do situace, kdy druzí lidé, jež s ním přicházejí do kontaktu, mají problém s porozuměním, co jim chce sdělit (Palmer, 2013). Tyto problematiky narušují pacientovi sociální žití v oblasti pracovního, či rodinného kruhu.

Onemocnění CMP a jeho následky zasahují především do rodinného života. Například v partnerském životě dochází k narušení jejich vzájemného soužití. Dle výzkumů, jež se zabývají partnerskými vztahy u lidí, kteří žijí s protějškem, který prodělal CMP, se uvádí, že důležitý je vztah mezi partnery. Pokud se lidé nacházejí ve stabilním manželství, kdy si dokážou být oporou, vede to k lepšímu zotavovacímu procesu a

návratu postiženého jedince do běžného života. Avšak v některých případech, kdy partneři nejsou schopni zvládat nápor, který se pojí s tímto onemocněním, se mohou dostavit psychické potíže u pečujícího jedince. Zároveň se u postiženého může objevit pocit ohrožení, kdy se naruší jeho potřeba pochopení (Palmer, 2013). Postižený jedinec touží, aby jeho partner, či okolí chápalo, v jaké situaci se ocitá.

Z hlediska následků způsobených iktem, se narušují i sociální vztahy člověka. Někdy je nucen změnit své zaměstnání. Po prodělané CMP dochází k omezení některých činností, které před nemocí prováděl zcela běžně. Často nastane situace, kdy pacient těžce nese změny v oblasti trávení svého volného času nebo mu je znemožněno pokračovat ve společenských a kulturních aktivitách (Bártlová, 2005). V tomto případě je narušena pacientova potřeba sounáležitosti, kdy má touhu někam patřit, být mezi lidmi a zapadat do okolí.

V oblasti zaměstnání se posuzuje pracovní schopnost člověka. Hodnotí se především motorická, senzorická, řečová a kognitivní složka. Například u lidí, kteří po CMP trpí hemianopií, což se označuje jako vada zraku, kdy má postižený jedinec znemožněné čtení. Tato vada velmi omezuje schopnost návratu do zaměstnání. U malé části lidí je možnost návratu do zaměstnání, kdy budou vykonávat méně náročnou práci. V jiném případě, kdy je rozsah poškození mozku v důsledku CMP mnohem větší, je člověk neschopen vykonávat práci. V tomto okamžiku se stává invalidním (Zvoníková, 2010). Následek nezaměstnanosti může vést člověka k sociální izolaci od okolí, a tím narušit jeho psychické vnímání své osoby.

Je důležité vědět, že člověku při CMP se mění jeho sociální stav spojený se změnami životního stylu, či se zcela naruší jeho sociální postavení. To může vést k psychickým poruchám, a proto je podstatné, aby se zdravotnický personál zaměřil na aktivizaci pacienta a zároveň i na jeho socializaci (Slezáková, 2014). U takto nemocných jedinců dochází k velkému náporu na jejich psychiku. Mnohdy se chovají nepříjemně vůči zdravotnickému personálu i rodině, avšak v takovýto okamžik by zdravotníci či rodina měli tolerovat výkyvy nálad postiženého.

2. Lidské potřeby

Potřeba člověka se vyskytuje v každodenním dění, u každého jedince. Člověk má odlišné potřeby, avšak ty základní jsou pro všechny jednotné. Všichni mají potřebu jídla, pití a vyprazdňování. Potřeby, které se získávají v průběhu života, jsou jiné, nesjednocují se s těmi u ostatních lidí, mimo společenských zájmů, kdy vzniká stejná nebo podobná touha u jednoho a více lidí zároveň. U člověka, který se ocitá ve stavu nemoci, dochází ke změnám v oblasti jeho potřeb. U lidí s CMP dochází k narušení všech jeho bio-psycho-sociálních potřeb, které má, avšak převážně mu to naruší jeho sociální žití.

2.1 Potřeby člověka

Zdravotnický personál by měl k člověku přistupovat jako k osobě holistické. Je nutné brát jej jako celek a zaměřovat se na jeho potřeby ze široka a snažit se napomoci v jejich uspokojení. Všichni zdravotníci by se měli zaměřovat na člověka a jeho bio-psycho-sociální potřeby komplexně, protože pokud nedochází k uspokojování všech potřeb, jedná se o tzv. řetězec, kdy nedostatečné uspokojení jednoho okruhu a všech jeho částí ovlivní druhý okruh potřeb včetně jejích složek a ty následně okruh třetí. Tím dochází k neúplnému naplnění všech potřeb nutných k navrácení zdraví či jeho zlepšení u nemocného jedince (Trachtová, 2013).

2.2 Definice potřeb

Lidské potřeby definujeme jako stav, který vzniká z pocitu nedostatku či přebytku nějaké jejich části (Šamánková, 2011).

Potřeba člověka vzniká v důsledku jakéhosi nedostatku, a to se může projevit i na stavu lidské psychiky. Vždy je nutné si uvědomit, že každý z nás uspokojuje své potřeby dle svých zvyklostí a způsobem, jenž je pro něj nejpřívetivější (Trachtová, 2013). V nemocnici se často setkáváme s tím, že lidské potřeby se mění, a proto je nutné, aby docházelo k jejich saturaci (naplnění) a ke zlepšení u léčby nemocného jedince.

Je důležité si uvědomit, že lidské potřeby se s postupem času u člověka mění. Zároveň s nimi se mění i touhy a přání. Dotyčný si stanovuje i nové cíle. To všechno se mění v průběhu života každého jedince (Dušová, 2019).

Lidské potřeby se především mění i v průběhu nemoci člověka. Jiné se vyskytují ve stavu úplného zdraví, a naopak ve stavu narušení organismu bytosti se přehodnocují

priority. Důležitou součástí k dosažení uspokojení potřeb pacienta je správná motivace, jež napomáhá ke zvládnání těžkých životních situací, jako je například onemocnění CMP.

2.3 Motivace

Motivace je chápána jako vnitřní síla jednání každého jedince. Mnohdy se o ní hovoří jako o potřebě právě ve chvíli, kdy dochází k určitému postrádání nějakého předmětu, či nedostatečnému uspokojení nějaké potřeby (Říčan, 2010).

Motivace se především označuje jako potřeba. Jedná se o intrapsychický proces, jenž má své jádro ve vnitřní a vnější situaci každého z nás. Vnitřní situace, která ovlivňuje jedince, je stav, kdy člověk hladoví, a v této fázi se objeví potřeba jídla. Vnější situace je ovlivněna faktory z vnějšího prostředí, jako například finanční příjem ze zaměstnání, to je tzv. potřeba ekonomického zabezpečení (Plevová, 2011).

Motivace je často propojena s lidskými emocemi nebo s emočním prožíváním. Emoce je odrazem průběhu celého procesu. Slouží jako regulační aspekt a je schopna poskytnout informace o stavu těchto potřeb (Vágnerová, 2016).

Lze konstatovat, že motivace velmi úzce souvisí s potřebami člověka ve zdraví i v nemoci. Pokud člověk ve stavu úplného zdraví má nějaký stanovený cíl, touhu čehosi dosáhnout, vytváří si vlastní motivaci pro naplnění této potřeby. Od motivace se odvíjí jednotlivé motivy, které člověka pohánějí k dosažení svých plánů. Jako formy motivů chápeme jednotlivé potřeby člověka. S motivací souvisí snaha po uspokojení potřeby, ta aktivuje jedince k činnosti pro dosažení stanoveného cíle. V momentě, kdy se člověk ocitá ve stavu nemoci, se mění i jeho potřeby a s nimi i motivace. V tomto případě právě zdravotnický personál zastává nápomocnou roli pacienta a snaží se mu vyhledat cestu k uspokojení jeho potřeb (Šamánková, 2011).

U člověka, kterého postihne onemocnění CMP, či je to člověk s jiným vážným onemocněním, je důležitou složkou ta pravá motivace pro naplnění potřeb. V této těžké životní situaci je pro pacienta podstatná pomoc od zdravotnického personálu a zároveň jeho rodiny, aby mu napomohli ke správné motivaci, a tím mohlo dojít k uspokojení všech jeho potřeb.

2.4 Rozdělení potřeb člověka

Lidskými potřebami se zabývalo mnoho významných osobností, jež přispěly svými poznatky o těchto potřebách nejen do zdravotnictví, ale i do psychologie. Na podkladě jejich výzkumů a teorií se poté vytvářely další koncepty lidských potřeb. V mnohých případech se rozdělení potřeb člověka shodují, avšak každá osobnost, jež se zapsala do historie z důvodu svých provedených výzkumů, uvádí odlišná rozdělení potřeb.

V mnoha literaturách se uvádí základní lidské potřeby jedince, jež se označují jako nejdůležitější. Jejich základní rozdělení se dělí na biologické, které vyplývají z podstaty člověka a jsou pro něj základními, jako je například potřeba potravy či tekutin (Šamánková, 2011).

Jako další zástupce základních potřeb člověka se uvádí potřeba psychická, která je odvozena od prožívání. Tato potřeba vychází z individuálního vnímání člověka a jeho okolního světa (Šamánková, 2011).

Sociální potřeby se řadí mezi důležité složky potřeb pro člověka. Vychází ze zvyklostí, na které je jedinec zvyklý. Dále se odvíjí od společenských vztahů, které byly pro něj dříve běžné (Šamánková, 2011).

Duchovní potřeby jsou nedílnou složkou všech potřeb. Propojují se s člověkem s jeho vyznáním a cítěním, jež má vůči okolnímu světu a sobě samému (Šamánková, 2011).

2.4.1 Potřeby člověka dle R. Kohoutka

Rudolf Kohoutek je český psycholog, který se zabýval lidskými potřebami. Dle jeho názoru jsou potřeby nejdůležitější druh motivů pro chování a prožívání člověka (Urban, 2011).

R. Kohoutek uvádí, že lidské potřeby jsou provázány vnitřním duševním napětím, a v důsledku toho je člověk veden k určitému druhu chování. Hlavním cílem je uspokojit každou svou potřebu. Pokud k tomu dojde, zmírní se pocit vnitřního napětí (Kohoutek, 2009).

Jestliže nedochází k uspokojení potřeby, může se u člověka objevit tzv. frustrace (pocit zmarnění) nebo deprivace (strádání). Dlouhodobá frustrace či deprivace má nepříznivé dopady na lidskou psychiku, protože dochází k rozvratu duševní rovnováhy u člověka (Kohoutek, 2009).

R. Kohoutek uvádí nejčastější rozdělení potřeb včetně hodnot každého jedince na materiální, kulturní a na potřeby biologické a sociálně psychologické (Kohoutek, 2009).

Potřeby biologické – Ty jsou pro člověka vrozené, jako například potřeba spánku, potravy, vyprazdňování či sexuální touha (Kohoutek, 2009).

Potřeby sociálně-psychologické – Tyto potřeby jsou pro člověka do jisté míry získané. Řadí se sem potřeba citového vyžití, uznání či sociálního kontaktu a zároveň prožívání a poznávání. U potřeby citového vyžití neboli afiliace se u člověka projevuje touha po pocitu být v bezpečí či být chráněn. Potřeba uznání nebo sebeuplatnění je pro člověka velmi významná. Je chápána jako touha po dosažení pracovních či společenských úspěchů nebo jako touha po obdivu druhých lidí (Kohoutek, 2009).

2.4.2 Potřeby člověka dle H. A. Murrayho

Henry Alexander Murray byl americký psycholog, který vytvořil teorii osobnosti, jež vychází z určitého předpokladu, že komplex je tvořen jak potřebou, tak tlakem. Murrayho význam slova tlak ve spojení s potřebami se vyznačuje jako všechno, co prostředí vyžaduje splnit od daného jedince. Kdežto potřeba je v jiném případě chápána jako to, co člověk chce či čeho se snaží docílit a o co stojí (Šamánková, 2011).

Z hlediska psychologického vytvořil velmi vlivnou taxonomii potřeb a motivačních témat. S lidskými potřebami zároveň uváděl motivaci. Murray chápal lidskou motivaci jako interakci mezi potřebou a tlakem. Potřeby, jež člověk má, nám poukazují na dané situace, jak se v nich člověk projevuje a popřípadě proč se takto chová. Osobnostní rysy, které člověk má, nám říkají, jak to dělá a tlaky, které s nimi souvisí, ty naopak určují, jaký bude průběh chování za dané situace. Murray u tlaků rozlišoval dva typy (Blatný, 2010).

Alfa úroveň – Alfa tlak popisoval jako rovinu reálně existujících podmínek (Blatný, 2010).

Beta úroveň – Beta tlak popisoval jako subjektivní zpracování alfa tlaku. U beta tlaku se jednalo o to, zdali budou uspokojení lidských potřeb podporovat či naopak zabraňovat naplnění potřeb člověka (Blatný, 2010).

Henry Alexander Murray rozdělil lidské potřeby do tří hlavních složek.

Viscerogenní potřeby – Mezi tyto potřeby se řadí ty, které jsou pro každého člověka vrozené, tzv. potřeby nedostatku, jako je potřeba stravy a kyslíku. Dále se sem řadí potřeba sexuálního kontaktu a potřeba obrany a úniku před všemi možnými škodlivými věcmi či před bolestí (Šamánková, 2011).

Psychogenní potřeby – Tyto potřeby jsou získané. Psychogenní potřeby podmiňují potřeby vnější (Šamánková, 2011).

Skryté potřeby – Mezi ně Murray zařadil především potřebu z obavy zůstat bez pomoci či ponížení (Šamánková, 2011).

2.4.3 Potřeby člověka dle A. H. Maslowa

Abraham H. Maslow byl americkým psychologem a zároveň organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii (Trachtová, 2010).

Tento významný psycholog se zabýval problematikou motivace, která je součástí všech lidských potřeb. Na základě svých zkušeností sestavil hierarchicky organizovaný systém, který se na tyto potřeby zaměřoval. Tento systém je znám jako pyramida lidských potřeb. Kládł důraz na plnění všech potřeb, protože pokud dojde k nenaplnění základní lidské potřeby jako jsou fyziologické tzn. najíst se či napít, není možno, aby nastal další vzestupný krok. A proto je důležité znát všechny složky lidských potřeb, aby nedocházelo ke strádání (Mastiliaková, 2014).

Maslowova pyramida potřeb se využívá ve zdravotnictví i v psychologii. V této pyramidě jsou hlavní složky potřeb, jež má člověk, a které je nutno uspokojovat. Maslow se zaměřil na lidské potřeby a rozdělil je do dvou hlavních skupin, a to na potřeby vyšší a potřeby nižší (Trachtová, 2013).

Vyšší potřeby – Sem řadíme potřebu seberealizace, kdy se člověk snaží o svůj osobní rozvoj. Další složkou je potřeba uznání od sebe samotného či svého okolí. A jako poslední sem řadíme potřebu sounáležitosti, kdy člověk vnímá touhu po uznání od druhých jedinců ve společnosti (Trachtová, 2013).

Nižší potřeby – Zde řadíme potřebu bezpečí a jistoty, kdy se člověk snaží vyvarovat se nebezpečí a zároveň si zajistit finanční jistotu či rodinné zázemí. A jako poslední sem řadíme potřeby fyziologické, například potřebu jídla a pití či vyprázdnění (Trachtová, 2013).

U člověka, jež prodělá CMP, dochází k narušení těchto potřeb a je nutné napomoci pacientovi k jejich uspokojování. Velmi často se setkáváme se sociálními důsledky, které ovlivňují lidskou psychiku, narušují proces uzdravování a zhoršují návrat do společnosti.

Jednotlivé složky potřeb dle A. H. Maslow

Potřeby fyziologické – Tyto potřeby jsou základní a souvisejí s homeostázou, což znamená, že slouží k udržení rovnováhy v lidském organismu. Mezi tyto složky se řadí potřeba tekutin, výživy, vyprazdňování či tělesná pohoda bez bolesti. Tyto potřeby se nacházejí u každého jedince od počátku života (Mastiliaková, 2014).

Potřeba bezpečí a jistoty – Tyto potřeby vznikají, pokud u člověka dojde k pocitu ohrožení jeho zdraví či života, nebo se mohou objevit při nějakém existenčním selhání člověka. Na podkladě těchto potřeb jsou jednotlivé složky, které s nimi úzce souvisí, a to například potřeba jistoty, stability, či ekonomické zabezpečení (Mastiliaková, 2014).

Potřeba afiliační (láska a sounáležitost) – Potřeby afiliační značí touhu člověka patřit někam, či touhu být milován od druhé osoby. Maslow uváděl, že u lidí žijících ve vyšší společnosti se vyskytuje velká potřeba socializace do určité skupiny (Mastiliaková, 2014).

Potřeba úcty – Tyto potřeby jsou chápány jako touha po uznání či po obdivu od druhých lidí nebo celé společnosti. Řadí se sem i potřeba dosažení úspěchů v osobním nebo pracovním životě. Dále je důležitou složkou sebeúcta, kdy člověk potřebuje mít povědomí o zvládnání životních nároků, jež se vyskytují v průběhu života (Mastiliaková, 2014).

Potřeba seberealizace či sebeaktualizace – Jejich projev je v souladu se snahou člověka vyjádřit svou vlastní individualitu nebo zrealizovat své záměry a plány, jež si stanovil. Na podkladě těchto potřeb člověk postupuje v pyramidě potřeb mnohem výše na tzv. B-úroveň a touží po tom, aby se stal tím, kým chce, a zároveň se může stát tím, kým chce. S tímto souvisí tzv. B-hodnoty (vrcholné zážitky), které souvisejí s jednotlivými okamžiky, jež člověk v danou chvíli vnímá, jako například silný prožitek lásky. Takovéto okamžiky A. H. Maslow nazýval jednotou, již chápeme jako vnitřní bohatství každého jedince individuálně (Mastiliaková, 2014).

3. Sociální potřeby

Potřeby, které se zaměřují na sociální stránku člověka, mohou být různé a u každého jedince jiné, tzn., že každý člověk může mít odlišné sociální potřeby. Mezi základní se řadí potřeba sociálního kontaktu, která bude vyhledávána, a bude záležet na její intenzitě, množství či hloubce sblížení s jinou osobou či společností (Vágnerová, 2016). U lidí, jež prodělají CMP, dochází k narušení jejich sociálních potřeb v mnoha oblastech.

Sociální potřeby se řadí mezi složky pyramidy lidských potřeb, což chápeme jako touhu člověka mít kontakt se svým okolím, ať už s rodinou či přáteli, nebo lidmi v jiné společnosti, než na kterou je jedinec zvyklý. Sociální potřeby jsou pro člověka velmi důležité, obzvláště pro kvalitu jejich života (Hothersall, 2010).

Sociální potřeby se shodují se zralostí sociálního žití člověka (Šamánková, 2011).

3.1 *Složky sociálních potřeb*

Pacienti, kteří prodělají mozkovou mrtvici, jsou často omezeni dlouhodobým strádáním potřeb týkajících se především sociálního zaměření. Mnohdy se o sociálním zotavovacím procesu a zároveň podpoře potřebné k návratu především do práce, či účasti na běžných denních činnostech, nebo udržování kontaktu s osobami člověku blízkému a rodině málo hovoří (Lehnere et.al., 2019).

Z teorií potřeb, které byly výsledkem zkoumání několika psychologů, poté vycházely jednotlivé koncepty. V literaturách je uváděno mnoho složek sociálních potřeb, avšak velmi často se uvádí několik typů, které se berou jako hlavní složky sociálních potřeb.

Komunikace – Mezi složky sociálních potřeb řadíme například potřebu komunikace s okolím i v nemocničním prostředí, kdy je člověk hospitalizován a delší dobu separován od svého okolí. V tu chvíli je důležitá komunikace s pacientem ze strany zdravotnického personálu, protože nemocný člověk má potřebu sdělovat někomu, co ho trápí a zároveň omezuje (Šamánková, 2011).

Pochopení – Tato složka je chápána jako potřeba pacienta po pochopení jeho zdravotního stavu. Záleží mu, aby se na něj nepohlíželo jako na méněcenného, ale jako na člověka, kterého postihla nemoc a má potřebu, aby ho i jeho okolí chápalo. Samozřejmě sem řadíme i holistické pojetí člověka a jsou vnímány všechny jeho potřeby bio-psycho-sociální (Šamánková, 2011).

Jistota a bezpečí – V této složce je podstatné, aby měl každý pacient jistotu, že jeho osobní údaje nebudou nijak ventilovány bez jeho vědomí do společnosti. Výjimkou mohou být rodinní příslušníci, jež mají souhlas od nemocného, aby jim byly sdělovány informace o jeho zdravotním stavu. V oblasti bezpečí je důležité pro pacienta, aby se u něj nerozvinul pocit ohrožení vlivem nedůvěry v ošetrovatelský personál (Šamánková, 2011).

Potřeba informovanosti – Tato potřeba vzniká na podkladě touhy člověka být informován o jeho zdravotním stavu, jakým způsobem se budou vyvíjet další léčebné postupy. Při nedostatečné informovanosti pacienta by mohlo dojít k jeho strachu z dalšího průběhu léčby jeho onemocnění (Zacharová, 2016).

Tolerance – V jistých chvílích u nemocného jedince dochází ke změnám nálad. Je nutno se zaměřit na počátek výkyvů nálad. V nemoci se s tímto často setkáváme. Nemocný člověk si mnohdy ani neuvědomuje, že volí nevhodné způsoby vyjadřování se vůči personálu a zároveň to často ani nemyslí tak, jak to vyznělo. Proto je důležité, aby zdravotnický personál k tomuto přistupoval profesionálně a našel pro takovou situaci i pochopení (Šamánková, 2011).

Potřeba sounáležitosti – Člověk má potřebu žít ve vztazích, jež budou pro něj přátelské, a má touhu být součástí nějaké sociální skupiny. Na podkladě této potřeby se eliminují nejistoty člověka a zároveň to vede k posílení jeho pocitu bezpečí. Každý člověk má touhu někam patřit, být oblíbený. Tato potřeba se v průběhu života mění z hlediska jejího obsahu, ale význam se nemění (Vágnerová, 2016).

V nemoci dochází k narušení všech těchto složek, a proto je důležité, aby se zdravotnický personál zaměřil na jejich saturaci a usnadnil pacientovi proces uzdravování a následného navrácení se do života. Aby zdravotníci byli schopni napomoci v uspokojování lidských potřeb, je důležité, aby pacient byl správně motivovaný pro spolupráci.

3.2 Monitorace sociálních potřeb

U monitorace všech oblastí potřeb se využívá stanovení ošetrovatelských diagnóz. Zdravotníci mezi sebou vzájemně spolupracují. Každá profese v nemocničních zařízeních má své kompetence, avšak úzce spolu souvisí. Příkladem je lékař, který pacientovi po CMP předepíše včasnou rehabilitaci. Fyzioterapeut se zaměří na cvičení,

kteře je cíleno na pacienta po CMP. Zdravotní sestřa v průběhu pēče sleduje pacienta s holistickým přístupem (Herdman T. a Kamitsuru S., 2010).

Než se stanoví ošetřovatelská diagnóza, je důležité správně vyhodnotit celkový stav pacienta. Hodnocení se skládá z několika složek. První složka spočívá v subjektivně podaných informacích od pacienta nebo rodinného příslušníka. Další složka je tvořena objektivním hodnocením pacienta neboli fyzikálním vyšetřením. U hodnocení se využívají dva typy. Jedním z nich je souhrnné hodnocení, které je na základě 11 vzorců funkčního zdraví. Tento typ se využívá především u přijetí pacienta k hospitalizaci. Druhým je cílené hodnocení. To se využívá během celého procesu pēče o pacienta, kdy je důležité zkoumat další specifické příznaky. Hodnocení se zaměřuje na všechny bio-psycho-sociální potřeby člověka a na základě správného vyhodnocení je možno stanovit přesnou diagnózu (Herdman T. a Kamitsuru S., 2010).

Zdravotník využívá k hodnocení komunikaci. Od míry závažnosti stavu pacienta se odvíjí způsob komunikace. Afázie se řadí mezi hlavní oblast neuropsychologické diagnostiky. Afázie se definuje jako postižení schopnosti člověka vyjadřovat (Kulišťák, 2017). Poruchu řeči zdravotník vyšetřuje poslechem při odpovědích pacienta. V případě CMP je slyšitelná narušená nebo znemožněná artikulace slov (Nejedlá, 2015). Zhoršená komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, která je v důsledku poruchy řeči, zhoršuje proces hodnocení formou komunikace.

V případě narušené komunikace se k hodnocení využívá i metoda pozorování. Je důležité vnímat vnější projevy nemocného člověka. Zdravotník pozoruje celkový stav pacienta, včetně řeči. Výraz obličeje je ukazatelem emocí, který poukazuje na faktory prožívání. Lze vypořozovat například strach, smutek nebo zájem podílení se na procesu léčby. Sledují se osobnostní faktory, především bio-psycho-sociální potřeby jedince. Jednoznačným úkolem této metody je rozpoznat osobnost, sociální prostředí i jeho motivační a hodnotový systém pacienta. V případě sociálních potřeb si zdravotní sestřa musí uvědomit, co chce pozorovat a proč. Projevem sociálního strádání může být stres a úzkost. Dle projevů a chování nemocného lze stanovit dané ohnisko problému, kde se nejvíce strádá. Důležité je, aby veškeré výsledky z pozorování byly zaznamenané písemně. Poté lze stanovit ošetřovatelskou diagnózu, na co se u pacienta zaměřit a v čem mu napomoci (Zacharová, 2017).

Pro správně stanovenou diagnózu je zapotřebí získat dostatek informací z cíleného hodnocení pacienta. Na základě diagnózy se následně vybírají ošetřovatelské intervence,

které napomáhají k dosažení stanovených cílů, se záměrem uspokojení sociálních potřeb pacienta (Herdman a Shigemi, 2010).

Příklady stanovených diagnóz v oblasti sociálních potřeb pacienta:

(00054) Riziko osamělosti – Riziko, které se vztahuje k prožívání jedince na základě touhy nebo potřeby po kontaktu s jinými lidmi (Herdman a Shigemi, 2010).

(00119) Chronicky snížená sebeúcta – Dlouhodobý stav jedince, který má negativní postoj k sebehodnocení na základě postrádání členství ve skupině nebo při nedostatku uznání a citu (Herdman a Shigemi, 2010).

(00153) Riziko situačně snížené sebeúcty – Riziko, při kterém dochází k narušenému vnímání vlastní hodnoty negativně. Může se objevovat v případě, kdy se pacientovi mění jeho sociální role (Herdman a Shigemi, 2010).

(00052) Zhoršená sociální interakce – Jedná se o nedostatečné množství či neefektivní kvalitu sociální výměny. Souvisí s komunikační bariérou nebo strádáním jiných blízkých osob (Herdman a Shigemi, 2010).

(00053) Sociální izolace – Člověk se v nemoci ocitá v situaci, kdy se cítí být osamocený. Příkladem může být hospitalizace (Herdman a Shigemi, 2010).

Pokud se správně stanoví ošetrovatelská diagnóza, zlepší se a zkvalitní i ošetrovatelská péče o pacienta a jeho sociální potřeby.

3.3 Uspokojení sociálních potřeb člověka

U pacienta, který je hospitalizován v nemocnici, se mění jeho sociální role, zastává jinou roli v době nemoci než v době, kdy byl ve stavu úplného zdraví. Pro člověka, jež se vyskytuje v nemocničním prostředí, to mnohdy bývá stresující. Důsledkem strachu může být mnohá řada aspektů, jež vyvolávají pocit strachu a nejistoty u pacienta. Pacient si uvědomuje, že je vyřazen ze společnosti, do které patřil, jako jsou například kolegové z práce, či přátelé, se kterými byl nemocný jedinec ve styku (Bártlová, 2005).

Zdravotnický personál by se měl zaměřit na člověka a jeho potřeby komplexně. U uspokojování sociálních potřeb pacienta je důležitá spolupráce i se sociálním pracovníkem, jenž se podílí na ošetrovatelské péči u pacienta s uspokojováním jeho sociálních potřeb (Kuzníková, 2011). V souvislosti s uspokojením sociálních potřeb pacienta je důležitá jejich monitorace, tedy zjištění, u kterých sociálních potřeb dochází

ze strany pacienta ke strádání. Aby sestra získala dostatek informací, je důležité, aby se snažila navázat správnou komunikaci s pacientem, či spolupracovat s rodinným příslušníkem nebo sociálním pracovníkem, který se podílí na procesu léčby u pacienta po iktu.

Uspokojení sociálních potřeb se odvíjí od správně stanovené diagnózy. K ošetrovatelské diagnóze se plánují následné cíle, jakých se zdravotník bude snažit dosáhnout i jakým způsobem. Plánování se skládá z několika složek. V prvním případě se určuje prioritní důležitost a následné stanovení cíle i předpokládané výsledky. Finálním krokem je poté vytvořit vhodné ošetrovatelské záměry, které se zapisují v podobě ošetrovatelských ordinací. Úspěšnost dosažení cíle závisí na vzájemné spolupráci zdravotnického personálu a pacienta (Dingová, et. al., 2018).

Sociální pracovník má za úkol napomoci pacientovi s plněním sociálních intervencí, jež napomáhají s odstraněním nebo zmírněním důsledků způsobených hospitalizací pacienta. Sociální pracovník se především zaměřuje na sociální poradenství a s ním spojené plánování péče a sociální rehabilitace či zprostředkovává specializované služby pro pacienta. Nadále spolupracuje s rodinnými příslušníky či blízkými hospitalizovaného jedince, a především zahrnuje práci v oblasti vyhledávání sociálních obtíží a potřeb pacienta (Kuzníková, 2011).

V oblasti uspokojení sociálních potřeb se především podílí i každý zdravotník, jenž přichází do styku s člověkem, o kterého se stará.

3.4 Důsledky neuspokojení sociálních potřeb člověka

Neuspokojení sociálních potřeb člověka může narušit lidskou psychiku. Z hlediska psychologického byl kladen důraz na úzkost v souvislosti s interpersonálními a sociálními aspekty. Rakouský lékař a psycholog A. Adler vyznačuje úzkost a frustraci v oblasti sociálních potřeb na podkladě nedostatku uspokojení potřeb sociálních (Paulík, 2017).

Úzkost– O úzkosti hovoříme jako o nepříjemném pocitu člověka či bezmocnosti, která souvisí se strachem. Souvisí se situací, kdy má člověk tušení z přicházející situace, jež nemusí být pro člověka příjemná. Tento pocit může mít u člověka destruktivní vliv na jeho zdraví (Křivohlavý, 2010).

Strach – Strach je přirozená reakce člověka na závažnou situaci, která nastane v průběhu života (Křivohlavý, 2010).

Frustrace – Frustrace se objevuje tehdy, pokud nedochází k uspokojení lidských potřeb. Tzv. strádání nějaké potřeby vytváří pocit frustrace, která je pro člověka nepříjemným pocitem (Křivohlavý, 2010).

Deprivace – Jedná se formu frustrace. Objevuje se při dlouhodobém strádání, kdy jsou některé potřeby nedostatečně uspokojovány. Mnohdy se vyskytuje v případech, kdy je snížený sociální kontakt. V tomto případě se jedná o tzv. sociální deprivaci (Pavlovský, 2012).

Tyto nepříjemné pocity jsou vyvolávané ve chvíli, kdy dochází ke strádání určité lidské potřeby, biologického, sociálního, psychického či duchovního zaměření. Nepříjemné psychické stavy vyvolávají u postižených jedinců tzv. obranné psychologické mechanismy. Je důležité podotknout, že se jedná o chvilkovou formu odbourání rozporu mezi nynějším a žádoucím stavem. Umožňují chvilkové opětovné dosažení psychické rovnováhy (Pavlovský, 2012).

Příklady jednotlivých obranných psychologických mechanismů

Útok – Mechanismus je tzv. aktivním způsobem řešení určité zátěžové situace. Záměrem je překážku odstranit. Útokem je myšlena přímá agrese, která se stává běžnou reakcí ve chvíli, kdy se vyskytuje nepříjemná zátěž pro člověka (Pavlovský, 2012)

Únik – Tento způsob vyrovnávání se s těžkou životní situací se řadí mezi další formu obranného mechanismu. Vyznačuje se tím, že nemocný jedinec na dočasnou chvíli, utíká do nemoci.

U lidí s onemocněním cévní mozkové příhody, dochází ke strádání sociálních potřeb a je nutné napomáhat pacientům, nasměrovat je či vyslechnout jejich touhy a strasti. Aby nedocházeli k rozvoji psychického rozladění. Je zapotřebí jim napomoci ke správné motivaci, aby měli snahu zlepšit svůj zdravotní stav. Usnadní to proces uzdravování a zároveň návrat do společnosti.

4. Výzkumná část

4.1 Cíle práce

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo získání co největšího množství informací od zdravotnického personálu, především zdravotních sester, jež pracují na neurologickém oddělení, o problematice sociálních potřeb u pacientů po CMP a zároveň zjištění, jakým způsobem zdravotnický personál monitoruje a saturuje zastoupené složky sociálních potřeb u pacientů po CMP.

4.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem všeobecné sestry monitorují sociální potřeby u pacienta po CMP?
2. Jaké sociální potřeby jsou nejčastěji zastoupené?
3. Jak sestry pomáhají ovlivnit saturaci těchto potřeb?

4.3 Výzkum a metodika

Pro získání a sběr dat do své bakalářské práce jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu, především na základě cílů, jež jsem stanovila.

První metodou byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor se řadí mezi nejčastěji využívaný způsob získávání informací. Je to kvalitní způsob, jakým lze získat dostatek informací pro kvalitativní výzkum. U polostrukturovaného rozhovoru je důležité stanovení jednotlivých okruhů otázek, které budou pro všechny dotazované respondenty jednotné. Doplnujícími mohou být pod otázky, které jsou vhodné pro upřesnění myšlenky dotazovaného respondenta (Kutnohorská, 2009). Snaho bylo provést rozhovor s několika sestrami, které pracují na neurologickém oddělení, a získat co nejvíce informací, jež by byly klíčové pro stanovené cíle výzkumu.

Druhou metodou bylo pozorování. Tato metoda se řadí mezi techniku sběru empirických dat. Jedná se o cílevědomé a systematické sledování předem stanovených jevů. K realizaci pozorování je nutné, aby hodnotitel měl dostatek informací o problematice na, kterou se bude zaměřovat (Kutnohorská, 2009)

4.3.1 Rozhovor

Před zahájením rozhovoru byly všechny dotazované respondentky seznámeny s tématem výzkumu a jeho cílem. Dále byly ujistěny, že informace, které mi poskytnou, zůstanou při zpracování do bakalářské práce v anonymitě a nikde nebude uvedeno jejich jméno. Na přání respondentek nebyl použit během rozhovoru diktafon a všechny informace jsem zapisovala do předem připraveného podkladu pro otázky. Rozhovor probíhal v místnosti, kterou mi zpřístupnili pro výzkum, kde byla možnost klidného průběhu celého výzkumu.

Během rozhovoru bylo vytvořené příjemné prostředí, jež vedlo k uvolnění dotazované sestry. Dotazování spočívalo v pokládání předem připravených otázek, avšak použity byly i doplňkové otázky, které sloužily pro přesnější vysvětlení myšlenky tázané respondentky. Doba probíhajícího rozhovoru se u všech lišila, v průměru byl čas trvání okolo 40 minut. Dotazované odpověděly na všechny otázky, které jim byly pokládány, bez problému.

V závěru jim byla nabídnuta možnost nahlédnutí do podkladů, kde byly uvedeny jejich odpovědi a zároveň zaslání zpracovaných výsledků.

4.3.2 Pozorování

Druhou metodou bylo pozorování. Jednalo se o tzv. zúčastněné pozorování. Tento způsob se vyznačuje tím, že výzkumník se stane na určitou dobu součástí zkoumaného prostředí (Kutnohorská, 2009). V mém případě to byla přítomnost na neurologickém oddělení, kde jsem si vytyčila pozorovací kritéria. Cílem bylo vypořadovat, jakým způsobem zdravotní sestry navazují kontakt a saturují sociální potřeby.

4.4 Výzkumný vzorek

Pro výzkum byly záměrně vybrané zdravotní sestry, jež pracují na neurologickém oddělení s dlouholetou praxí. Zároveň byly zvolené, protože přicházejí do kontaktu s lidmi po CMP každý den. Na základě výběru vhodných adeptek pro rozhovor jsem zvolila 5 zdravotních sester. Kontaktování sester bylo předem domluvené z důvodu vytíženosti oddělení. Jednotlivé zdravotní sestry se zúčastnily výzkumu dobrovolně, pouze si přály ponechat anonymitu.

Pro pozorování byly zvoleno 5 zdravotních sester, jež se zároveň zúčastnily polostrukturovaného rozhovoru.

5. Zpracování dat

Zpracování dat jsem rozdělila do dvou částí. V první části jsem se zaměřila na informace, které jsem získala formou rozhovorů. Ve druhé části jsem vycházela z informací, jež jsem získala výzkumnou metodou pozorování.

5.1 Zpracování dat rozhovoru

Rozhovory byly v první fázi přepsané do písemné podoby. Pro jejich zpracování byla zvolena technika otevřeného kódování. Tato metoda se především zabývá kategorizací pojmů na základě pečlivého studia získaných údajů (Kutnohorská, 2009). Jako techniku pro analyzování dat jsem využila metodu tužky a papíru. Na podkladě zvolených metod a podkladů z rozhovorů bylo vytvořeno 7 kategorií, které byly následně podrobeny hlubší analýze. Pro přehlednost byly zdravotní sestry označeny jako S1-S5. V příloze uvádím ukázkou otevřeného kódování a následně stanovené jednotlivé kategorie.

Vytvořené kategorie

- 1) Následná péče
- 2) Sociální potřeby
- 3) Důvod saturace
- 4) Strádání
- 5) Monitorace
- 6) Saturace
- 7) Faktory ovlivňující saturaci

5.1.1 Následná péče

První zvolenou kategorií byla následná péče. S1 sdělila: „*Personál by se měl zaměřit především na následnou rehabilitaci.*“ S2 se podobala v názoru a uvedla: „*Musíme se zaměřovat na celkový stav pacienta, na jeho následnou rehabilitaci nebo na jeho zdraví a pak teda i na jiné potřeby.*“ S3 se k tomu vyjádřila podobně. „*Asi bych řekla, že důležitá bude rehábka.*“ Obdobného názoru byla S4, která poukazovala na další zaměření: „*Rehabilitace ano, ale určitě musí být péče o psychiku toho pacienta.*“ Poslední dotazovanou sestrou byla S5, která se shodovala s předešlými. „*Při každé hospitalizaci je důležitá pro pacienta rehabilitace. Defakto díky ní se mu snižují vzniklé komplikace.*“

Dle této kategorie se ukázalo, že v oblasti následné péče u pacientů po CMP je důležité zaměření především na následnou rehabilitaci, která hraje významnou roli v procesu navrácení jedince do jeho každodenního života. Jedna z výpovědí uvedla i péči o psychický stav pacienta. Nedílnou součástí péče je podle vyjádření zdravotních sester zaměření se na celkový stav pacienta, kdy je zapotřebí hodnotit všechny možné aspekty, jež by mohly napomoci ke stanovení ošetrovatelské sociální problematiky.

5.1.2 Sociální potřeby

Další kategorií byly sociální potřeby. S1 se k tomu vyjádřila jako: „*Například to může být komunikace, která bývá obtížná u lidí po CMP. Dále to může souviset třeba s láskou nebo přátelstvím.*“ Dále doplnila: „*Následkem špatné komunikace jim pak vážnou vztahy třeba i v rodině nebo se to zhorší i v partnerském vztahu.*“ Jako další příklad uvedla: „*Strach, třeba že přijdou o práci a nebudou mít finanční jistotu. Je nutné dát najevo, že chápeme, v jaké situaci se ocitá.*“ S2 se lehce ve výpovědi lišila: „*Potřeba kontaktu nebo i dostatečná informovanost, ta je taky velmi důležitá. Asi nejčastější potřeba je tedy sociální kontakt.*“ S3 se podobala s výpovědí. „*No, je tam třeba kontakt s druhou osobou.*“ S4 byla jiného názoru než předešlé dotazované sestry: „*Tam bude patřit asi pochopení jeho stavu od rodiny. Určitě tam spadá kontakt s druhou osobou, když mluvíme o sociálních potřebách.*“ Odpověď poslední dotazované S5 se velmi podobala předešlým výpovědím. „*Všechny potřeby související s kontaktem druhých lidí se podle mého názoru řadí mezi sociální. A někdy mají lidi pocit méněcennosti, skrze jejich okolí.*“

Kategorie zaměřující se na sociální potřeby poukazuje na nejvíce zastoupené složky dle zdravotních sester pracujících na neurologickém oddělení. Všechny uvedené odpovědi se shodovaly s potřebou kontaktu s druhou osobou. V těch byla zařazena potřeba lásky, přátelství a kontakt s jinou osobou. Dále byla uvedena i informovanost, finanční jistota a pochopení od druhých lidí. Nedílnou součástí byla často potřeba komunikace, která je důležitá pro dorozumívání se mezi lidmi. Dále byl uveden pocit méněcennosti vůči svému okolí.

5.1.3 *Důvod saturace*

Saturace byla zvolena jako třetí kategorie. S1 se k tomuto vyjádřila: „*Uspokojení sociálních potřeb může vést k silné motivaci v uzdravování.*“ S2 se ve svém tvrzení lišila: „*Pomoc plnit potřeby pacientů je náplní práce všech nás, co pracujeme s lidmi.*“ Tvrzení S3 bylo podobné jako u S1: „*Pokavad' dojde k uspokojení těch potřeb, tak s námi pacient bude lépe spolupracovat.*“ S4 uvedla: „*Tím, že poskytneme celkovou péči o pacienta, zkvalitníme i tu péči.*“ S5 se ve výpovědi lišila. „*Když se pokusíme zaměřit na sociální potřeby, tak vlastně u pacienta nebude docházet ke strádání.*“

Toto odvětví se zaměřovalo na důvody saturace sociálních potřeb. Z uvedených výpovědí respondentek vychází několik důvodů, proč je saturace nedílnou součástí poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. V první řadě se jedná o vytvoření motivace u pacienta ke spolupráci. Od saturace sociálních potřeb se odvíjí i míra poskytnuté kvalitní péče. V jednom případě bylo uvedeno, že napomáhání plnění potřeb je každodenní náplní práce zdravotních sester v nemocnici. Lze říct, že dostatečná saturace sociálních potřeb zamezí rozvoji vzniku strádání. Tím se zmírní riziko psychických následků spojených s nedostatkem určité potřeby.

5.1.4 *Strádání*

Čtvrtý okruh byl zaměřen na sociální strádání jedince a jeho důsledky. S1 uvedla příklad, jakým způsobem se strádání projevovalo: „*Toto strádání v pacientce vyvolávalo opravdu depresivní stavy.*“ S2 uvedla příklad ze své praxe. „*U pacienta se to projevovalo apatií a psychickým rozpoložením.*“ S3 se shodovala ve výpovědi se S2. „*Byla hodně apatická vůči i nám.*“ S4 se ve výpovědi lišila od ostatních. „*Její vystrašený výraz hovořil za všechno.*“ S5 se k tomu vyjádřila podobně jako předešlé respondentky: „*Pacient působil tak vyděšeně z těch nastalých událostí, které nastaly.*“

Jednotlivými projevy sociálního strádání dle respondentek je několik. Příkladem byly uváděny depresivní stavy, psychické rozpoložení nebo apatie. V několika případech se shodovaly ve výpovědích, že u pacientů i projevem strádání může být i strach. Všechny tyto uvedené projevy sociálního strádání se mohou vyskytovat u pacientů po CMP.

5.1.5 Monitorace

Další zvolenou kategorií byla monitorace sociálních potřeb. S1 tvrdila, že: „Všude se používá stanovování ošetrovatelských diagnóz.“ S2 se v jedné ze svých odpovědí shodovala. „No určitě tam bude spadat pozorování. A pak vlastně využíváme ošetrovatelské diagnózy.“ S3 se vyjádřila podobně jako předešlé respondentky. „Asi jako všude a na všechno používáme diagnózy.“ S4 se shodovala s výpovědí: „Pacienta hodnotíme pohledem. Pak si tedy určujeme diagnózy.“ S5 byla téhož názoru jako její kolegyně: „Převážně podle diagnóz. Dále se snažíme tedy spolupracovat s jinými členy týmu. Příkladem rehabilitační pracovníci, kteří se velmi intenzivně věnují pacientům po CMP.“

Monitorace byla kategorie zaměřená na způsoby, jakými se zajišťují sociální potřeby pacienta. Z informací získaných od zdravotních sester vychází, že nejčastěji se využívá pozorování, kdy se snaží vyhodnotit celkový stav pacienta a následně stanovení ošetrovatelských diagnóz, které napomáhají k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o pacienty po CMP. Dále byla uvedena možnost spolupráce, v rámci získání více informací, spolupráce s ostatními členy týmu. Příkladem byli uvedeni rehabilitační pracovníci.

5.1.6 Saturace

Kategorie saturace se vyznačovala zjištěním, jakým způsobem se snaží sestry napomoci pacientovi naplnit jeho sociální potřeby. S1 uvedla: „Běžně se snažíme zapojit do tohoto procesu více lidí. Například logopedi s námi spolupracují u pacientů po CMP.“ Další výpovědí S1 bylo: „Určitě pak i my jako sestry se snažíme navazovat kontakt s těmi pacienty.“ S2 uvedla: „V případě strachu nebo stresu je nutné monitorovat jeho stupeň, nebo ho hodnotíme a zaznamenáváme a pomáhat mu, aby se správně namotivoval.“ S3 se vyjádřila vcelku podobně: „Podle diagnóz si vlastně určíme intervence, jak mu budeme pomáhat a na co se budeme zaměřovat.“ S4 se podobala v názoru S1: „Navazujeme s nimi kontakt.“ S5 uvedla: „To se strašně liší. Záleží, na tom, jakou si stanovíme diagnózu a pak si od toho odvíjíme. Snažíme se hodně komunikovat.“

Z uvedených výpovědí vyplývá, že nedílnou součástí pro naplnění potřeb je zapojení více lidí do procesu. U pacientů po CMP se zapojují tedy lékaři, sestry, ošetrovatelé ale i logopedi, rehabilitační pracovníci a v některých případech i nemocniční kaplan. Další

možností bylo uvedeno navazování kontaktu s nemocným jedincem a s tím související snaha správně namotivovat pacienta pro spolupráci. V některých případech je důležité hodnocení psychických projevů jedince, od toho se odvíjí další způsob péče. Nedílnou součástí saturace sociálních potřeb bylo určení správné diagnózy a následné intervence, jež napomáhají sestřám k naplnění potřeb pacienta.

5.1.7 Faktory ovlivňující saturaci

Do této kategorie jsem uvedla negativní i pozitivní faktory, které mohou ovlivnit proces saturace u pacientů po CMP. Vyjádření S1: *„Pokud zdravotníci mezi sebou nekomunikují, nebo jsou mezi nimi rozpory, určitě to může ovlivnit i samotnou péči o pacienta. Rodina je pro nemocného člověka velkou oporou v překonávání těžké životní situace.“* S2 se vyjádřila podobně: *„Pacient měl pocit nedůvěry v toho lékaře i v sestry. Takže se s ním zhoršila spolupráce. Málo personálu, hodně práce s papírováním a hodně pacientů na oddělení. Upřímně si nemyslím, že má dostatek času. Díky opoře, kterou člověk má v rodině, se pak spíše namotivuje ke spolupráci.“* S3 byla podobného názoru jako předešlé respondentky. *„Když vážne komunikace v týmu, je to špatně i pro pacienta. Nedostatek času sester. Rodina je významná pro člověka ve všech směrech.“* S4 se v něčem ve výpovědi lišila. *„Jak vážne spolupráce, je to špatně. Máme moc práce a hodně pacientů. Někdy ani rodina nejeví zájem o pacienta.“* S5 měla podobný názor. *„Všude, kde vážne spolupráce, vážne i péče o pacienty. Moc toho času nemáme. Partner je oporou.“*

Z uvedených výpovědí vyplývá fakt, že negativním faktorem, který může působit na saturaci sociálních potřeb, je špatná komunikace mezi zdravotníky. Jedna respondentka byla názoru, že v některých případech i špatné vztahy mohou narušit saturaci. Ze tvrzení respondentek plyne, že nedostatek personálu a také času může narušit proces péče o pacienty. Mezi pozitivní faktor byla uvedena rodina. Dle dotazovaných respondentek znamená rodina velkou oporu pro člověka.

5.2 Zpracování dat z pozorování

Zvolené zúčastněné pozorování bylo na základě mé přítomnosti během praxe na oddělení. Před zahájením výzkum jsem stanovila cílená kritéria, na které jsem se zaměřovala. Výsledná zjištění jsem v průběhu zapisovala do předem vytvořeného záznamového archu. Pro přehlednost byly zdravotní sestry označeny jako S1-S5.

Zvolené kritéria cíleného pozorování

1. Navazování kontaktu
2. Monitorace sociálních potřeb
3. Saturace sociálních potřeb

5.2.1 Navazování kontaktu

Pozorování bylo zaměřeno na situace, kdy sestra přicházela do styku s pacientem po CMP. Úkolem bylo zjistit, jakým způsobem se s ním snažila navazovat kontakt.

S1 využívala převážně komunikaci verbální. Její přístup k pacientům byl velmi vlídný a přátelský. Tón jejího hlasu působil klidně. Řeč měla souvisle plynulou. Neužívala žádné složité výrazy. Přistupovala k pacientovi klidně. Všechny výkony, které u nich prováděla jim srozumitelně vysvětlila, za jakým účelem to bude dělat. Zároveň se snažila používat i neverbální komunikaci, jež spočívala v jemných dotyků, které spočívaly například v pohlazení po rameni.

S2 využívala stejný způsob jako první pozorovaná respondentka, komunikaci verbální. Přístup k pacientům měla přátelský. Její hlas byl hlubší ale i přesto nevyvolával v pacientech neklid. Její řeč byla plynulá, bez použití složitých výrazů, jež by pro pacienta mohli být hůře pochopitelné. Stejně jako u první S1 využívala neverbální komunikaci pomocí dotyků.

S3 preferovala také navazování kontaktu s nemocným jedincem formou komunikace. Z pozorování bylo zjevné, že její přístup k pacientům byl empatický. Při vedené komunikaci s pacientem využívala i neverbální komunikaci. Její hlas byl tichý a klidnější. Komunikační bariéru, která se mnohdy u pacientů vyskytovala, řešila pomocí obrázků, na kterých se objevovali různé znaky, jež usnadnily proces dorozumívání mezi sestrou a pacientem. Dále se snažila jako její předešlé respondentky nevyužívat složitá větní spojení.

S4 komunikovala s pacienty podobnými způsoby, jako předešlé pozorované sestry. Rozdílný byl tón jejího hlasu, který působil hrubě. Přístupování k pacientům měla klidný. Zároveň se snažila jednat a přistupovat k pacientům individuálně, aby dostatečně uspokojila veškeré jeho potřeby. Dále jsem u S4 vypožorovala, že projevovala snahu navázání kontaktu způsobem, kdy docházela k pacientovi během dne, za účelem chvilkové komunikace s ním. Jako předešlé pozorované respondentky nevyžívala složitá souvětí nebo slova.

S5 navazovala kontakt s pacienty stejným způsobem jako předešlé sestry. Vlídne a ochotně přistupovala jednotlivě k pacientům. Během její komunikace využívala i neverbální formu. Povšimla jsem si obrázků, které využívala pro lepší dorozumívání s pacientem, stejně jako jedna z pozorovaných sester.

Zjištěním bylo, že u pacientů po CMP, kteří mají komunikační bariéru je navazovaný kontakt důležitou součástí při jejich hospitalizaci. Empatický a vlídny přístup sester v nich vyvolával dobrý pocit. Projevem byly výrazy v jejich tváři i očí, kde bylo zjevné, že jsou rádi za tento kontakt. Nejčastějším způsobem navázání kontaktu byla verbální komunikace spojená s neverbální, kde byly zaznamenány doteky sester vůči pacientům. Nadále jsem vypožorovala používání obrázků s různými znaky, jež usnadňovaly proces dorozumívání.

5.2.2 Monitorace sociálních potřeb

Pozorování bylo zaměřené na způsob, jakým se zdravotní sestry snažili saturovat sociální potřeby u pacientů.

S1 využívala k monitoraci sociálních potřeb prvně komunikaci s pacientem, popřípadě se i dotazovala rodinných příslušníků telefonicky, vzhledem nastalé situaci, kdy nebylo možno přijímat návštěvy v nemocnicích. Zároveň se snažila hodnotit pacienta na základě vypožorování jeho reakcí a postojů. Posléze jsem vypožorovala, že na základě získaných informací stanovovala ošetřovatelské diagnózy, od kterých se odvíjeli následné způsoby saturace jednotlivých složek potřeb.

S2 na tom byla obdobně jako S1. Ke zjištění potřeb vyskytujících se u pacientů, využívala komunikaci. Během hodnocení celkového stavu pacienta, se snažila zároveň pozorovat jednotlivé složky jeho chování, jež byly projevem nějakého nedostatku. Dále během hodnocení stavu pacienta, využívala ošetřovatelské diagnózy na základě, kterých

poté stanovovala jednotlivé intervence, jež vytvářely individuální postup v procesu saturace sociálních potřeb.

S3 monitorovala celkový stav pacienta, včetně všech jeho složek potřeb. Využívala pozorování a komunikaci, aby zajistila dostatek informací potřebných ke stanovení ošetrovatelské diagnózy. Vypozorovala jsem i její spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky. Příkladem byla spolupráce s rehabilitačním nebo sociálním pracovníkem. Z přínosných informací plánovala další postupy ošetrovatelské péče o sociální komfort pacienta.

S4 využívala stejných způsobů monitorace jako předešlé kolegyně. Během příjmu pacienta na oddělení hodnotila jeho celkový stav. Pozorovala projevy jeho chování. Snažila se hodnotit pacienta průběžně, a následně stanovovat ošetrovatelské diagnózy a od nich se odvíjející intervence. I tato sestra převážně spolupracovala s ostatními zdravotníky, kteří na procesu péče o pacienta podíleli.

S5 prováděla proces monitorace stejným způsobem, jako předešlé pozorované sestry.

Zjištěním bylo, že zdravotní sestry monitorují potřeby pacienta, na základě hodnocení, jež spočívá v pozorování jejich celkového stavu, postojů a výrazů v jejich tváři. Dále převážně využívaly obě respondentky formu komunikace s pacientem či telefonicky s rodinou. V některých případech se zdravotní sestry snažily spolupracovat s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Nedílnou součástí hodnocení bylo stanovování ošetrovatelských diagnóz, jež napomáhaly ke zkvalitnění péče o pacienta.

5.2.3 Saturace sociálních potřeb

Lze bylo zaměřením na způsoby, jakými se zdravotní sestry snažily saturovat složky sociálních potřeb u pacienta po CMP.

S1 využívala opět komunikaci s pacientem. Snažila se veškeré výkony provádět pečlivě s vysvětlením, za jakým účelem a co bude provádět, aby u pacienta nevyvolávala strach z neznáma a z nejistoty. Dalším způsobem bylo zapojení více účastníků. Příkladem byl logoped, který se věnoval pacientům se záměrem nácviku jejich řeči. Rehabilitační pracovníci se zaměřovali na pohybový aparát u pacienta a zároveň na nácvik jeho soběstačnosti. Sociální pracovníci se snažili napomoci v oblasti sociálních problémů.

S2 na tom byla stejně jako S1. U pacientů se snažila navazovat komunikaci. Veškeré prováděné výkony jednotlivě popisovala. Ze stanovených diagnóz následně stanovovala jednotlivé intervence, kterými se řídila. Důležitou složkou saturace byla spolupráce s ošetrovatelským týmem.

S3 postupovala stejnými způsoby jako předešlé její kolegyně. U této sestry jsem vyzorovala snahu, jakou vynakládala na motivování pacienta pro spolupráci. Využívala komunikaci, kdy informovala pacienta o možnostech, jakými lze ovlivnit jeho přístup k nemoci. Pro správnou motivaci zapojovala rodinné příslušníky, kteří se s pacienty spojovali telefonicky a věnovali jim svůj čas. Na základě toho nebyl vyvolán u pacientů pocit, že jsou lhostejnými pro své okolí a snažili se spolupracovat se zdravotním personálem.

S4 přistupovala k pacientům stejným způsobem. Využívala komunikaci s pacientem. Snažila se uspokojit jednotlivé jejich potřeby. Vyhodnocovala celkový stav pacienta, plánovala jednotlivé intervence a následně prováděla kontrolu účinnosti stanovených intervencí.

S5 jednala podobně. Využívala stejných metod, jako její spolupracovnice. Snažila se nezanedbávat péči o pacienta.

Zjištěním tohoto zaměření bylo, že aby probíhal proces saturace sociálních potřeb je důležité, aby se do procesu zapojilo více lidí, kteří se budou zaměřovat na jednotlivé odvětví potřeb, jež je důležité saturovat, aby nedocházelo k sociálnímu strádání. Další způsob spočíval v navazování kontaktu mezi sestrou a pacientem. Účelem bylo vyvolání u pacienta pocitu, že není sám na problém a zároveň ho namotivovat ke spolupráci, jež usnadní proces uzdravování. Do saturace se řadila i spolupráce s rodinou, která napomáhá pacientovi v době nemoci i poté a zároveň je mu oporou.

5.3 *Vyhodnocení výsledků získaných dat*

Ze získaných dat, která byla odebrána na základě provedených rozhovorů a pozorování, jsem vyhodnotila jednotlivé způsoby, jakými lze monitorovat a saturovat sociální potřeby u pacienta. Dále jsem zjistila, jaké sociální potřeby jsou nejčastěji zastoupené u lidí po CMP.

1) Jakým způsobem všeobecné sestry monitorují sociální potřeby u pacienta po CMP?

Základním způsobem monitorace sociálních potřeb je hodnocení celkového stavu pacienta při přijetí a dále během hospitalizace. Účelem je, aby sestra vnímala jednotlivé podněty, jež mohou přispět k přiblížení určitého projevu strádání. Pro hodnocení stavu pacienta jsou využívána pozorování jeho projevů a postojů k nastalé situaci. Dále je využívána verbální komunikace s pacienty nebo s rodinnými příslušníky. K monitoraci potřeb se také využívá spolupráce s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Důvodem je získání většího množství informací, jež napomáhají ke stanovení přesné ošetrovatelské diagnózy.

2) Jaké sociální potřeby jsou nejčastěji zastoupené?

Sociální strádání doprovází nemocné jedince během jejich hospitalizace. U pacientů po prodělané CMP se dle výpovědí nejčastěji vyskytuje potřeba kontaktu s druhou osobou. Pacient je během nemoci izolován od společnosti, na kterou byl před nemocí zvyklý, tzn. i od své rodiny a milované osoby. Během této potřeby dochází ke strádání kontaktu, kdy se vyskytuje potřeba lásky, člověk má touhu být milován. Naruší se i jeho vztahy mezi přáteli, kdy postrádá jejich přítomnost. Mnohdy má nemocný strach, že nebude chápán ze strany svého okolí. To může v pacientovi vyvolat pocit méněcennosti. Poškození mozku ovlivní i jeho funkční schopnosti, například částečné ochrnutí jedné poloviny těla, kdy ztrácí schopnost soběstačnosti a stává se závislým na druhé osobě. Může mít pocit, že je druhým na obtíž. Dále byla uvedena potřeba informovanosti, kdy bylo nutné podrobněji informovat pacienta, případně jeho rodinu o jeho stavu. Sdělované informace jsou o léčbě i jejím průběhu, o ošetrovatelské péči nebo o případných zdravotních následcích. Tato potřeba se vyskytuje v souvislosti se strachem, kdy má člověk obavy z toho, co se bude následně odehrávat v průběhu jeho léčby. U dlouhodobě hospitalizovaných jedinců se objevovala i potřeba finanční jistoty. Vzhledem k jejich

stavu, kdy jim byl znemožněn návrat do práce, otázku financí napomáhali řešit sociální pracovníci, kteří se zaměřovali na sociální oblasti pacienta. U většiny případů se vyskytovala potřeba komunikace.

Ve chvíli, kdy nejsou dostatečně jednotlivé potřeby naplněny, začne se u lidí projevat silné strádání formou psychického rozladění, které je nutno řešit.

3) Jak sestry pomáhají ovlivnit saturaci těchto potřeb?

Zdravotní sestry, které přicházejí do kontaktu s lidmi po CMP, se zaměřují i na dostatečnou saturaci jejich sociálních potřeb. Důvodem je jejich náplň práce v péči o pacienty. Než se na jednotlivé potřeby zaměří, je důležité, aby byl pacient správně motivován ke spolupráci. Možnosti saturace se odvíjejí od jednotlivých potřeb. Důležitou součástí je navazování kontaktu mezi sestrou a pacientem. K tomuto procesu slouží převážně komunikace verbální, ale i neverbální. U většiny případů je zapotřebí spolupracovat s dalšími členy ošetrovatelského týmu, kteří by se na procesu saturace měli podílet. Nedílnou součástí je i dostatečná spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří doprovázejí pacienta během jeho uzdravovacího procesu. Dále se sestra snaží dostatečně vyhodnotit stav pacienta. Následně se zaměří na stanovení ošetrovatelské diagnózy, u které naplánuje intervence, jež usnadní ošetrovatelský proces péče u pacienta po CMP. Důležité je, aby sestra neustále kontrolovala a hodnotila účinnost jednotlivých intervencí, případně je pozměnila.

Součástí saturace sociálních potřeb je především zaměření se i na následnou péči. Když bude včas zahájena rehabilitace, která napomáhá člověku v aktivizaci a návratu k běžným denním činnostem, zmírní se i jeho sociální strádání v některých oblastech, například se nemusí cítit méněcenný pro své okolí.

Je nezbytné si uvědomit fakt, že v některých případech může být proces saturace i negativně ovlivněn. Příkladem mohou být situace, kdy dochází k nějakému konfliktu mezi zaměstnanci. Někdy se k tomu mohou řadit i špatné vztahy v rodině, kdy rodina nejeví zájem o pacienta.

6. Diskuse

Problematika sociálních potřeb, jež souvisí s onemocněním CMP, je velmi rozsáhlým tématem. Lidé, kteří jsou postiženi tímto onemocněním, mnohdy trpí vážným sociálním strádáním, souvisejícím s hospitalizací a změnou sociální role ve společnosti. Úkolem zdravotnického personálu je zaměřit se na ty potřeby, které je nutno napomoci saturovat, aby nedocházelo k rozvoji psychického rozladění. Je nutné si uvědomit, které sociální potřeby jsou u onemocnění nejvíce obsažené.

Pro účel výzkumu byly stanovené tři okruhy výzkumných otázek. První z nich byla, jakým způsobem zdravotní sestry monitorují sociální potřeby u pacientů po CMP? Z šetření vyplynuly dané možnosti, jakými lze jednotlivé složky monitorovat. V teoretické části byly uvedené možnosti monitorace sociálních potřeb. Kulišťák (2017) uvádí komunikaci, jako jednu z potřeb sociálních. Dalším zásadním způsobem je stanovení ošetrovatelské diagnózy. Tento způsob je zpracován v knize od autora Herdmana (2010), zvané Nanda-ošetrovatelské diagnózy, kde jsou uvedeny jednotlivé okruhy diagnóz, které jsou sestavené. Hodnocení celkového stavu pacienta popsala ve své knize Zacharová (2017), která uváděla jako jednu z možností pozorování.

Dle výzkumu, který jsem prováděla za účelem zjištění, jak probíhá proces monitorace sociálních potřeb u pacientů po CMP, jsem zjistila několik možností, jak to lze provádět. Z rozhovorů zdravotních sester rovněž vyplývalo pozorování jako jeden ze způsobů hodnocení stavu pacienta. Touto metodou se převážně hodnotí projevy verbální i neverbální komunikace pacienta. Na základě toho je sestra schopna vyhodnotit psychický stav nemocného, protože jsou vnímány jeho projevy a postoje k nemoci. Další zásadní formou monitorace je stanovení ošetrovatelské diagnózy, která se zaměřuje i na sociální komfort člověka. Tato metoda se využívá ve všech odvětvích v ošetrovatelské péči.

Získané informace o způsobu monitorace byly shodné s teoriemi uvedenými v odborné literatuře. Myslím si, že možností, jakými lze kontrolovat a hodnotit pacientův stav, je mnohem více. Avšak k získání přesného přehledu by bylo třeba provádět podobný výzkum dlouhodoběji. Bylo by vhodné stát se součástí ošetrovatelského týmu v péči o pacienty po CMP, v delším časovém období a pozorovat možnosti, jakými lze monitoraci rozvinout. To by bylo přínosem pro zkvalitnění procesu monitorace sociálních potřeb.

Druhá otázka byla, jak zdravotní sestry pomáhají ovlivnit saturaci těchto potřeb. Na základě provedeného výzkumu byly zjištěny možnosti, jakými zdravotníci mohou napomoci pacientovi zmírnit důsledky jeho sociálního strádání. V teoretické části byly využité informace ze zpracovaných knih jednotlivých autorů, jež se touto problematikou naplnění sociálních potřeb pacienta zabývali. Důležité je podotknout, že během nemoci se mění i sociální role, jak uvádí ve své knize Bártlová Sylva. Způsobů, kterými je možné napomoci naplnit pacientovi jeho sociální potřeby, je několik. Autorka Kuzníková (2011) uvádí, že důležité v procesu saturace je zapojení i sociálního pracovníka, jenž napomáhá v oblasti sociálního zaměření se na kvalitu života. Důležitou součástí procesu saturace sociálních potřeb uváděla ve své knize i autorka Dingová (2018), jež apelovala na spolupráci mezi zdravotníkem a pacientem, jako na formu správné cesty k naplnění jednotlivých potřeb. Uvedla možnost stanovení intervencí odvíjejících se z diagnóz, které napomáhají zdravotníkům pro stanovení procesu ošetrovatelských postupů. Z mého provedeného výzkumu jsem zjistila několik možností, jež jsou shodné s uváděnými doporučeními autorů. Cílem bylo zjistit dané způsoby saturace.

Z rozhovorů vedených na toto téma a provedeného pozorování sestry převážně uváděly navazování kontaktu jako formu komunikace s pacienty. Na základě toho se snažily nepoužívat složité výrazy nebo souvětí, aby postižený jedinec byl schopen porozumět podávaným informacím. Dále uváděly neverbální komunikaci jako další možnost. Příkladem byly fyzické doteky během komunikace. Uvedly, že kvůli zhoršené možnosti dorozumívání se ze strany pacientů, je dotek důležitou složkou navazování kontaktu. Utváří v nemocném jedinci pocit klidu a ten si uvědomuje, že je jeho stav chápán. Dále vyplynulo, že ze stanovených diagnóz následně sestry vytvářejí jednotlivé intervence, jež napomáhají k určení vhodných postupů, kterými se budou řídit a jakými lze uspokojit sociální potřeby pacienta. Součástí saturace bylo zjištění, že do procesu uspokojení sociálního strádání je zapojována především rodina, která hraje důležitou roli pro pacienta jako jeho opora. Nedílnou součástí je i následná rehabilitace, která mnohdy usnadní pacientův zpětný návrat do společnosti. Aby proces saturace byl naplněn, je důležitá spolupráce s kolegy. Ta mnohdy bývá narušena mezilidskými konflikty, které je zapotřebí vyřešit, aby nebyla negativně ovlivněna péče o pacienty.

Myslím si, že pro dostatečnou saturaci daných sociálních potřeb u pacientů po CMP je důležité, aby zdravotní sestry prohlubovaly své znalosti o jednotlivých možnostech a přistupovaly k pacientům individuálně. Určitě je podstatné, aby i rodina byla dostatečně informována o možnostech nápomoci pacientovi, protože kvalitní souhra a spolupráce mezi lidmi, kteří obklopují nemocného jedince, je účelná pro dostatečnou saturaci potřeb.

Poslední výzkumná otázka zněla, jaké sociální potřeby jsou nejčastěji zastoupené u pacientů po CMP. Touto problematikou se zabývalo několik významných autorů, kteří vytvořili jednotlivá schémata. Právě k teoriím potřeb se vztahují díla několika známých psychologů, jež se snažili stanovit obsah potřeb, které se mezi sociální řadí. Prvním z nich byl český psycholog Rudolf Kohoutek. Ten stanovil rozdělení potřeb do tří skupin. Jednou z nich je složka potřeb nazývaná sociálně psychologické. Popsal zde potřeby spočívající v navazování sociálního kontaktu nebo touhy po pocitu bezpečí. Druhým byl Henry Alexander Murray, který vytvořil taxonomii potřeb a motivačních témat. V jeho rozdělení se objevují potřeby, které dle jeho názoru jsou podmiňovanými vnitřními potřebami (Blatný, 2010) Dalším velmi významným psychologem byl Abraham Maslow. Jeho hierarchie potřeb se stala nejrozsáhlejším organizovaným systémem po celém světě. Mezi sociálními potřebami v jeho pyramidě se objevují složky jako potřeba seberealizace, uznání od sebe samotného či svého okolí. Dále uváděl potřebu bezpečí a jistoty, lásky nebo sounáležitosti. Dle konceptů, jež vycházejí z teorií potřeb, vycházely jednotlivé složky sociálních potřeb. Příkladem jsou uváděné složky sociálních potřeb zpracovaných v knize od autorky Šamánkové, kde jsou jednotlivě rozpracované. Uváděla zde potřebu informovanosti, touhy po pochopení od druhých lidí nebo komunikaci, která je mnohdy u lidí po CMP zhoršená v důsledku míry postižení mozku.

Z mého výzkumu vyplynulo, že nejčastějšími sociálními potřebami, jež se vyskytují u lidí, které postihne onemocnění CMP, jsou v souvislosti se strádáním kontaktu druhé osoby, do kterých se řadí potřeba lásky a sounáležitosti i přátelství. Ze všech výpovědí vyplynulo, že komunikační bariéra provázející nemocné, narušuje jejich dorozumívání, a tím se zhoršuje komunikace mezi nimi a zdravotníky. Dalšími uvedenými potřebami v souvislosti s pacienty po CMP jsou například potřeba informovanosti, kdy chce nemocný být dostatečně obeznámen s průběhem léčby i s jeho celkovým stavem. Případná finanční nejistota se stává další potřebou u pacientů po CMP, kdy je zapotřebí spolupracovat se sociálními pracovníky.

Dle mého názoru je sociálních potřeb u lidí po CMP mnohem více, než je uvedeno ve výsledcích. Aby bylo zmapováno více složek, je zapotřebí se hlouběji a dlouhodobě věnovat této problematice. Teorie potřeb poukazují na jednotlivé složky, z nichž vychází koncept. Pokud si uvědomíme, co člověk během této nemoci ztrácí a v čem je indisponován, napomůže nám to ve vyhledávání a pojmenování potřeb, které se mohou u této nemoci vyskytovat v souvislosti se sociálním strádáním.

Lze konstatovat, že výsledky z šetření jsou převážně shodující s použitou literaturou. Cíle, které byly předem stanovené a měly za úkol přiblížit jednotlivé informace o zvolené problematice, byly splněné. Avšak k prohloubení a získání většího množství informací, které by mohly napomoci ke zkvalitnění péče, by bylo zapotřebí se tomuto tématu věnovat mnohem více a podrobněji.

Starat se o člověka během nemoci je nedílnou součástí práce všech zdravotníků, kteří se na jeho procesu léčby podílejí. Je zapotřebí dbát na člověka i na jeho sociální potřeby, zaměřit se na jejich monitoraci a dostatečnou saturaci. Nemocný jedinec po CMP má zhoršenou zpětnou socializaci, a proto se apeluje na způsob nápomoci ke správné motivaci pro zvládání zátěže, které toto onemocnění s sebou nese. Tato problematika je natolik rozsáhlá, že je zapotřebí se jí více věnovat a snažit se, aby u nemocných nedocházelo ke strádání, protože důsledkem je narušená psychika, která mnohdy hraje významnou roli v procesu uzdravování. Důsledkem neuspokojení sociálních potřeb, může dojít psychickému rozladění. Jednotlivé příklady psychických projevů, popisuje ve své knize Křivohlavý (2010). Uvádí možnosti psychického rozladění, pokud nejsou potřeby dostatečně uspokojovány.

Z rozhovorů sester bylo uvedeno několik případů, kdy se u pacientů projevovaly známky sociálního strádání. Příkladem byl uveden strach nebo se dostavily depresivní stavy, jež zhoršily spolupráci mezi pacientem a zdravotníkem. Dalším příkladem byla apatie a psychické rozladění pacienta v důsledku strádání sociální potřeby.

Během pozorování jsem si povšimla, že u pacientů se v průběhu nemoci často objevoval pocit strachu. V těchto případech hrál významnou roli lékař, který se snažil pacientům podávat dostatek informací, aby zamezil rozvoji jejich strachu.

Důležité je tedy důkladně vyhodnotit pacienta, tím je myšleno získání co největšího množství informací, které nám napomůžou k určení problematického okruhu, na který se zaměříme. Pak budeme schopni stanovit další postupy, a tím se zaměřovat na člověka individuálně, protože každý z nás má odlišný žebříček hodnot a potřeb.

7. Závěr

Cévní mozková příhoda je často vyskytující se onemocnění nejen v České republice, ale i v jiných zemích. Zasáhne člověka po všech jeho bio-psycho-sociálních stránkách. Tato nemoc nepostihne člověka jenom fyzicky, ale především ovlivní i jeho psychiku. Problematika související s CMP je často řešená.

Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit onemocnění v oblasti sociálních potřeb. V teoretické části jsem popsala CMP obecně, aby bylo jednodušší pochopit, jakým způsobem člověka zasáhne. Vzhledem k tomu, že naruší jedinci jeho hierarchii potřeb, jsem se snažila popsat prvně potřeby všeobecně a poté jsem se zaměřila na sociální potřeby. Zaměřila jsem se na možnosti, jakými lze monitorovat a saturovat sociální potřeby u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu postižení nemocí CMP. Dále bylo mým úkolem zjistit, jaké strádání sociálních potřeb se u těchto pacientů může vyskytovat.

V praktické části jsem zpracovala výsledky z provedeného výzkumu, kterého se zúčastnily zdravotní sestry z neurologického oddělení. Jeho záměr směřoval ke zjištění, jaké sociální potřeby jsou dle sester nejčastěji zastoupené u lidí po CMP a jakým způsobem lze tyto potřeby monitorovat. V souvislosti s monitorací bylo za cíl zjistit, jakým způsobem se zdravotníci snaží jednotlivé složky saturovat.

Z výsledků vyplývá, že sociální kontakt je nejčastější potřebou, jenž se u lidí po CMP vyskytuje. Řadí se sem kontakt s partnerem, rodinným příslušníkem a následně s kamarádem. Aby došlo ke zlepšení sociálního komfortu u těchto pacientů, je zapotřebí, aby sestry dostatečně monitorovaly sociální potřeby. Základním krokem v monitoraci je pozorování, komunikace a následné stanovení ošetřovatelských diagnóz, které se zaměřují na sociální oblast jedince. Účinné intervence následně napomáhají k zamezení rozvoje psychického rozladění jedince v souvislosti se strádáním sociálního kontaktu nebo potřeby. Příkladem je snaha sester navázat kontakt s pacientem a zapojit do tohoto procesu i rodinného příslušníka.

Lze tvrdit, že onemocnění CMP je závažným problémem, který naruší život člověka komplexně. Hospitalizace a následky, které vznikají v důsledku této nemoci, změní jedinci především i jeho sociální roli ve společnosti. To mnohdy vede k narušení lidské psychiky a pocitu méněcennosti. Proto je velmi důležité, aby právě zdravotnický personál, který je s těmito lidmi v každodenním kontaktu, apeloval na to, že holistický přístup je cestou, která jedinci napomůže ke zvládnutí těžkých situací, které se pojí s nemocí. Zdravotník bývá velmi často oporou, která nemocné provází v době jejich

hospitalizace na oddělení. Avšak i rodina by měla dbát na to, aby se stala součástí procesu léčby a byla člověku nápomocná. Na základě těchto zjištění je nutné si uvědomit, že právě zdravotníci, rodina a blízká osoba jsou v době nemoci pro člověka jediným sociálním kontaktem, který má, a měli by dbát na to, aby nemocnému pomohli zvládnout následky, které mu změni sociální roli ve společnosti. Pokud se tak stane, zamezí se rozvoji psychických problémů, které by mohly ovlivnit člověka dlouhodobě.

8. Seznam zdrojů

1. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J. a NALOS, D., ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishnig. ISBN 80-247-1197-4.
3. BHATIA, S. K., 2010. *Biomaterials for Clinical Applications* [online]. New York, NY: Springer New York [cit. 2020-05-27]. DOI: 10.1007/978-1-4419-6920-0. ISBN 978-1-4419-6919-4. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-6920-0_3
4. BLATNÝ, M., 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7.
5. BRADY, M. C., KELLY, H., GODWIN, J., ENDERBY, P. a CAMPBELL, P., 2016. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2020-05-10]. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4. ISSN 14651858. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000425.pub4>
6. BRUTHANS, J., 2017. *Kardiovaskulární onemocnění v České republice v letech 1965-2014 a faktory, které je ovlivňovaly*. Praha: Gasset. ISBN 978-80-87079-54-6.
7. CASTILLA-GUERRA, L., DEL CARMEN FERNANDEZ-MORENO, M. a ANGEL COLMENERO-CAMACHO, M., 2016. Statins in Stroke Prevention: Present and Future. *Current Pharmaceutical Design* [online]. **22**(30), 4638-4644 [cit. 2020-05-28]. DOI: 10.2174/1381612822666160510125229. ISSN 13816128. Dostupné z: <http://www.eurekaselect.com/openurl/content.php?genre=article&issn=1381-6128&volume=22&issue=30&spage=4638>
8. COUSINS, R., 2015. Prosopagnosia After Stroke: Potentials for Impairment and Treatment. *Topics in Stroke Rehabilitation* [online]. **20**(6), 471-477 [cit. 2020-05-10]. DOI: 10.1310/tsr2006-471. ISSN 1074-9357. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1310/tsr2006-471>

9. ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA, R., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.
10. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L. a LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
11. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M. a MAJDYŠOVÁ, V., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.
12. GUZIK, A. a BUSHNELL, Ch., 2017. Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology* [online]. **23**(1), 15-39 [cit. 2020-05-28]. DOI: 10.1212/CON.0000000000000416. ISSN 1080-2371. Dostupné z: <http://journals.lww.com/00132979-201702000-00007>
13. HANKEY, G.J., 2014. Secondary stroke prevention. *The Lancet Neurology* [online]. **13**(2), 178-194 [cit. 2020-05-28]. DOI: 10.1016/S1474-4422(13)70255-2. ISSN 14744422. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1474442213702552>
14. HERDMAN, T. H. a KAMITSURU, S., ed., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.
15. HUTYRA, M., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3816-1.
16. KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2093-0.
17. KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2765-3.
18. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
19. Kohoutek, 2009. *Edukace hodnot člověka*. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/2>
20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
21. KULIŠŤÁK, P., 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7.

22. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 36. ISBN 978-80-247-2713-4.
23. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
24. MARTÍNKOVÁ, J., 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4157-4.
25. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
26. MIERTOVÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0850-3.
27. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0132-0.
28. MOHR, J.P., 2011. *Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*. Philadelphia: Elsevier Saunders. ISBN 978-1-4160-5478-8.
29. NAIR, M. a PEATE, I., 2017. *Patofyziologie pro zdravotnické obory*. Přeložil Hana POSPÍŠILOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0229-7.
30. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
31. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
32. PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.
33. PREISS, M. a PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, H., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.
34. PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.
35. PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
36. RODGERS, H., 2013. *Stroke. Neurological Rehabilitation* [online]. Elsevier, s. 427-433 [cit. 2020-05-28]. Handbook of Clinical Neurology. DOI:

- 10.1016/B978-0-444-52901-5.00036-8. ISBN 9780444529015. Dostupné z:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780444529015000368>
37. ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.
 38. ŘÍČAN, P., 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9.
 39. SEIDL, Z. a OBENBERGER, J., 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.
 40. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
 41. SOUČEK, M., ŠPINAR J. a VORLÍČEK, J., ed., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-210-5418-9.
 42. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
 43. ŠEBLOVÁ, J. a KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.
 44. ŠKOLOUDÍK, D. a ŠAŇÁK, D., 2013. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-360-2.
 45. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G. a MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
 46. URBAN, L., 2011. *Sociologie trochu jinak*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3562-7.
 47. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3268-1.
 48. VOKURKA, M., 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 4., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3563-7.

49. VRABLÍK, M., MAREK, J., ed., 2019. *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí*. 5., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5078-1.
50. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
51. ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ L. a ČEVELA R., 2010. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3535-1.
52. ZP MV ČR, 2019. *Cévní mozková příhoda-každých šest vteřin jedna oběť*. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/aktuality/cevni-mozkova-prihoda-kazdych-sest-vterin-jedna-obet/>

9. Přílohy

9.1 Ukázka otevřeného kódování

První rozhovor jsem uskutečnila se zdravotní sestrou, která pracuje na neurologickém oddělení. Respondentka pracuje ve zdravotnictví, již 20 let. V počátcích své praxe nastoupila na chirurgické oddělení, kde strávila 5 let a poté přešla na neurologii, kde je dodnes. Respondentka uvedla, že ji na práci ve zdravotnictví nasměrovala situace, kdy se objevilo závažné onemocnění v její rodině. Uvedla, že si tenkrát během toho těžkého období uvědomila, že právě práce zdravotní sestry je smysluplné povolání.

1. Co je podle Vás důležité, popřípadě na co by se zdravotnický personál měl zaměřit u pacientů po CMP?

„Co je důležité po CMP? Asi hodně záleží na tom, jaká část mozku je postižena a taky na tom, za jakou dobu se dostane člověk do nemocnice. Od toho se odvíjí, co je pro daného člověka důležité ze zdravotní péče. Avšak personál by se měl zaměřit především na následnou rehabilitaci.“

➤ Proč právě na následnou rehabilitaci?

„No z hlediska včasné rehabilitace se dají ovlivnit další následky způsobené CMP. Myslím tím třeba právě, že to pomůže pacientovi s nácvikem denních činností, které mu bohužel ve stavu po CMP dělají problém, protože vlastně ztrácí svou dosavadní soběstačnost, a to je pro ně opravdu těžké, zvykají si na pomoc od druhých. Ale jako rehabilitace má mnohem více pozitivních dopadů, a jak říkám, záleží právě do jaké míry a jak moc je pacient zasažen.“

1. Co chápete pod pojmem sociální potřeby?

„Chápu to tak, že jsou to potřeby, které jsou naplňovány ve společnosti. Jakože například to může být komunikace, která bývá obtížná u lidí po CMP. Dále to může souviset třeba s láskou nebo přátelstvím.“

2. Jaké sociální potřeby se podle Vás vyskytují u pacientů po CMP?

„Jak se již řeklo, tak určitě se budou odvíjet od jejich zdravotního stavu. Ale za dobu mé praxe si troufám říct, že se převážně vyskytuje komunikační bariéra, a ta jim dělá opravdu velký problém. Takže vlastně následkem špatné komunikace, jim pak vážnou vztahy třeba i v rodině nebo se to zhorší i v partnerském vztahu. Takže dle mě, převahuje určitě komunikace, ta je důležitá snad ve všech směrech u člověka ve společnosti.“

➤ Nějaké další sociální potřeby Vás napadají?

„No určitě se taky setkávám při své praxi se situacemi, kdy mají pacienti strach, třeba že přijdou o práci a nebudou mít finanční jistotu. Ale strach, ten opravdu dělá hodně s lidskou psychikou, a několikrát jsem byla svědkem toho, že pacienti propadli depresím,“

naštěstí se z toho dostali anebo dopad nebyl tak drastický, nebo o tom nevím, jak to s nimi dopadlo během následné péče. Doufejme, že to dopadlo dobře. Vždycky je to složitá situace pro ně, a to asi jako pro každého člověka s vážnějším onemocněním."

- A jaké jsou podle Vás nejčastější sociální potřeby, které je zapotřebí saturovat u pacienta po CMP?

„No tak dle mě, určitě komunikace a dodávat pacientovi pocit, že na to není sám, protože i samotná hospitalizace má negativní dopady na člověka. Takže se snažil mu dát najevo, že vlastně ^{nechápeme} chápeme, v jaké situaci se ocitá. Právě jednou jsem se setkala s pacientem, který teda těžce prožíval hospitalizaci a tam jsme teda museli hodně ^{naa rodinného příslušníka} spolupracovat s rodinou, aby se u něj nerozvinula deprese. Bylo to těžký ale nakonec to dopadlo relativně dobře.“

3. Je podle Vás důležité, aby zdravotnický personál napomáhal dosahovat sociálních potřeb v době nemoci u pacienta po CMP?

„Tak v době jakékoliv nemoci je nutné, aby ^{nejlepší práce} zdravotník napomáhal naplňovat sociální potřeby pacientovi. To máte takhle se všemi potřebami. Vždycky je nutné, aby se ^{málo to práce} zdravotníci zaměřovali na člověka komplexně.“

- Uvedla byste svůj názor, proč je to důležité?

„Právě díky uspokojení sociálních potřeb může ^{motivace k uzdravení} vést k silné motivaci v uzdravování. Takže si myslím, že je vhodná usilovnější rehabilitace těchto pacientů. Vezmete si, že prodělaná mrtvice zasáhne člověka v jeho životě, nejen z hlediska fyzického ale i psychického, protože vlastně se mu naruší celý jeho život, a to se vždycky odráží i v sociálním životě.“

4. Setkala jste se v průběhu Vaší praxe s případem, kdy došlo k velkému sociálnímu strádání?

„Tak určitě ano. Příkladem bych mohla uvést případ jedné pacientky, která dříve pracovala jako učitelka na základní škole, měla manžela, který v tu dobu pracoval, teď si přesně nevzpomenu, ale někde jako vedoucí, ale o tu práci přišel, jenže kvůli onemocnění přišla o práci i ona. A to v ní ^{psychické důsledky} vyvolávalo opravdu depresivní stavy. Přece jenom si vezmete, že byla zvyklá na svou práci, kterou dělala dlouho a v jeden moment o ní přijde ona, a i její manžel přijde o práci. Takže tedy to opravdu bylo složitě.“

- Jakým způsobem jste se snažila tuto situaci řešit?

„Tak u tohoto případu. Jsem se snažila spolupracovat s jejím manželem, a pak jsem vlastně ^{spolupráce s pacientem} zapojila sociální pracovníci, která poté manželům pomáhala s dalšími postupy, co mají dělat a tak.“

5. Jakým způsobem lze monitorovat sociální potřeby pacienta?

„Monitorovat? No asi bych řekla, že všude se používá ^{příběhy, monitorace} stanovování ošetřovatelských diagnóz, jó. Podle, kterých pak volíme kritéria a intervence.“

➤ A uvedla byste nějaký příklad ošetřovatelské diagnózy?

„Nějaký příklad uvést? Tak určitě stanovujeme jako diagnózu třeba právě sociální izolaci teda. Tam vlastně se snažíme jakoby pomáhat pacientovi se vztahy nebo jakoby udržování sociálních vztahů právě třeba s rodinou, jó. Takže se je snažíme opravdu ^{podle podmínek jeho potřeby} zapojovat. Tím myslím tedy, že jako i sledujeme jejich celkový stav. Prostě se snažíme o to, aby nevznikali komplikace, právě kvůli tomu, že budou mít pocit, že jsou izolovaný no.“

6. Znáte nějaká možná východiska, jakým způsobem lze napomoci pacientovi s uspokojením jednotlivých sociálních potřeb?

„Tak určitě tady východiska jsou a je jich spousta. Ale tak běžně se snažíme zapojit do tohoto procesu více lidí. Například ^{u některých pacientů} logopedi s námi spolupracují u pacientů po CMP, ti s nimi vlastně trénují nácvik řeči, nebo máme ^{u některých pacientů} skvělého nemocničního kaplana, který pravidelně dochází za těmito lidmi. A i ^{u některých pacientů} rehabilitační pracovníci, ty se jim intenzivně věnují. Určitě pak i ^{u některých pacientů} my jako sestry se snažíme navazovat kontakt s těmi pacienty. Pokud se najde volná chvílka tak třeba používáme papíry s obrázky od logopedů a trénujeme s nimi řeč. Anebo se taky ^{u některých pacientů} teď vojit pomoc od sociálních pracovníků. Ale jako záleží na tom, co pacient vyžaduje nebo, kde mu, co chybí jó. Tohle všechno je strašně individuální, ale snažíme se o ně starat opravdu komplexně.“

➤ Hovořila jste o navazování kontaktu. Jakým způsobem se snažíte navazovat kontakt?

„Tak kontakt s pacienty navazujeme pokaždé, když k nim jdeme vykonávat odbornou práci. ^{domluvit se} Mluvíme na ně srozumitelně a snažíme se volit jednoduché věty, žádná složitá souvětí. Pak právě třeba i ^{komunikovat} dotek, ten na ně působí velmi dobře, protože jim jakoby dodává pocit, že nám nejsou lhostejní. To taky dělá opravdu hodně.“

7. Myslíte si, že zdravotnický personál má dostatek času, aby se věnoval každému pacientovi po CMP, a snažil se nějakým způsobem kompenzovat jeho sociální strádání?

„No upřímně ^{ne} si nemyslím, že má dostatek času, ^{ne} když v dnešní době u celé této struace, která je.“

➤ V čem je podle Vás problém?

„Ono je to srovnání těžké, si jako sestra vytyčit čas na jednoho pacienta a věnovat se mu opravdu intenzivně. A důvodů to má spoustu, například: Máte spoustu práce s papírováním, nebo spoustu výkonů. A hlavně na oddělení neleží jenom jeden pacient ale třeba 30 pacientů z toho 8 po CMP, a ten čas i když chcete stejně nemáte. A tak se snažíme zapojovat právě logopedy, kaplana a sociální pracovníky. A jsem velice ráda, že naši současní tým jsou skvělí rehabilitační pracovníci, kteří jak jsem řekla se opravdu intenzivně lidem po CMP věnují.“

8. Je podle Vás důležitá týmová spolupráce?

„Ano, ^{spolupráce s ostatními pracovníky} týmová spolupráce je nutná.“

➤ Byla jste někdy v minulosti během Vaší praxe svědkem toho, že týmová spolupráce mezi zdravotníky selhala?

„Také jsem se s tím setkala. Ostatně jako na každém jiném oddělení, někdy ta spolupráce není taková, jaká by měla být.“

➤ Může podle Vás nesprávná spolupráce mezi zdravotníky, negativním způsobem ovlivnit proces saturace sociálních potřeb u pacientů po CMP?

„Ano, určitě může, protože pokud zdravotníci mezi sebou nekomunikují, nebo jsou mezi nimi rozpory, určitě to může ovlivnit i samotnou péči o pacienta.“

➤ Jaký je podle Vás možný způsob řešení komplikace, jež vzniknou z důvodu nesprávné komunikace mezi zdravotníky?

„Podle mě, je nejlepší způsob, aby si mezi sebou promluvili a snažili se spolu nějakým způsobem vycházet, tak aby netahali konflikty mezi sebou do práce, protože pak nespolečně pracují tak jak by měli, a může vážnou práve tu péči o pacienty. A pak třeba i supervize, která by mohla probíhat.“

9. Je podle Vás důležitá spolupráce s rodinnými příslušníky?

„Určitě ano, ^{ale hlavně v případě pacientů} protože rodina je pro nemocného člověka velkou oporou v překonávání těžké životní situace. Přece jenom CMP nenaruší jen samotného člověka, ale právě i jeho rodinu.“

➤ Jakým způsobem podle Vás onemocnění CMP naruší pacienta a jeho rodinu?

„Tak v partnerském životě, to může narušit právě jejich sexuální život. Nebo i jako ^{partnerův život} roli rodiče to může narušit.“

➤ Jak podle Vás tuto situaci mohou řešit?

„^{rodinní pracovníci} Tak asi určitě by se mohl zapojit psycholog. Důležité je, aby opravdu rodina byla oporou. Pak se člověk jednoduše motivuje a chce se uzdravit nebo aspoň zmírnit následky onemocnění CMP.“

9.2 Seskupení kódů do kategorií

Kategorie	Kódy
1) Následná péče	- Aktivizace pacienta
2) Sociální potřeby	- Práce - Finanční jistota - Komunikace - Sociální vztahy - Pochopení
3) Důvod saturace	- Motivace k uzdravení - Náplň práce
4) Strádání	- Psychické důsledky - Osobní vztahy
5) Monitorace	- Způsob monitorace
6) Saturace	- Komunikace - Neverbální komunikace - Způsoby saturace - Ostatní pracovníci - Pozorování
7) Faktory ovlivňující saturaci	- Vztahy na pracovišti - Role rodinného příslušníka - Spolupráce oš. personálu - Čas