



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Spolupráce sester agentury domácí péče a
rodinných příslušníků
v péči o pacienta
po cévní mozkové příhodě

Vypracoval: Petra Silovská

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

ABSTRAKT

Cévní mozková příhoda je akutní cévní poškození mozku. Příčina může být různá. Jedná se buď o uzavření cévy krevní sraženinou, o zúžení krevních cév nebo jde o kombinaci obou těchto příčin. Mezi časté příznaky CMP se řadí ochrnutí, slabost, ztráta citlivosti na tváři nebo na jedné straně končetiny. Dalším problémem může být porucha řeči. Cévní mozková příhoda se dělí na mozkovou ischemii a hemoragický iktus. V práci jsou uvedeny charakteristiky a příznaky těchto druhů. Dále jsou v práci popsány vyšetřovací metody a léčba CMP.

Následkem CMP může být určitá forma parézy nebo plegie, což znamená pro klienta omezení v soběstačnosti. Proto je nutné zahájit včas rehabilitaci, při které se zapojí postižené části těla. Pokud klient trpí poruchou řeči následkem CMP, je vhodné, aby se mu věnoval také logoped. Vzhledem k handicapu je v neposlední řadě nutné myslet na správné umístění nábytku v domácnosti klienta.

Pokud klient není v nemocničním zařízení, může rodina využít služeb agentury domácí péče. Pokud jeho zdravotní stav dovolí, může zůstat ve svém domácím prostředí a sestra z agentury domácí péče za ním pravidelně dochází domů a spolupracuje s rodinou klienta. Provádí veškeré potřebné úkony a také zapojuje rodinu do péče. Nedílnou součástí péče je komunikace. Klienti mívají problém nejen s pohybovým aparátem, ale většinou i s poruchou řeči. Proto by sestra měla věnovat dostatek času komunikaci jak verbální, tak neverbální a vyslechnout pacientova přání a potřeby.

Pro tuto práci s názvem Spolupráce sester a rodinných příslušníků v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě byl zvolen kvalitativní výzkum. Rozhovory byly provedeny se sestrami agentury domácí péče a s rodinnými příslušníky pečujícími o nemocného po cévní mozkové příhodě. Pro rozhovory byl osloven Český červený kříž ve Strakoniciích a rozhovorů se účastnily sestry z Domácí péče ČČK ve Vodňanech. Výzkumné šetření

probíhalo během března 2015, a to s rodinnými příslušníky v jejich domácím prostředí a se sestrami v agentuře. Odpovědi respondentů během rozhovorů byly doslovně zaznamenávány a následně doslovně přepsány. Tento výzkum byl shrnut do kategorií a pro znázornění byly použity tabulky. Cílem práce bylo zjistit rozsah spolupráce sester agentury domácí péče a rodinných příslušníků u pacientů po cévní mozkové příhodě. Dalším cílem bylo zjistit, jaké nejčastější úkony provádí sestra agentury domácí péče, následně zjistit, do jakých činností lze zapojit rodinné příslušníky, a posledním cílem bylo zjistit, jak komunikuje sestra agentury domácí péče s rodinou.

Pro tuto práci byly stanoveny výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou je, jaký je rozsah péče prováděné sestrou agentury domácí péče u pacientů po cévní mozkové příhodě. Další otázkou je, do jaké míry se účastní péče o pacienta po cévní mozkové příhodě rodinní příslušníci. A poslední zní, jaké způsoby komunikace volí sestra agentury domácí péče s rodinnými příslušníky. Rozhovory byly zaměřeny na činnosti, které provádí sestra agentury domácí péče, a na úkony, do kterých se zapojuje rodina. V této oblasti se zmiňují o používaných pomůckách využívaných při péči o klienta a dále o pomůckách, které jim chybí.

Další část výzkumného šetření byla věnována komunikaci a spolupráci mezi sestrou a rodinou. Zde vyšly najevo pozitivní výsledky. Sestry byly velice spokojené se spoluprací s rodinami. Chválily si aktivní účast a zájem rodinných příslušníků v péči o jejich blízkého. Příbuzní měli k sestrám kladný vztah, chválili si přístup a komunikaci sester. Ohledně úkonů, které sestry u klientů provádějí, zazněly velmi podobné odpovědi. Stejně tak v oblasti, do jakých úkonů lze zapojit rodinné příslušníky. Při péči lze rodinu zapojit do hygieny, podávání stravy a léků a do všech činností týkajících se ošetřování nemocného. Rodinní příslušníci měli stejné názory ohledně úkonů, do kterých se zapojují. Většina sester používá podobné pomůcky při péči o klienta. Důležité jsou antidekubitární a polohovací pomůcky. Některé sestry by ještě uvítaly například polohovací lůžko, WC židle, vozíky, chodítka, nástavce na WC a jiné potřebné pomůcky. Rodinní příslušníci byli rádi, že mohli využít služeb agentury domácí péče. Z výzkumného šetření vplynuly informace o vysoké úrovni spolupráce mezi sestrami agentury domácí péče a rodinnými příslušníky pacientů po CMP.

Výsledky prokázaly, že spolupráce a vztahy mezi oběma stranami jsou na velmi dobré úrovni a pozitivně se odráží na péči o pacienta. Z uskutečněného šetření spolupráce sester agentury domácí péče a rodiny pacientů po CMP vyplynulo, že obě zúčastněné strany hodnotí vzájemnou spolupráci kladně. Rodinní příslušníci projevují značný zájem o poznatky a rady získávané od sester, jež následně uplatňují v péči o blízkého. Zároveň kladně hodnotí vstřícný a empatický přístup sester agentury domácí péče. Z pohledu sester vyplynuly stejně pozitivní výsledky a se zapojením rodiny do péče o pacienta jsou spokojeny. Zjištěné výsledky tohoto výzkumu bude možné předat agentuře domácí péče k posouzení přínosu práce sester na celkový stav klientů.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda, domácí péče, spolupráce, komunikace, sestra, rodinní příslušníci.

ABSTRACT

Cerebrovascular accident means acute vascular brain damage. It may have various causes. This includes either blocking of a vein with a blood clot, vasoconstriction or combination of the aforementioned causes. Frequent symptoms of CVA are paralysis, weakness, loss of sensitivity in face or on one side of a limb. Another symptom may be speech disturbance. Cerebrovascular accident may be identified as brain ischemia and hemorrhagic ictus. The thesis includes characteristics and symptoms of the aforementioned types. Furthermore, the thesis describes examination methods and treatment for CVA.

Consequences of CVA may include some forms of paresis or plegia, which brings limitation of self-sufficiency for a client. Thus, it is necessary to start timely rehabilitation which shall engage the affected body parts. If the client suffers from speech disturbance as a consequence of CVA s/he should be treated by a speech specialist. Regarding the handicap it is also necessary to position the furniture correctly at client's home.

If the client does not stay in hospital facilities the family may use service of a home care agency. If the client's health allows s/he may stay at his/her home and a nurse from the home care agency may come to his/her home regularly and helps the client's family. The nurse performs all the required activities and s/he also makes the family engaged in the care. Communication forms an inseparable part of the care. The clients usually have problems with locomotory system and mostly with speech disturbance. So, the nurse should spend enough time with verbal communication as well as with nonverbal communication and listen to the needs and wishes of the patient.

The thesis called Cooperation of nurses and family members within care for a patient who suffered from cerebrovascular accident used qualitative research. The interviews were taken with nurses from home care agency and with family members who take care for a patient who suffered from cerebrovascular accident. The Czech Red Cross society located in Strakonice was asked to give the interview and the interviews were taken with nurses from Home care of the Czech Red Cross society located

in Vodňany. The survey was carried out in March 2015, and it was executed with family members at their homes, and with the nurses in the agency. Respondents' answers were recorded word by word, and then the recorded answers were re-written word by word. The survey was categorized and charted to make it more illustrative. The aim of the thesis was to identify the extent of cooperation between nurses from home care agency and family members taking care for a patient who suffered from cerebrovascular accident, and then to define in which activities the family members may be engaged, and finally to describe how the nurse from home care agency communicates with the family.

Research questions have been defined for the thesis. The first research thesis asks what the extent of work performed by a nurse from home care agency for a patient who suffered from cerebrovascular accident is. Another question asks in what extent the family members are engaged in the care for a patient who suffered from cerebrovascular accident. And the last question asks what communication methods the nurse from home care agency uses for the family members. The interviews were focused on the activities which are performed by the nurse from home care agency, and on the activities which the family is engaged in. In this section I have described the tools that are used within the care for the client, and the tools which are missing within the care for the client.

Another part of the research was devoted to communication and cooperation between the nurse and the family. This has shown positive results. The nurses were very satisfied with cooperation with the families. They appreciated active participation and engagement of the family members in care for their close relative person. The family members showed positive relationships with the nurses; they appreciated nurses' approach and communication. Similar response was received in respect of the jobs which the nurses perform for the clients. And so was in respect of the jobs which the family members may be engaged in. The family may be engaged in hygiene, feeding and medicating and in which activities related to care for the patient. The family members' opinion was the same for the activities they have been engaged in. Most nurses use similar tools within care for the patient. Anti decubitus and positioning tools are crucial. Some nurses would appreciate using e.g. position bed, WC chair, wheel

chair, walkers, WC adapters and other necessary tools. The family members were glad to use the service of home care agency. The survey revealed high level of cooperation between the nurses from home care agency and family members of patients who suffered from cerebrovascular accident. The results have shown that cooperation and relationships between both parties are at very high level and they are reflected positively in the care for the patient. The survey of cooperation of nurses from home care agency and family of patients who suffered from CVA revealed that both involved parties regard their cooperation to be positive. Family members have shown their interest in receiving knowledge and advice given by the nurses, and they subsequently apply these within the care for their relative person. And they also appreciate helpful and empathic approach of the nurses from the home care agency. The nurses' point of view has shown the same positive results and they were satisfied with family's engagement in care for the patient. The revealed results of the survey may be provided to the home care agency to allow assessment of the effect of nurses' work on the overall condition of the clients.

Keywords

Cerebrovascular accident, home care, cooperation, communication, nurse, family members.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 28. 4. 2015

.....

Petra Silovská

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí práce Mgr. Ivaně Chloubové za její trpělivost, vedení, vstřícný přístup a za poskytnutí cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat sestřám Domácí péče Českého červeného kříže, klientům a jejich rodinným příslušníkům, kteří využívají služeb této agentury, za poskytnutí rozhovorů. V neposlední řadě děkuji Mgr. Marii Kadochové za spolupráci. Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pomoc.

OBSAH

ÚVOD.....	13
1. SOUČASNÝ STAV.....	15
1.1 Anatomie a fyziologie mozku	15
1.2 Cévní mozková příhoda.....	16
1.2.1 Diagnostika cévní mozkové příhody.....	17
1.2.2 Léčba akutní mozkové příhody cévní	19
1.2.3 Ošetrovatelská péče o pacienty po CMP	19
1.3 Zapojení rodinných příslušníků do domácí péče.....	21
1.4 Komunikace.....	23
1.5 Domácí péče.....	25
1.5.1 Ošetřování nemocného v domácí péči.....	27
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.1 Cíl práce.....	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3. METODIKA.....	30
3.1 Metodika výzkumu.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4. VÝSLEDKY.....	31
4.1 Rozhovory se sestrami	31
4.2 Rozhovory s rodinnými příslušníky.....	36
4.3 Identifikace výzkumného souboru	39
4.4 Kategorizace získaných dat od sester.....	40
4.5 Kategorie Nejčastější úkony prováděné sestrou agentury domácí péče a rodinnými příslušníky	41
4.6 Kategorie Zapojení rodinných příslušníků do péče	44
4.7 Kategorie Komunikace mezi sestrou a rodinou	45
4.8 Identifikace výzkumného souboru	46
4.9 Kategorizace získaných dat od rodinných příslušníků.....	47

4.10 Kategorie Spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky	48
4.11 Kategorie Využití agentury domácí péče	48
5. DISKUZE.....	50
6. ZÁVĚR	55
7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	56
PŘÍLOHY.....	10

Seznam použitých zkratk

CMP – cévní mozková příhoda

TIA – tranzistorní ischemická ataka

MR – magnetická rezonance

CT – computerová tomografie

EKG – elektrokardiograf

ČČK – Český červený kříž

C1 – cíl 1

C2 – cíl 2

C3 – cíl 3

O1 – výzkumná otázka 1

O2 – výzkumná otázka 2

O3 – výzkumná otázka 3

ÚVOD

V úvodu bych se chtěla zmínit o cévní mozkové příhodě. V této práci je uvedena definice cévní mozkové příhody, diagnostika a léčba cévní mozkové příhody. Uvedla jsem základní informace o anatomii a fyziologii mozku. Také jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacienty po CMP a možnostmi zapojení rodinných příslušníků do domácí péče. V práci je obsažena komunikace s klientem po CMP a jsou zde shrnuty informace o domácí péči a ošetřování klientů v domácí péči.

Statisticky je vyčísleno, že různě závažnými formami CMP je v ČR postiženo až 40 tisíc lidí ročně. Jedna třetina pacientů zemře z důvodu pozdního zaléčení. 1/4 - 1/2 postižených je závislá na cizí pomoci. 15% pacientů trpí poruchou řeči, 22% pacientů má poruchu chůze a 45% pacientů je ochrnuto na polovinu těla.

Dříve postihovala CMP především starší jedince. V současnosti se pacienty stávají i lidé mladšího věku. Na tento vývoj má vliv především stres a nezdravý životní styl. Lidé se nepravdělně a nezdravě stravují, nesportují a jsou často závislí na návykových látkách.

Cévní mozková příhoda je akutní cévní poškození mozku. Dělí se na mozkovou ischemii a hemoragický iktus. Příčinou mozkové ischemie je poškození mozkové tepny nebo přívodné tepny aterosklerotickým plátem. U hemoragického iktu je příčinou krvácení do mozkové tkáně. U hemoragického iktu se rozlišuje subarachnoideální a intracerebrální krvácení.

Zabývala jsem se také komunikací, která hraje významnou roli při péči o pacienta po CMP. Klienti po CMP mají také většinou problém s poruchou řeči, někde dochází k potížím s porozuměním mluvenému slovu. Proto by sestra měla věnovat dostatek času této oblasti.

U domácí péče jsem vymezila zmíněný pojem a rozdělila jej na jednotlivé oblasti. Uvedla jsem základní úkony, které sestra agentury domácí péče provádí, a také jsem věnovala pozornost informacím o zapojení rodinných příslušníků do domácí péče.

Cílem práce bylo zjistit rozsah spolupráce sester agentury domácí péče a rodinných příslušníků u pacientů po cévní mozkové příhodě. Výzkumnou část jsem prováděla formou rozhovorů se sestrami a rodinnými příslušníky. Rozhovory byly provedeny v agentuře domácí péče ve Vodňanech.

Toto téma jsem si vybrala, protože mě během mé praxe v agentuře domácí péče zaujalo a bylo mi blízké. Ze svého okolí znám několik pacientů a jejich příbuzných, kteří by rádi využili služeb domácí péče.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie mozku

Mozek patří mezi životně významný orgán. Je uložen v lebeční dutině, kde je chráněn kostmi neurokránia. Má tři základní obaly, mezi které se řadí měkká plena, pavučnice a tvrdá plena. Mozek je složen z mozkových buněk neboli neuronů, dále z podpurných buněk, mozkomíšního moku a krevních cév.

Mozek se dělí na přední mozek, střední mozek a zadní mozek. Mozek má pět základních částí, a to telencephalon neboli koncový mozek, diencephalon, což je mezimozek, mesencephalon neboli střední mozek, dále Varolův most a mozeček a prodloužená mícha. Telencephalon je největší částí mozku a je tvořen dvěma hemisférami. Hemisféry se dělí na pravou a levou, které jsou pokryty mozkovou kůrou a šedou hmotou. Na obou hemisférách jsou čtyři laloky. Mezi tyto části patří čelní, temenní, týlní a spánkový lalok a další oblastí je mozeček. Čelní lalok určuje pohyby, rysy povahy, sociální chování, řeč. Temenní lalok má vliv na pozornost, vnímání, psaní, počítání. Týlní lalok ovlivňuje zrak a spánkový lalok je určující pro slovní a zrakovou paměť a sluch. Hemisféry nejsou úplně symetrické. Levá hemisféra podporuje logické myšlení, matematické myšlení a je důležitá pro tvorbu řeči. Naopak pravá hemisféra dodává prostorovou orientaci, vztah k tvořivosti, umění, abstraktnímu myšlení a představivosti. Diencephalon je uložen mezi středním a koncovým mozkem. Mezimozek se dělí na tři části, a to na thalamus, subthalamus a hypothalamus. Hypothalamus ovlivňuje funkce sympatiku, parasympatiku a ovlivňuje také limbický systém. Jeho jádra řídí funkčnost hypofýzy. Dalším oddílem mozku je mesencephalon, který je uložen mezi Varollovým mostem a mezimozkem. Varolův most je zařazen mezi prodlouženou míchu a mesencephalon. Do mozečku vstupují dráhy z míchy, vestibulárního ústrojí a z mozkové kůry. Tyto dráhy jsou významné pro pohyb a svalový tonus. Podílí se také na psychických a kognitivních funkcích. Prodloužená mícha je nervová tkáň uložená v páteřním kanálu. Z prodloužené míchy vystupuje

dvanáct hlavových nervů. Míšní nervy mají motorická, senzitivní a vegetativní vlákna. Motorická vlákna inervují kosterní svaly, senzitivní vlákna přenášejí vzruchy od receptorů k míše a vegetativní vlákna inervují hladké svalstvo orgánů, cév a žlázy. (Seidl, 2009)

Mozek má bohaté krevní zásobení a je velmi citlivý na přívod kyslíku. Mozek je vyživován dvěma karotickými tepnami a dvěma páteřními tepnami. Karotické tepny zásobují čelní část mozku a páteřní tepny vyživují zadní část mozku. Mozek nemá žádné zásobení kyslíku a živin, a proto je významné, aby se krev neustále obměňovala. Na přívod kyslíku jsou citlivé neurony, kterým stačí deset sekund přerušení krevního zásobení, aby došlo k poškození mozku. Tepny přenášejí krev obohacenou kyslíkem a živinami. Důležitý je přívod glukózy do mozku. Naopak žíly odvádějí odpadní látky. Aby mozek plnil svou funkci, musí být přívod krve asi jeden litr za minutu. Pro mozek je důležitá jeho plasticita, jedná se o přizpůsobivost mozku změnám. Tato plasticita je velmi významná při regeneraci z iktu. (Feigin, 2007; Slezáková, 2007)

1.2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda neboli iktus je akutní cévní poškození mozku. Jedná se o náhle vzniklé závažné postižení mozkových cév. Příčinou může být uzavření cévy krevní sraženinou, zúžení krevních cév nebo kombinace obou příčin. Tyto příčiny vedou k nedostatečnému krevnímu zásobení. (Feigin, 2007)

Cévní mozková příhoda se nemusí projevit. Bezpříznaková mozková příhoda se nazývá tichý nebo němý iktus. Nejčastějšími příznaky je ochrnutí, slabost, ztráta citlivosti na tváři nebo na končetině jedné strany těla. Pacienti mají problém s mluvením nebo porozuměním.

Pokud příznaky nevymizí do 24 hodin, jedná se o mozkový iktus. V případě, že příznaky odezní do 24 hodin, jde o tranzistorní ischemickou ataku. Tranzistorní ischemická ataka (TIA) je náhle vzniklý neurologický deficit, který trvá několik minut. Vzniká při ucpání arteriální větve krevní sraženinou. Sraženina se vytváří v srdci

a prochází krevním řečištěm. Jde o varovný signál, který by pacienti neměli podceňovat a měli by vyhledat lékaře. U pacientů, kteří prodělali TIA, je větší pravděpodobnost vzniku ischemického iktu. (Feigin, 2007; Ambler, 2006)

Cévní mozková příhoda se dělí na mozkovou ischemii a hemoragický iktus. U hemoragického iktu se rozlišuje intracerebrální a subarachnoidální krvácení.

Příčinou mozkové ischemie je poškození mozkové tepny nebo hlavní přívodné tepny aterosklerotickým plátem, který zapříčiní zúžení cévy. Jindy může vzniknout krevní sraženina, která uzavírá cévu. Dochází k nedokrevnosti mozku, tím je způsoben nedostatek kyslíku a glukózy. Rizikovými faktory vzniku aterosklerotických plátů je vyšší věk, mužské pohlaví, hypertenze, kouření, diabetes mellitus, srdeční choroby, obezita, nevhodné složení stravy a jiné příčiny.

Příčinou hemoragického iktu je krvácení do mozkové tkáně, pak se jedná o intracerebrální krvácení, nebo pod pavučnici, které se nazývá subarachnoidální krvácení. Příznakem subarachnoidálního krvácení je silná bolest hlavy, která vzniká náhle a může být spojena se zvracením, ztuhnutím šíje nebo krátkou ztrátou vědomí. U tohoto krvácení se mohou vyskytnout i epileptické záchvaty. Dalším, ale nespecifickým příznakem je hypertenze.

U intracerebrálního krvácení se může objevit jako časný příznak kóma, které signalizuje rozsáhlé krvácení do bazálních ganglií nebo do mozkového kmene. Může se vyskytnout i krátké bezvědomí, které trvá pouze několik minut. Pacient se pak může probírat s těžkým neurologickým postižením. Příznaky se výrazně zhoršují během několika hodin. Příčin intracerebrálního krvácení je mnoho. Nejčastější příčinou je chronická nebo akutní hypertenze. (Feigin, 2007; Kalita, 2010; Kalina, 2008)

1.2.1 Diagnostika cévní mozkové příhody

Významnou roli u diagnostiky CMP hrají zobrazovací vyšetřovací metody. V akutní fázi iktu se provádí CT, na kterém je viditelné intrakraniální krvácení. U ischemické příhody bývá nativní CT v prvních hodinách negativní či s minimálními

nálezů. Z tohoto důvodu nemusí být diagnostikována. Další vyšetřovací metodou je CT angiografie. Toto vyšetření se provádí pomocí kontrastní látky, přičemž jsou viditelné části krkavic a mozkové tepny. CT angiografie se provádí pro ověření uzavěru mozkové tepny nebo karotidy. Po angiografii je významná péče o pacienta. Po tomto vyšetření je důležité sledování celkového stavu pacienta a pravidelné kontrolování místa vpichu. Při kontrole celkového stavu pacienta sestra sleduje fyziologické funkce, a to hlavně krevní tlak a pulz. Hypotenze a tachykardie může signalizovat krvácení. Sestra si také všímá dušnosti, slabosti a sleduje intenzitu bolesti u pacienta. Důležitou roli hraje kontrola a ošetření místa vpichu. Na toto místo je potřebné přiložit kompresi. Nejčastěji se přikládá sáček s pískem. Sestra pravidelně kontroluje okolí místa vpichu, zda nedochází ke krvácení nebo rozvoji hematomu a také sleduje pulzaci dolních končetin. Délka komprese je minimálně šest hodin po výkonu. Pacient by měl být v klidu na lůžku dvanáct hodin po výkonu. Pro diagnostiku je proto velmi důležitá magnetická rezonance (MR). Ischemie na MR je lépe znatelná než na CT. Pro zobrazení karotických tepen se využívá navíc ultrazvuk. Další vyšetřovací metodou je digitální subtrakční angiografie, která je méně indikována u ischemické CMP než u hemoragických CMP.

Hlavní indikací k akutní diagnostické angiografii je náhle vzniklá CMP během prvních hodin po vzniku příznaků. Další indikací je trombóza mozkových splavů. Komplikací angiografie může být hematoma v místě vpichu tepny, vzácněji se může vyskytnout trombóza. Prevencí komplikací je komprese a pravidelné sledování místa vpichu. Neinvazivní vyšetřovací metodou je neurosonologické vyšetření, které zobrazí cévní zásobení mozku a vypoví o příčině problémů. Mezi tato vyšetření patří duplexní sonografie, transkraniální dopplerovská sonografie a transkraniální barevná duplexní sonografie. Dopplerovské vyšetření zobrazí směr a charakter toku v cévách. Tato vyšetření jsou pro pacienta velice šetrná a nemají žádné kontraindikace. Transkraniální dopplerovská sonografie umožňuje měření průtoků intrakraniálními cévami. Transkraniální barevná duplexní sonografie zobrazuje intrakraniální strukturu a cévy. Dalšími neméně důležitými vyšetřovacími metodami je EKG, zobrazující srdeční rytmus. Echokardiografie je ultrazvukové vyšetření srdce, kde jsou zobrazena srdeční poškození, která mohou být příčinou vzniku CMP. Součástí diagnostiky je rentgenové

vyšetření hrudníku, kde se mohou prokázat onemocnění plic a srdce. Důležitou součástí je laboratorní vyšetření krve na srážlivost a moči. (Feigin, 2007; Kapounová, 2010; Orel, 2009)

1.2.2 Léčba akutní mozkové příhody cévní

Důležitou roli hraje včasná diagnostika, léčba, prevence komplikací a v neposlední řadě včasná rehabilitace. Péče o pacienta po CMP zahrnuje sekundární prevenci, léčbu motorických, psychických a kognitivních problémů po CMP.

Využívá se antiagregační léčba, ale je nutné vyloučit intracerebrální krvácení. Neméně významná je také antikoagulační léčba. Jindy se využívá intravenózní trombolýza, což znamená zprůchodnění mozkové tepny rozpuštěním krevní sraženiny. Léčbu je nutné zahájit co nejdříve, nejlépe do 3 hodin od vzniku CMP. Intraarteriální trombolýza, prováděná pouze ve specializovaných centrech je účinnější než intravenózní trombolýza. Kontraindikací trombolýzy je již prodělaná CMP, maligní onemocnění nebo v nedávné době prodělaná operace. Léčba hemoragické CMP závisí na příčině. V rámci léčby je nutné sledovat krevní tlak, při jeho snížení může dojít ke zmenšení hematomu. Neměl by se však snižovat prudce. Hematomy se mohou odstranit operačně nebo se využívá jejich endoskopické odsátí. Jinou metodou je aplikace trombololytika do dutiny hematomu a následné odsátí. U pacientů, kteří prodělali subarachnoidální krvácení, je také nutné provést operativní zákrok prasklé výdutě. Mezi další důležitá opatření patří zajištění dýchání, podávání kyslíku, sledování krevního tlaku i tělesné teploty a prevence komplikací. (Feigin, 2007; Kalina, 2008; Seidl, 2008)

1.2.3 Ošetrovatelská péče o pacienty po CMP

Délka hospitalizace po CMP závisí na závažnosti postižení a na počtu dalších potřebných vyšetření, případně rehabilitaci. Pacienti po iktu většinou zůstávají

v nemocnici dva až čtyři týdny, po CMP s menším rozsahem mohou odcházet do domácího prostředí během několika dnů.

Po propuštění z nemocnice je pacient přeložen na jiné oddělení z důvodu rehabilitace nebo je propuštěn do domácího prostředí, kde je zajištěna i rehabilitační péče. Pokud není možné, aby pacient zůstal v domácím prostředí, může využít dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory, případně oddělení následné péče. (Venglářová, 2007)

V nemocnici sestra kontroluje celkový stav pacienta, pomáhá při běžných aktivitách, jako je hygiena, stravování a pohyb. Sestra spolupracuje s lékaři, fyzioterapeuty, logopedem, nutriční sestrou a s rodinnými příslušníky pacienta. Logoped neposuzuje pouze schopnost komunikace, ale také schopnost polykat jídlo a tekutiny a může určovat konzistenci stravy. Nutriční terapeutka sleduje nutriční stav pacienta a zajišťuje plnohodnotnou výživu. Sociální pracovník pomáhá zvládnout pacientovi změny v důsledku CMP a pomůže zkontaktovat různé agentury sociální péče v místě bydliště. (Feigin, 2007; Kejklíčková, 2011)

Při propouštění pacienta je nezbytná konzultace s rodinnými příslušníky o možnostech následného umístění pacienta. Pokud to zdravotní stav pacienta a možnosti jeho rodiny dovolí, je pobyt v domácím prostředí pro pacienta příjemnější.

Sestry v agentuře domácí péče úzce spolupracují s rodinou pacienta a s lékařem. Pravidelně dochází do jeho domova. Tyto sestry pomáhají s hygienou pacienta a dbají na pravidelné polohování, aby nedocházelo ke vzniku dekubitů. Vždy je potřebné poučit rodinu o správném polohování. V době nepřítomnosti sestry je nutné, aby polohování za sestru převzali rodinní příslušníci, kteří o pacienta pečují. Polohovat by se mělo každé dvě hodiny a v noci po třech hodinách. Nejméně by se měla využívat poloha na zádech. Vhodnější je poloha jak na zdravém, tak i na postiženém boku. Sestra také pomáhá s podáváním stravy pacientovi. (Hanzlíková, 2006; Jarošová, 2007)

Jedním z následků CMP může být určitá forma parézy nebo plegie, což snižuje pacientovu soběstačnost. Následná rehabilitace a veškeré podněty z okolí by měly směřovat k zapojení právě těchto postižených částí těla. S ohledem na tuto skutečnost je vhodné zvolit správné rozestavení nábytku a jiných předmětů motivujících vnímání

pacienta. Důležitý je nácvik soběstačnosti, kterému je potřeba věnovat dostatek času. Využitím vlastní soběstačnosti pak může pacient uspokojovat vlastní potřeby. Péče by měla být zaměřena na zlepšení kvality života. V tomto případě hraje důležitou roli rodina.

Velký vliv na zlepšení hybnosti pacienta má rehabilitace. Zpočátku je zaměřena na procvičování svalů a kloubů končetin. Postupně je nacvičováno posazování pacienta na lůžku. Pokud má pacient dobrou stabilitu, může se přistoupit k nácviku chůze. Je vhodné využít kompenzačních pomůcek, v tomto případě chodítka, s nímž má pacient lepší stabilitu a jistotu. Chůze je prováděna s ohledem na celkový stav pacienta. Vzhledem k tělesnému handicapu pacienta je nutné vhodně upravit prostředí, ve kterém se pohybuje. Je zapotřebí odstranit všechny překážky, zajistit přiměřenou výšku lůžka pro snadnější manipulaci s pacientem. (Trojan, 2005)

V rámci rehabilitace není nutná pouze pohybová aktivita, ale i dechová rehabilitace k prevenci zápalu plic.

V domácím prostředí by se pacient měl cítit spokojeně a bezpečně i při nutném léčebném a rehabilitačním postupu. Nenahraditelnou součástí tohoto ošetrovatelského procesu je častá komunikace s pacientem, stejně jako nabídka vhodných smyslových podnětů, které mohou rozvíjet schopnosti pacienta. (Kalita, 2010; Feigin, 2007)

1.3 Zapojení rodinných příslušníků do domácí péče

Péče o pacienta po CMP je pro členy rodiny velmi náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. Při péči o svého blízkého by neměli zapomínat také na své zdraví. Někteří pacienti upřednostňují péči ve svém známém domácím prostředí, a proto díky agenturám domácí péče může rodina lépe zvládnout péči o příbuzného. Sestra agentury domácí péče by nejprve měla provést rozhovor s rodinou o tom, kdo se bude o nemocného starat v době nepřítomnosti sestry, do jaké míry je rodina informována o zdravotním stavu příbuzného a jakým způsobem se může rodina zapojit do péče.

Sestra si upřesňuje informace o představách rodiny na péči o pacienta vykonávanou sestrou a možnostmi rodinných příslušníků. (Kleветová, Dlabalová, 2008)

Sestra do domácnosti dochází pouze jednou nebo dvakrát za den, proto některé úkony přebírá rodina. Zapojení rodiny do péče vede ke zlepšení soběstačnosti nemocného. Rodina se může účastnit při osobní hygieně a podávání stravy nemocnému. Vzhledem k nezbytnosti pravidelného polohování pacienta seznámí sestra rodinu se správnou technikou polohování. V rámci polohování u pacienta po CMP se mohou zvolit čtyři polohy. Jedná se o polohu na postižené straně, na zdravé straně, na zádech a na břiše. U polohy na postižené straně se musí vhodně podepřít hlava tak, aby nebyla předkloněná, trup se zapře polštářem nebo klínem. Postižená horní končetina je v ramenním kloubu uložena do úhlu 90 stupňů. Při poloze na zdravé straně je opět podložena hlava a zapřen trup stejně jako u polohy na postižené straně. Postižené rameno se vysune vpřed a zafixuje se postižená dolní končetina. Při polohování na záda je velmi velké riziko vzniku dekubitů, proto by se měla tato poloha využívat nejméně. Hlava se lehce otočí k postižené straně a vypodloží polštářem. Horní končetiny jsou také vypodloženy polštářem, stejně tak u dolních končetin kolena. Je vhodné podložit paty, aby nedošlo ke vzniku dekubitů. Je možná také poloha na břiše, pokud to stav pacienta dovolí. Hlava je otočena ke zdravé straně. Dolní končetina je podložena polštářem a zdravá dolní končetina je mírně pokrčena v kolenním kloubu. (Pfeiffer, 2007; Kolář, 2009)

Rodina může se sestrou také využít prvky bazální stimulace, která také vede ke zlepšení soběstačnosti a motoriky nemocného. Bazální stimulace je založena na třech základních prvcích, a to na vnímání, pohybu a komunikaci. Tyto prvky se vzájemně ovlivňují. Stimulace podporuje vnímání vlastního těla, umožňuje navázání kontaktu a komunikace s okolím a napomáhá ke zkvalitnění života. Základem bazální stimulace je tzv. iniciální dotek. Iniciálním dotekem na vybrané místo na těle, nejčastěji na rameno, se dává najevo přítomnost osoby u nemocného.

Pro pacienty je vhodná somatická stimulace, která jim umožňuje vnímat vlastní tělo a zároveň pomáhá uvědomovat si okolí a komunikovat s ním. Základem somatické stimulace je dotek.

Existuje několik druhů somatické stimulace a záleží na rodině a sestře, kterou techniku zvolí za nejuvhodnější. U pacientů po CMP se využívá neurofyziologická stimulace. Tato metoda je využita u pacientů s poruchou hybnosti na jedné polovině těla a pomáhá vnímat postiženou stranu.

Zmíněná stimulace spočívá v tom, že sestra stojí u postižené strany těla. Pacient si navlékne žinku a s pomocí sestry nebo blízké osoby si umyje obličej od zdravé strany k postižené. Následně si myje zdravou ruku s lehkým tlakem a takto pokračuje k hrudníku. Uprostřed hrudníku se zvýší tlak a myje se z postižené strany. U dolních končetin se postupuje obdobně.

Následně se přistupuje na omývání zad. Pacient leží na boku postižené strany a záda se stimulují od ramene k sakrální oblasti taktéž od zdravé strany k postižené. Stejným způsobem sestra pacienta osuší.

Tato stimulace vede pacienta k vnímání zdravé strany, umožní kontrolu postižené strany a pomáhá mu uvědomit si střední část těla.

Bazální stimulaci by měli provádět kvalifikovaní pracovníci, ale pokud je rodina ochotna se zapojit, neměl by být problém příslušníky naučit správnou techniku provedení. (Friedlová, 2011)

Rodina se společně se sestrou podílí na zvolení vhodných aktivit pro nemocného využitelných během dne. Konzultuje se sestrou jejich účinnost a provádění.

1.4 Komunikace

„Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Znamená prakticky základ všech vztahů mezi lidmi. Jde o proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity.“ (Pokorná, 2010, s. 11)¹

Důležitou roli v péči o pacienta hraje komunikace a naslouchání. Každý pečující by měl vyslechnout jeho přání a potřeby. Komunikaci by měl být věnován dostatek času,

¹ POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010, 11. s., ISBN 978-80-247-3271-8.

což pomáhá k navázání dobrého vztahu a důvěry sestry s pacientem. Hlavními cíli komunikace je získání informací od pacienta, navázání kladného vztahu s pacientem a jeho rodinou, naslouchání a následné řešení problému a posilování nebo změna postojů a chování. Komunikací sestra motivuje pacienta.

Komunikace mezi sestrou a pacientem může být verbální a neverbální. Verbální komunikace je pomocí mluveného i psaného jazyka. Nejčastěji se využívá rozhovor. Rozhovorem s pacientem sestra získá cenné informace o jeho stavu, pocitech a potřebách. Je důležité, aby sestra emocionálně podporovala pacienta a jeho rodinu.

Neverbální komunikace neboli mimoslovní komunikace je beze slov. Při péči o pacienta je významné si všimnout i této komunikace. Lépe vypovídá o pacientových emocích, potřebách, postojích i jeho myšlenkách, aniž by něco sdělil verbálním projevem. Do neverbální komunikace se řadí hlavně haptika neboli komunikace dotekem, kinezika, což je komunikace pohybem, mimika značí komunikaci výrazem obličeje, gestika signalizuje komunikaci gesty, posturika vypovídá o postoji, poloze pacienta, proxemika je udržování vzdálenosti.

Komunikace dotekem značí důvěru a pomáhá k emocionálnímu vyjádření mezi pacientem a sestrou nebo rodinou. Dotekem může sestra pacienta uklidnit a dodat určitou jistotu. Haptika se využívá nejen při komunikaci, ale i při hygienické péči. Dotekem se zajistí pacientovi zájem a blízkost osoby.

Kinezikou se projeví pacientovy pohyby těla, u kterých je někdy znatelný třes. Mimikou lze určit hlavně pacientovy emoce. Sestra takto může zpozorovat radost nebo smutek. Posturika může signalizovat u pacienta bolest, pokud zaujímá určitou úlevovou polohu. (Pokorná, 2010; Zacharová, 2010)

Při komunikaci je nedílnou součástí zhodnocení stavu pacienta. Pacienti po CMP mají problém nejen s pohybovým aparátem, ale většinou také s poruchou řeči. Někteří pacienti mají obtíže s porozuměním, jiní s mluvením. Pacient může trpět afázií, což je úplná ztráta řečových schopností nebo dysfázií, pak se jedná o mírnější formu afázie, kdy jsou zachovány určité schopnosti. Existuje afázie motorická, kdy pacient rozumí, ale nedokáže odpovědět, dále afázie sensorická, při které je pacient schopen mluvit, ale nedokáže porozumět, a třetím druhem je afázie globální nebo také smíšená, kdy má

pacient problém s mluvením i porozuměním. Je důležité věnovat nemocným dostatek času na jejich vyjádření. V tomto případě hraje důležitou roli hlavně neverbální komunikace pacienta, které by sestra měla věnovat zvýšenou pozornost. Sestra by měla pokládat vhodné otázky, na které může pacient odpovědět gestikou. Je potřeba pochválit a povzbudit pacienta, dobře artikulovat, mluvit pomalu a udržovat oční kontakt. Všichni pečující by měli být trpěliví při práci i komunikaci s pacientem. (Linhartová, 2007; Schuler, 2010)

Sestra klienta po CMP oslovuje příjmením a zhodnotí stupeň postižení klienta, které by mohlo bránit v komunikaci. Někteří pacienti s poruchou řeči mají problém vytvářet dlouhá souvětí a je pro ně přijatelnější, když sestra volí krátké, jednoduché věty, které pacient snáze pochopí. Tito pacienti lépe chápou konkrétní slova, tudíž je vhodné, aby sestra pacientovi ukázala předměty, které použije k výkonu. Následně pacient lépe pochopí situaci.

Zásadní informace by měla sestra několikrát zopakovat a může ke komunikaci využít obrázky nebo konkrétní předměty. Následně se sestra přesvědčí o pacientově porozumění. Naopak je také velmi důležité, aby sestra pacientovi správně porozuměla. Pokud sestra pacientovi nerozumí, je vhodné ho požádat, aby informaci řekl ještě jednou nebo zvolil jiný způsob sdělení. Pacient může využít gesta nebo svůj problém může vystihnout na obrázku, případně může využít kresbu.

Pokud má pacient ztížené vyslovování, mělo by dojít ke spolupráci sestry a rodiny s logopedem co nejdříve po postižení. (Zacharová, 2010; Venglářová, 2006)

1.5 Domácí péče

Domácí péče poskytuje klientům kvalitní péči v jeho známém domácím prostředí, což působí kladně na psychiku pacienta a má vliv na jeho uzdravování.

Komplexní domácí péče se zaměřuje na zdravotní péči, sociální péči a laickou pomoc, kterou poskytuje pacientova rodina. Domácí péče pomáhá pacientovi a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody a pomáhá udržet

kvalitu života. Zaměřuje se také na podporu soběstačnosti pacienta. Sestry domácí péče edukují pacienta a jeho rodinu o péči a dohlížíjí na dodržování správného režimu.

Domácí péči tvoří multidisciplinární tým, který naplňuje rodina, sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut a jiní pracovníci potřební pro péči o pacienta. Domácí péče poskytuje léčebnou, preventivní, ošetrovatelskou, rehabilitační, psychoterapeutickou a sociální péči.

Dle rozhodnutí lékaře může být zajištěna základní zdravotní péče a sociální péče nebo odborná zdravotní a sociální péče, která je zaměřena na odběry biologického materiálu, aplikaci injekcí, převazy a jiné odborné výkony. Domácí péče je členěna do pěti forem. Existuje akutní domácí péče, která je určena pro pacienty s náhlým krátkodobým onemocněním, při kterém není nutná hospitalizace. Tato péče je poskytována během několika dnů nebo týdnů. Do této skupiny patří pacienti hlavně s neurologickým, kardiovaskulárním nebo gastrointestinálním onemocněním. Dalším typem je dlouhodobá domácí péče, která je nejčastější. Tato péče je poskytována chronicky nemocným pacientům, u kterých je potřeba zajistit dlouhodobou péči. Jedná se o pacienty například po cévních mozkových příhodách, s ochrnutím nebo s chronickou bolestí. Tato péče je poskytována několik měsíců až několik let. Jinou formou je preventivní domácí péče, která je zaměřena na pravidelnost ve sledování zdravotního stavu. V rámci této péče se pravidelně měří fyziologické funkce a sestry hodnotí celkový stav pacienta. Tato péče se poskytuje týdně nebo měsíčně, dle rozhodnutí lékaře. Mezi další typ patří domácí hospicová péče, která pečuje o pacienty v terminálním stádiu. Tato péče zajišťuje podporu a zmírnění utrpení pro pacienta i jeho rodinu. Do poslední kategorie se řadí domácí péče ad hoc neboli jednorázová domácí péče. V této péči se využívají jednorázové výkony, které zajišťují sestry z ordinací praktických lékařů. Jedná se o provedení odborných výkonů bez využití domácí péče.

Domácí péče také může umožnit výkony pečovatelské služby. Nejčastěji jsou plněny jednoduché ošetrovatelské výkony, pomoc při oblékání, hygieně, je zajištěn doprovod na vyšetření a jiné potřebné úkony.

Domácí péče je zajištěna v rámci agentur domácí péče. Nyní probíhá pregraduální vzdělávání sester, které mají specializační studium a mohou být využity v domácí péči. (Hanzlíková, 2006; Jarošová, 2007)

1.5.1 Ošetřování nemocného v domácí péči

Péče je rozdělena na primární, sekundární a terciální jako zdravotní péče. Primární zdravotní péče je zaměřena na podporu zdraví a prevenci vzniku onemocnění a je poskytována v komunitě. Sekundární zdravotní péče je poskytována v určitých zařízeních a jejím cílem je prevence komplikací onemocnění. Terciální zdravotní péče zlepšuje celkový zdravotní stav pacienta. Tato péče se zaměřuje na rehabilitaci, edukaci a léčebné výkony.

Sestra domácí péče může vykonávat péči přímo nebo nepřímo. Při přímé domácí péči je sestra v kontaktu s klientem a jeho rodinou. Sestra u pacienta provádí veškeré výkony a hodnotí pacienta. V rámci nepřímé péče sestra hodnotí stav pacienta a spolupracuje s jiným odborným personálem.

Domácí péče probíhá v ošetřovatelském procesu stejně jako ve zdravotnickém zařízení. Sestra během první návštěvy nejprve zhodnotí pacienta. Sestra získává informace o pacientovi a jeho rodině. K této fázi se využívá dotazník a sestra pozoruje pacienta a vytváří s rodinou plán péče. Po zhodnocení pacienta sestra informuje další potřebné zdravotníky do péče. U pacientů po CMP hraje významnou roli fyzioterapeut a logoped. Další fází procesu je diagnostika problémů, kdy sestra určí ošetřovatelské diagnózy a stanoví tak problémy pacienta a řeší je s dalšími odbornými pracovníky. Třetí fází ošetřovatelského procesu je plánování ošetřovatelských aktivit. Při stanovení ošetřovatelských diagnóz sestra určí cíle, které se zaměřují na podporu zdraví a prevenci komplikací. Následně sestra vytvoří pro pacienta individuální plán ošetřovatelských aktivit. Je důležité stanovit celkový stav pacienta a zhodnotit jeho okolní prostředí. Vytvořený individuální plán je následně realizován při návštěvách sestry u pacienta. Sestra je zodpovědná za plánování vhodných aktivit, aby bylo dosaženo pokud možno

nejvyšší úrovně zdraví, a zapojuje rodinné příslušníky i pacienta do vybraných aktivit. Poslední fází procesu je hodnocení klientova stavu. Sestra aktivně spolupracuje s klientem, jeho rodinou a odborným zdravotnickým personálem. Konzultuje stanovené cíle a očekávané výsledky poskytované péče a při změnách pacientova zdravotního stavu je s rodinou může dle nastalé situace obměňovat. (Jarošová, 2007; Klevetová, 2008; Halová, 2007)

U pacienta po CMP je důležitá včasná mobilizace. Aktivizace snižuje spasticitu, snižuje riziko kontraktur, má kladný vliv na pohyblivost pacienta a následně se může zlepšit sebeobsluha pacienta.

V případě zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti pacienta může být domácí péče ukončena. V tomto případě je nutné, aby základní péči byla schopna převzít rodina. (Jarošová, 2007)

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem bylo zjistit rozsah spolupráce sester agentury domácí péče a rodinných příslušníků u pacientů po cévní mozkové příhodě.

C1 Zjistit, jaké nejčastější úkony provádí sestra agentury domácí péče

C2 Zjistit, do jakých činností lze zapojit rodinné příslušníky

C3 Zjistit, jak komunikuje sestra agentury domácí péče s rodinou

2.2 Výzkumné otázky

O1 Jaký je rozsah péče prováděné sestrou agentury domácí péče u pacientů po cévní mozkové příhodě?

O2 Do jaké míry se účastní péče o pacienta po cévní mozkové příhodě rodinní příslušníci?

O3 Jaké způsoby komunikace volí sestra agentury domácí péče s rodinnými příslušníky?

3. METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

K tématu Spolupráce sester agentury domácí péče a rodinných příslušníků v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě byl zvolen kvalitativní přístup formou rozhovorů. Rozhovory byly provedeny se sestrami agentury domácí péče a s rodinnými příslušníky pečujícími o nemocného po cévní mozkové příhodě. Pro rozhovory byl osloven Český červený kříž ve Strakonících a rozhovorů se účastnily sestry z Domácí péče ČČK ve Vodňanech.

Výzkumné šetření probíhalo během března 2015, a to s rodinnými příslušníky v jejich domácím prostředí a se sestrami v agentuře.

Odpovědi respondentů během rozhovorů byly doslovně zaznamenávány a následně doslovně přepsány. Tento výzkum byl shrnut do kategorií. Pro znázornění rozdělení byly použity tabulky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi sestrami z Domácí péče Českého červeného kříže Strakonice a čtyřmi rodinnými příslušníky, kteří pečují o svého blízkého po cévní mozkové příhodě. Tito klienti byly vedeni v Domácí péči ČČK. Všechny oslovené rodiny v okolí Vodňan ve strakonickém okrese.

4. VÝSLEDKY

4.1 Rozhovory se sestrami

Sestra 1

1. Jaké úkony provádí sestra agentury domácí péče při péči o klienta po CMP s hemiparézou, který je inkontinentní a závislý na péči druhých?

„Při převzetí pacienta s onemocněním CMP v první řadě zjišťuji, v jakém stavu pacient je, na jaké úrovni je rodinný stav, kdo o něho pečuje.

Jestliže má hemiparézu, je inkontinentní a závislý na péči druhé osoby, většinou aplikujeme komplexní ošetrovatelskou péči. Ta zahrnuje v podstatě péči o všechny potřeby člověka (základní). Podrobný postup, pomůcky a materiál máme rozpracovaný v našich ošetrovatelských standardech.

V první řadě je to hygiena, která se odvíjí od toho, do jaké míry pacient spolupracuje, s čím je mu třeba pomoci – v koupelně, u umyvadla nebo na lůžku. Dále se jedná o péči o vyměšování – zda používá plenkové kalhotky, vložky nebo má močový katetr. Dnes mohou pacienti využívat široké nabídky inkontinentních pomůcek, které hradí pojišťovny a jsou na předpis od lékaře. Můžeme zapůjčit i podložní mísu, močovou lahev a při potížích se stolicí aplikujeme klyzma.

Dále spolupracujeme s rodinou v otázkách výživy a pitného režimu, podávání léků, eventuálně injekcí nebo infuzí, provádíme krevní odběry a také inhalace, pohybovou terapii, polohování a prevenci dekubitů, ošetřování ran a defektů.

Velký význam má spolupráce s rodinou při vhodném uspořádání bytu s pacientem s CMP. Pořízení vhodného lůžka, dobře přístupného alespoň ze dvou stran, polohovací, správná matrace, madla, vhodné umístění nočního stolku, odstranění koberců a různých překážek, zavedení zvonečku, vybavení různými podkládacími klíny, kolečky, válci a využití stávajících možností v rodině jako je malá židlička a podobně. Je potřebné zajistit dobré osvětlení i přes noc. Rodinám radíme, kde mohou získat určité pomůcky

a nábytek, například ve Zdravotnických potřebách, CSP nebo v Hospici, kde je možnost zakoupení, zapůjčení nebo pronájmu.

Doporučujeme i poskytujeme různé krémy, masti, podložky. Sestry k usnadnění své práce používají třeba podložku na přesun pacienta a bederní pás s úchyty, kde se může pacient přidržovat při přesunu z lůžka na WC, vozík nebo do křesla.

Během naší profesní kariéry jsme se snažily získat do vlastnictví co nejvíce pomůcek ulehčující život pacientovi a jeho ošetřujícímu rodinnému příslušníkovi při jeho ošetřování a také nám sestřám.

Učíme, jak s pacientem manipulovat, cvičit, podporovat ho nejen tělesně, ale především duševně. Dát mu naději, chuť do života, využít jeho dosavadního potenciálu, naslouchat mu a slyšet, co vlastně potřebují, co je nejvíce trápí.

S pacientem většinou můžeme být 1-2 hodiny denně, odvíjí se to od stavu a potřeb pacienta. Pečovat musíme i o rodinné příslušníky, kteří mají těžký život, a je třeba dbát na to, aby si také odpočinuli a nabrali sílu a optimismus. Doporučujeme i odlehčovací pobyty v CSP nebo Hospici. Platby jsou většinou prováděny podle podmínek organizací. Rodiny také mohou využívat služeb ošetřovatelů a pečovateliů. Opět je to podle dohody.“

2. Do jakých činností lze zapojit rodinné příslušníky při péči o svého blízkého po CMP, který má hemiparézu?

„Rodinné příslušníky je možné zapojit do všech činností týkajících se ošetřování nemocného. Hlavně spolupráce s rodinou umožňuje pacientům pobývat v domácím prostředí. Také na rodinných příslušnících nejvíce záleží, jakým směrem se léčba a uzdravování pacienta bude odvíjet. Jak už jsem jednou zmínila, chce to velkou dávku lásky, optimismu a trpělivosti.

Tato situace se opakuje i v případě, kdy pacient dochází ke sklonku svého života, jak s naší pomocí a spoluprací tento závěr prožije.

Snažíme se rodinu co nejvíce zapojovat, aby byla celá rodina soběstačná a ve všech fázích jim stojíme oporou - jako pomoc konkrétní nebo pomoc radou (psychickou).“

3. Jak funguje komunikace mezi sestrou a rodinnými příslušníky pečujícími o takto nemocného?

„Jestliže máme zájem o co nejlepší výsledky v léčbě i ošetřování nemocného s CMP, musíme stále a intenzivně komunikovat jak s rodinnými příslušníky, tak s ošetřujícími lékaři. Musíme umět naslouchat, abychom se dozvěděli co nejvíce o problémech a potížích, potom se snažíme co nejvíce pomoci. Komunikací také pomáháme zabránit smutku, depresi a beznaději, vzbuzujeme důvěru, optimismus a dáváme tak potřebnou naději.

Musíme správně a citlivě rozlišit, co nemocný očekává a co mu můžeme dát. Co máme brát vážně a co ne. Také musíme poznat, kde musíme začít myslet za nemocného, abychom mohli správně konstatovat, co je pro něho opravdu to nejlepší. Zde je velká nutnost dobré etiky.

Komunikujeme v domácnosti, při práci nebo jsme v případě nutnosti v telefonickém kontaktu.“

4. Jaké základní úkony sestry agentury domácí péče provádějí při péči o klienta po CMP s hemiparézou a jaké úkony jsou nad rámec povinností sestry?

„Myslím, že tuto problematiku jsem hodně rozvedla již v první otázce. Vše se vzájemně prolíná a doplňuje podle konkrétních případů a situací. Je nutná spolupráce se všemi zúčastněnými a úplně nezastupitelná je osobnost sestry, její znalosti, schopnosti, zkušenosti a ochota pomáhat.“

Sestra 2

1. Jaké úkony provádí sestra agentury domácí péče při péči o klienta po CMP s hemiparézou, který je inkontinentní a závislý na péči druhých?

„Sestra pomáhá s nácvikem sebeobsluhy, procvičuje pacientovi horní a dolní končetiny a provádí s pacientem dechová cvičení. Dále sleduje fyziologické funkce, provádí prevenci dekubitů, pomáhá pacientovi s hygienickou péčí, polohuje pacienta, podává léky, edukuje pacienta a rodinu ohledně léků, stravování a procvičování. Sestra také provádí odběr biologického materiálu. Na návštěvě strávím s klientem asi 45-50 minut. Dále podle potřeb klienta.

Používám pomůcky k zajištění hygienické péče (řady Menalind), inkontinenční pleny, masážní váleček, na prevenci dekubitů a k polohování využívám válečky, kruh pod bedra a botičky na paty.“

2. Do jakých činností lze zapojit rodinné příslušníky při péči o svého blízkého po CMP, který má hemiparézu?

„Rodinné příslušníky zapojuji do nácviku sebeobsluhy klienta, do hygienické péče, polohování a také se zapojuji do podávání stravy.“

3. Jak funguje komunikace mezi sestrou a rodinnými příslušníky pečujícími o takto nemocného?

„Dle mého mínění jsem vždy měla štěstí na spolupracující rodinné příslušníky a komunikace byla velice dobrá. Vždy jsme vše vyřešili ve prospěch klienta a rodina se chtěla do všeho zapojit.“

4. Jaké základní úkony sestry agentury domácí péče provádějí při péči o klienta po CMP s hemiparézou a jaké úkony jsou nad rámec povinností sestry?

„Mezi základní úkony patří sledování fyziologických funkcí, hygienická péče, prevence dekubitů, polohování, procvičování končetin, dechová cvičení, podávání léků, nácvik sebeobsluhy, edukace klientů a rodinných příslušníků a odběry biologického materiálu.

Nad rámec povinností se řadí stříhání vlasů, zajišťování léků u lékaře s donáškou domů.“

Sestra 3

1. Jaké úkony provádí sestra agentury domácí péče při péči o klienta po CMP s hemiparézou, který je inkontinentní a závislý na péči druhých?

„Sestra provádí u klienta hygienickou péči, podává léky a stravu, provádí pohybovou terapii na lůžku. Dále provádí klientovi masáže, hlavně částí náchylných na dekubity – prevence dekubitů. Ošetřují se u klienta rány a dekubity. Pravidelně se polohuje. K polohování se používá antidekubitární matrace a další potřebné antidekubitární pomůcky jako jsou na příklad polštáře, deky, botičky na paty, válce, kola. Klienti jsou vysazováni na pár hodin do křesla, pokud to jejich zdravotní stav

dovolí. Uvolní se tak dýchacím cestám a dosáhne se tak lepšího prokrvení dolních končetin. Sestra pomáhá s nácvikem soběstačnosti.

S klientkou trávím asi 1-2 hodiny denně. Používám k ošetřování obvazový materiál na převazy – čtverce, obvazy, dále rukavice, Prontosan na oplachy ran a do rány se použije Medisorb (Hydrogel). K manipulaci s pacientem v lůžku používám posunovací pás. Pro zajištění hygienické péče používám pasty Menalind, inkontinenční pomůcky – vložky, pleny, podložky.

Uvítala bych, kdybychom měli více polohovacích pomůcek.“

2. Do jakých činností lze zapojit rodinné příslušníky při péči o svého blízkého po CMP, který má hemiparézu?

„Rodinní příslušníci se mohou podílet na hygienické péči, mohou polohovat klienta. Je důležité rodinu naučit správně polohovat a ukázat jim různé cviky, které mohou u klienta využít. Také mohou podporovat soběstačnost klienta a podávají mu stravu a léky.“

3. Jak funguje komunikace mezi sestrou a rodinnými příslušníky pečujícími o takto nemocného?

„Sestra i rodinní příslušníci si musí vyhovět v péči o klienta. Jde hlavně o psychickou zátěž, ale i fyzickou. Je třeba vyslechnout pečujícího, co jej trápí a s čím si neví rady. Komunikace je velice důležitá, ale je třeba se vždy chovat i asertivně.“

4. Jaké základní úkony sestry agentury domácí péče provádějí při péči o klienta po CMP s hemiparézou a jaké úkony jsou nad rámec povinností sestry?

„Mezi základní úkony, které provádíme, patří pohybová léčba, polohování, ošetřování ran, podávání léků a injekcí.

Mezi úkony, které jsou nad rámec povinností, patří celková hygiena včetně mytí hlavy, podávání stravy, více než dvě návštěvy.“

Sestra 4

1. Jaké úkony provádí sestra agentury domácí péče při péči o klienta po CMP s hemiparézou, který je inkontinentní a závislý na péči druhých?

„U klienta se provádí hygienická péče, prevence dekubitů – pravidelné polohování. Dále se využívá pohybová léčba, ošetřování defektů, zajišťování stravy, léků a spolupracuji s rodinou.“

Jako antidekubitární pomůcky používám podložní kola, botičky pod paty. V péči o kůži používám Menalind pastu, oleje a při péči o vyměšování pleny, podložky a vložky na inkontinenci.

Chybí zajištění polohovacích lůžek, WC židle vozíky, chodítka, nástavce na WC a hrazdičky. Problematiku chybějících pomůcek řešíme s ošetřujícím lékařem.“

2. Do jakých činností lze zapojit rodinné příslušníky při péči o svého blízkého po CMP, který má hemiparézu?

„Rodinu lze zapojit do hygienické péče, do podávání stravy a do cvičení s klientem.“

3. Jak funguje komunikace mezi sestrou a rodinnými příslušníky pečujícími o takto nemocného?

„Komunikace funguje většinou výborně. Rodina se snaží spolupracovat.“

4. Jaké základní úkony sestry agentury domácí péče provádějí při péči o klienta po CMP s hemiparézou a jaké úkony jsou nad rámec povinností sestry?

„Kontroluje se u klienta zdravotní stav, kontrolují se fyziologické funkce. Provádí se hygienická péče, prevence dekubitů, ošetřování defektů, pohybová léčba, prevence kontraktur, dohled nad užíváním léků.“

Nad rámec mých povinností se řadí mytí vlasů, zajištění léků.“

4.2 Rozhovory s rodinnými příslušníky

Rodinný příslušník 1

1. Do jakých činností při péči o blízkého po CMP s hemiparézou se zapojujete?

„Zapojujeme se do celkové hygieny, podáváme stravu a léky, pravidelně polohujeme a vysazujeme babičku do křesla. K polohování používáme polohovací a antidekubitární pomůcky (válce, kola, botičky na paty, polštáře, deky).“

Také se účastníme při cvičení na lůžku a provádíme masáže těla. U babičky cvičíme řeč, prohlížíme si s ní předměty a knížky. “

2. Jak probíhá komunikace a spolupráce mezi Vámi a sestrou agentury domácí péče?

„Komunikace je mezi námi výborná. Sestřička nám vše vysvětlí a dodává nám psychickou i fyzickou podporu, což je velice důležité.“

3. Jak jste spokojeni s agenturou domácí péče?

„Jsme velice spokojeni. Jsme rádi, že tato agentura existuje. Sestřička je ochotná a milá. Nikdy jsme neměli žádný problém.“

4. Jakou změnu při poskytování služeb agentury domácí péče byste uvítali?

„Zatím žádnou změnu nepotřebujeme. Jsme spokojeni a nic nám nechybí.“

Rodinný příslušník 2

1. Do jakých činností při péči o blízkého po CMP s hemiparézou se zapojujete?

„Provádíme hygienickou péči, podáváme stravu a léky. Pravidelně polohujeme a zajišťujeme běžné potřeby.“

2. Jak probíhá komunikace a spolupráce mezi Vámi a sestrou agentury domácí péče?

„Komunikace je dobrá, sestra je ochotná a se vším poradí. Vycházíme spolu velice dobře. Zajistí i návštěvu u lékaře.“

3. Jak jste spokojeni s agenturou domácí péče?

„Jsme moc spokojeni. Jsme rádi, že jsme mohli agenturu domácí péče využít“

4. Jakou změnu při poskytování služeb agentury domácí péče byste uvítali?

„Změnu žádnou. Máme zajištěné vše potřebné. Máme i dostatek pomůcek k polohování a také antidekubitární pomůcky.“

Rodinný příslušník 3

1. Do jakých činností při péči o blízkého po CMP s hemiparézou se zapojujete?

„Zapojuji se do hygieny, provádím pohybovou terapii a podílím se na prevenci dekubitů. Pravidelně manželku polohuji a využívám pomůcky k polohování a antidekubitární pomůcky.“

2. Jak probíhá komunikace a spolupráce mezi Vámi a sestrou agentury domácí péče?

„Komunikace i spolupráce probíhá velmi dobře. Sestra mi vše vysvětlí, ukáže a podporuje mě hlavně psychicky. Jsem rád, že jsou tu pro nás. Sám bych to nezvládl a jsem rád, že s touto pomocí mohu mít manželku doma.“

3. Jak jste spokojeni s agenturou domácí péče?

„Jsem velmi spokojen. Ještě, že někdo takový existuje. Moc děkuji domácí péči a sestřičkám.“

4. Jakou změnu při poskytování služeb agentury domácí péče byste uvítali?

„Žádnou, jsem se vším spokojen.“

Rodinný příslušník 4

1. Do jakých činností při péči o blízkého po CMP s hemiparézou se zapojujete?

„Do hygieny, připravuji a podávám stravu, pomáhám při oblékání, jsem oporou při chůzi (chůze v chodítku). Také vyměňuji sáček na moč, pomáhám při cvičení, podávám léky a provádím spoustu drobných úkonů.“

2. Jak probíhá komunikace a spolupráce mezi Vámi a sestrou agentury domácí péče?

„Komunikace i spolupráce probíhá bez problémů, jsme velice spokojeni.“

3. Jak jste spokojeni s agenturou domácí péče?

„Ano, jsme velice spokojeni. Sestřička je milá, krásně s námi jedná. Dodává nám podporu. Vše dobře vysvětlí a ukáže. Je ochotná a moc jí děkujeme.“

4. Jakou změnu při poskytování služeb agentury domácí péče byste uvítali?

„Beze změny, jsme takto spokojeni a máme vše zajištěné.“

4.3 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů – sestry

Respondenti	Věk	Délka praxe v agentuře domácí péče	Vzdělání
Sestra (S1)	56 let	10 let	Středoškolské
Sestra (S2)	40 let	8 let	Středoškolské
Sestra (S3)	36 let	4 roky	Středoškolské, zahájeno bakalářské studium
Sestra (S4)	48 let	6 let	Středoškolské

4.4 Kategorizace získaných dat od sester

Tabulka 2 – Seznam kategorií (sester)

Kategorie	Obsah příslušné kategorie
1. Nejčastější úkony prováděné sestrou agentury domácí péče	Úkony prováděné sestrou a rodinnými příslušníky
	Používané pomůcky
	Pomůcky, které chybí při péči
	Časové rozmezí, které sestra s klientem stráví
	Jaké prováděné úkony jsou nad rámec povinností sestry
2. Zapojení rodinných příslušníků do péče	Jaké základní úkony provádějí rodinní příslušníci při péči o svého blízkého
	Jak funguje spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky
3. Komunikace mezi sestrou a rodinou	

4.5 Kategorie Nejčastější úkony prováděné sestrou agentury domácí péče a rodinnými příslušníky

Do kategorie *Nejčastější úkony prováděné sestrou agentury domácí péče a rodinných příslušníků* je zahrnuto pět oblastí, které se nejčastěji objevovaly v odpovědích sester a rodin. Tyto oblasti se týkají úkonů prováděných sestrou a rodinných příslušníků, používaných pomůcek, chybějících pomůcek, časového rozmezí, které sestra s klientem stráví a jsou zde také obsaženy úkony, které jsou nad rámec povinností sestry. Všechny čtyři dotazované sestry se zmiňují o problematice těchto oblastí.

Z otázky, jaké činnosti sestra u klienta vykonává, vyplývá, že všechny dotazované sestry zmiňují hygienickou péči, kterou u klienta provádějí. Další prováděnou činností je podávání stravy a léků. Sestry uvádějí, že s klienty provádějí pohybovou terapii, pravidelně je polohují a ošetřují u nich kožní defekty. Dvě sestry ještě zmínily pomoc s nácvikem sebeobsluhy. Sestry u klientů odebírají biologický materiál a měří fyziologické funkce. Jedna sestra navíc při obtížích aplikuje klyzma. *„V první řadě je to hygiena, která se odvíjí od toho, do jaké míry pacient spolupracuje, s čím je mu třeba pomoci – v koupelně, u umyvadla nebo na lůžku. Dále se jedná o péči o vyměšování – zda používá plenkové kalhotky, vložky nebo má močový katetr. Dnes mohou pacienti využívat široké nabídky inkontinentních pomůcek, které hradí pojišťovny a jsou na předpis od lékaře. Můžeme zapůjčit i podložní mísu, močovou lahev a při potížích se stolicí aplikujeme klyzma. (S 1).* Sestra 3 uvádí, že klienty vysazuje do křesla: *„Klienti jsou vysazováni na pár hodin do křesla, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. Uvolní se tak dýchacím cestám a dosáhne se tak lepšího prokrvení dolních končetin. Sestra pomáhá s nácvikem soběstačnosti.“ (S 3).* Ostatní sestry se ve svých odpovědích v rámci prováděných úkonů shodují.

Odpovědi všech rodinných příslušníků na otázku, které úkony při péči o své blízké provádějí, spolu korespondují. Rodinní příslušníci se zapojují do hygienické péče, podávají stravu a léky. Svě blízké rodina pravidelně polohuje a podílí se na rehabilitačním cvičení.

Respondent 1 navíc uvádí jiné úkony: „Zapojujeme se do celkové hygieny, podáváme stravu a léky, pravidelně polohujeme a vysazujeme babičku do křesla. Také se účastníme při cvičení na lůžku a provádíme masáže těla. U babičky cvičíme řeč, prohlížíme si s ní předměty a knížky.“ (R 1)

Rozdílnou odpověď měl také respondent 4: „Zapojuji se do hygieny, připravuji a podávám stravu, pomáhám při oblékání, jsem oporou při chůzi (chůze v chodítku). Také vyměňuji sáček na moč, pomáhám při cvičení, podávám léky a provádím spoustu drobných úkonů.“ (R 4)

Další výzkumná oblast se týká používaných pomůcek potřebných při péči o nemocného. Opět jsou zde zahrnuty odpovědi sester a rodinných příslušníků. Ohledně hygienické péče všechny dotazované sestry používají inkontinentní pomůcky, jako jsou inkontinentní vložky, pleny a také často využívají ochranné podložky. U sester jsou oblíbené přípravky řady Menalind. Při ošetřování suché pokožky a na masáže používají také různé druhy olejů. V těchto údajích se shodují všechny čtyři sestry. V rámci polohování klientů sestry používají antidekubitární pomůcky. Všechny sestry při zajišťování polohování a při prevenci dekubitů preferují antidekubitární matraci, válečky, podložní kola, botičky pod paty a jiné potřebné pomůcky k zajištění žádoucí polohy klienta například polštáře, deky. Sestra 1 a sestra 3 se shodují v používání pomůcek k usnadnění manipulace s klientem. „Sestry k usnadnění své práce používají třeba podložku na přesun pacienta a bederní pás s úchyty, kde se může pacient přidržovat při přesunu z lůžka na WC, vozík nebo do křesla. Během naší profesní kariéry jsme se snažily získat do vlastnictví co nejvíce pomůcek, ulehčujících život pacientovi a jeho ošetřujícímu rodinnému příslušníkovi při jeho ošetřování a také nám sestrám.“ (S 1). Stejný názor má sestra 3: „K manipulaci s pacientem v lůžku používám posunovací pás.“ Ohledně problematiky ošetřování ran a defektů se sestry zmínily o využití potřebného obvazového materiálu, jako jsou sterilní čtverce, obvazy a dále pak ochranné rukavice.

Podobné odpovědi uvedli tři rodinní příslušníci používající také hlavně antidekubitární pomůcky jako jsou válce, kola, botičky na paty, různé polštáře a deky, dále pak pomůcky k polohování nemocného pro zajištění a udržení jeho správné polohy.

Tito dotazovaní uvádějí, že mají k dispozici různé oleje na masáže těla, pro zajištění hygienické péče používají základní hygienické potřeby a po umytí pokožku nemocného promazávají různými krémy a ošetřujícími pastami.

Jeden z dotazovaných respondentů oceňuje chodítka jako ideální kompenzační pomůcku pro lepší stabilitu a zajištění větší bezpečnosti svého blízkého při chůzi.

Respondenti také uvedli, jaké pomůcky jim při péči chybí a rádi by je využili. Dvě dotazované sestry by uvítaly, kdyby měly více polohovacích pomůcek. Jedna sestra připomněla další potřebné pomůcky, které by byly pro klienta vhodné: *„Chybí zajištění polohovacích lůžek, WC židle, vozíky, chodítka, nástavce na WC a hrazdičky. Toto je ve spolupráci s ošetřujícím lékařem.“* (S 4).

Ostatní sestry se k chybějícím pomůckám nevyjádřily. Zatím mají všechno potřebné k dispozici a nepotřebují tento problém řešit.

Co se týče časového rozmezí, které sestra s klientem stráví, bylo z rozhovorů zjištěno, že tři sestry se věnují svým klientům asi jednu až dvě hodiny denně. Tento čas se odvíjí od jeho aktuálního stavu a potřeb.

Rozdílně na tento dotaz odpověděla sestra S 2: *„Na návštěvě strávím s klientem asi 45 – 50 minut. Dále podle potřeb klienta.“*

Přestože z odpovědí sester i rodiny vyplývá, že čas strávený péčí o klienta je ze strany sester dostačující, rodina by uvítala navýšení této časové dotace. Nejde o čas věnovaný nutným úkonům zaměřených na ošetření, nýbrž čas na komunikaci, která zlepšuje psychickou pohodu v rodině.

Ohledně prováděných úkonů nad rámec povinností sester se v této oblasti sestry v odpovědích většinou shodovaly. Mezi úkony, které jsou nad rámec jejich povinností, uvedly mytí vlasů a zajištění léků od lékaře. Takto odpověděly tři sestry.

Sestra (S 3) odpověděla v jistém směru odlišně: *„Mezi úkony, které jsou nad rámec povinností, patří celková hygiena včetně mytí hlavy, podávání stravy, více než dvě návštěvy.“*

4.6 Kategorie Zapojení rodinných příslušníků do péče

Kategorie *Zapojení rodinných příslušníků do péče* zahrnuje dvě části, jež byly v odpovědích sester nejčastěji zastoupeny. První oblast je zaměřena na základní úkony, do kterých se sestra snaží zapojit rodinné příslušníky při péči o svého blízkého. Druhá oblast se týká fungování spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky. O těchto tématech se zmínily všechny čtyři sestry.

Všechny sestry odpověděly, že se rodinní příslušníci mohou zapojit do hygienické péče, mohou podávat stravu nemocnému. Sestry také rodinu připravují na cvičení s klientem. Důležité je zapojení rodiny do polohování klienta, aby se podpořila prevence dekubitů. Dvě sestry se zmínily o důležitosti podpory soběstačnosti nemocného.

Sestra S 1 ve své odpovědi shrnula zapojení rodiny do péče, a to takto: *„Rodinné příslušníky je možné zapojit do všech činností týkajících se ošetřování nemocného. Hlavně spolupráce s rodinou umožňuje pacientům pobývat v domácím prostředí. Také na rodinných příslušnících nejvíce záleží, jakým směrem se léčba a uzdravování pacienta bude odvíjet. Jak už jsem jednou zmínila, chce to velkou dávku lásky, optimismu a trpělivosti. Snažíme se rodinu co nejvíce zapojovat, aby byla celá rodina soběstačná a ve všech fázích jim stojíme oporou – jako pomoc konkrétní nebo pomoc psychickou.“*

Ohledně spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky vychází najevo, že sestry učí rodinu, jak se svým blízkým šetrně a účelně manipulovat, jak správně polohovat a ukazují jim vhodné cviky ke zlepšení pohyblivosti, které s nemocným mohou provádět.

Jedna z dotazovaných sester se jako jediná zmínila o spolupráci v otázce vhodného uspořádání bytu. *„Velký význam má spolupráce s rodinou při vhodném uspořádání bytu s pacientem s CMP. Pořízení vhodného lůžka, dobře přístupného alespoň ze dvou stran, polohovací, správná matrace, madla, vhodné umístění nočního stolku, odstranění koberců a různých překážek, zavedení zvonečku, vybavení různými podkládacími klíny, kolečky, válci a využití stávajících možností v rodině jako je malá židlička a podobně. Je potřebné zajistit dobré osvětlení i přes noc. Rodinám radíme, kde mohou získat určité*

pomůcky a nábytek například ve Zdravotnických potřebách, CSP nebo v Hospici, kde je možnost zakoupení, zapůjčení nebo pronájmu. Pečovat musíme i o rodinné příslušníky, kteří mají těžký život, a je třeba dbát na to, aby si také odpočinuli a nabrali sílu a optimismus. Doporučujeme i odlehčovací pobyty v CSP nebo Hospici.“

Sestry uvádějí, že se vždy setkaly se spolupracující a ochotnou rodinou, kde nebyl problém rodinné příslušníky do péče začlenit.

4.7 Kategorie Komunikace mezi sestrou a rodinou

Tato kategorie shrnuje důležitost komunikace mezi sestrou, klientem a rodinnými příslušníky. Pro rodinu je péče velkou psychickou zátěží, proto je komunikace a podpora rodiny nezanedbatelnou součástí péče.

Sestry hlavně zdůraznily důležitost naslouchání. Prioritou je vyslechnutí pečujících, zjištění, co je trápí a jakou pomoc by si představovali. Sestry si komunikaci s rodinou chválily. Vždy měly štěstí na spolupracující rodinu a komunikace byla výborná.

Nejlépe popsala problematiku sestra S 1: *„Jestliže máme zájem o co nejlepší výsledky v léčbě i ošetřování nemocného s CMP, musíme stále a intenzivně komunikovat jak s rodinnými příslušníky, tak s ošetřujícími lékaři. Musíme umět naslouchat, abychom se dozvěděli co nejvíc o problémech a potížích, potom se snažíme co nejvíce pomoci. Komunikací také pomáháme zabránit smutku, depresi a beznaději, vzbuzujeme důvěru, optimismus a dáváme tak potřebnou naději. Musíme správně a citlivě rozlišit, co nemocný očekává a co mu můžeme dát. Co máme brát vážně a co ne. Také musíme poznat, kde musíme začít myslet za nemocného, abychom mohli správně konstatovat, co je pro něho opravdu to nejlepší. Zde je velká nutnost dobré etiky. Komunikujeme v domácnosti, při práci nebo jsme v telefonickém kontaktu v případě nutnosti“*

Všichni rodinní příslušníci si moc chválili komunikaci ze strany sestry. Je patrné, že sestra pro ně znamená významnou psychickou podporu, což je velice důležité. Každodenní péče o takto nemocného člena rodiny je velkou psychickou i fyzickou zátěží, proto je důležitá role sestry k morální podpoře a motivaci rodiny.

Rodinní příslušníci byli velice spokojeni s přístupem sester. Tvrdí, že jim sestra ukáže a vysvětlí potřebné úkony, dodává jim psychickou a fyzickou podporu, jak vystihl ve své odpovědi respondent 3: *„Komunikace i spolupráce probíhá velmi dobře. Sestra mi vše vysvětlí, ukáže a podporuje mě hlavně psychicky. Jsem rád, že jsou tu pro nás. Sám bych to nezvládl a jsem moc rád, že s touto pomocí mohu mít manželku doma.“* (R 3).

4.8 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 3 – Identifikační údaje respondentů – rodinní příslušníci

Respondenti - pohlaví	Věk	Příbuzenský vztah
Žena (R1)	48 let	dcera
Muž (R2)	68 let	manžel
Muž (R3)	73 let	manžel
Žena (R4)	70 let	manželka

4.9 Kategorizace získaných dat od rodinných příslušníků

Tabulka 4 – Seznam kategorií (rodinných příslušníků)

Kategorie	Obsah uvedených kategorií
1. Spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky	
2. Využití agentury domácí péče	Spokojenost rodiny se službami agentury domácí péče
	Jaké změny by rodinní příslušníci uvítali při poskytování služeb agentury domácí péče

4.10 Kategorie Spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky

Kategorie *Spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky* uvádí, jakým způsobem pomáhá sestra rodinám při péči. Všichni dotazovaní respondenti se o tomto tématu zmínili.

Pro rodinu jako pro laiky je důležité, aby jim sestra vše důsledně vysvětlila, podala dostatek potřebných informací a ukázala nezbytné pomůcky a úkony pro zajištění péče o nemocného.

V odpovědích od rodinných příslušníků je zjevné, že sestry učí rodinu správně polohovat nemocného, což je velice důležité pro prevenci dekubitů. Ukáže jim, jak se svým blízkým správně manipulovat a jaké by měli používat antidekubitární pomůcky, jaké pomůcky jsou vhodné pro zajištění žádoucí polohy. Také pomáhají rodině s hygienickou péčí a zajišťují vše potřebné, jako například zajištění léků u lékaře nebo jiné důležité činnosti.

Všichni respondenti jsou velice spokojeni ohledně spolupráce mezi nimi a sestrou. V sestře nacházejí pocit jistoty a plně jí důvěřují.

4.11 Kategorie Využití agentury domácí péče

Kategorie *Využití agentury domácí péče* obsahuje dvě témata. Jedno se zaměřuje na spokojenost rodiny se službami agentury domácí péče a druhé téma zkoumá, jaké změny by rodinní příslušníci uvítali při poskytování služeb agentury domácí péče.

Ohledně spokojenosti rodiny se službami agentury domácí péče v odpovědích respondentů zazněly pouze kladné připomínky. Všichni respondenti byli nadšeni z faktu, že taková možnost existuje a mohou této služby využít. Nikdy neměli s agenturou domácí péče žádný problém a jsou rádi, že mohou mít svého blízkého ve svém domácím prostředí a s pomocí sestřiček o něho pečovat. Nedovedou si představit, že by jej umístili na delší dobu do zdravotnických nebo sociálních zařízení.

Respondenti uvádějí, že je jejich sestřička milá, ochotná a hezky s nimi jedná. Mají k sobě kladný citový vztah. Všichni rodinní příslušníci vyjádřili velký dík agentuře domácí péče a sestřičkám pečujícím o jejich blízké.

Při dotazování, jaké by rodinní příslušníci uvítali změny, zazněly stejné odpovědi. Všichni respondenti tvrdí, že nepotřebují žádnou změnu. Do budoucna by uvítali snad jen přítomnost sestry v delším časovém úseku, protože někteří mají omezené možnosti být v kontaktu s jinými lidmi. Přítomnost sestry je povzbuzuje a naplňuje jejich očekávání. Uvádějí, že mají k dispozici trvale většinu pomůcek. Nezmiňují se o žádném problému ohledně kompenzačních, antidekubitárních pomůcek ani jiných potřebných prostředků.

Respondenti jsou s dosavadní péčí velmi spokojeni a nepotřebují žádné zásadní změny. Pokud budou potřebovat pomoci s péčí o blízkého, chtějí tuto službu i nadále využívat.

5. DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na spolupráci sester agentury domácí péče a rodinných příslušníků, kteří pečují o svého blízkého po cévní mozkové příhodě. Prvním cílem této práce bylo zjistit, jaké nejčastější úkony provádí sestra agentury domácí péče. Druhý cíl byl zaměřen na činnosti, do jakých mohou sestry agentury domácí péče zapojit rodinné příslušníky, a dalším cílem bylo zjistit, jak komunikuje sestra s rodinou. Pro výzkum byly zvoleny rozhovory se sestrami agentury domácí péče a s rodinnými příslušníky pacientů po CMP. Otázky pro sestry a pro rodinu byly podobné.

V otázce týkající se prováděných úkonů sestrou pečující o klienta po cévní mozkové příhodě, který má hemiparézu, je inkontinentní a závislý na péči druhých, se většinou všechny sestry shodovaly. Do běžných základních úkonů sestry zařadily hygienickou péči, podávání léků a stravy. Dále měřily fyziologické funkce a prováděly odběr biologického materiálu. Klienta pravidelně polohovaly pro prevenci dekubitů a ošetřovaly vzniklé defekty. S klientem prováděly pohybovou terapii na procvičení postižených částí těla a snažily se podporovat soběstačnost. Některé informace z praxe těchto sester u stejně nemocného klienta byly shodné s literaturou. Tyto informace korespondují s autorkou Jarošovou (2007) v knize Úvod do komunitního ošetřovatelství a autorkou knihy Komunitní ošetřovatelství, Hanzlíkovou (2006), ve které se zmiňovala o důležitosti včasné mobilizace a aktivizaci nemocného, jež má kladný vliv na pohyblivost pacienta a snižuje riziko kontraktur. O důležitosti rehabilitace, která je zpočátku zaměřena na procvičování svalů a kloubů končetin, a o nutnosti dechové rehabilitace hovoří také Kalvach (2009) a Feigin (2007) ve svých dílech. V odpovědích sester také zazněly informace o uspokojování potřeb klienta. Touto problematikou se zabývala Darja Jarošová (2006) ve své knize s názvem Péče o seniory.

Při položení první otázky se sestry dále zmiňovaly o pomůckách, které využívají během péče o klienta. Jedná se hlavně o polohovací pomůcky a antidekubitární pomůcky, dále pak obvazový materiál na ošetřování defektů a různé hygienické

a ošetřující prostředky jako krémy a oleje potřebné k relaxaci a masáží, případně k ošetření suché pokožky.

Sestry během rozhovorů referovaly o spolupráci s rodinou. Všechny byly velice spokojeny a nadšeny kvalitou spolupráce s rodinnými příslušníky. Uvedly, že se rodina snaží zapojovat do péče o svého člena rodiny. Sestry agentury domácí péče rodině vysvětlí, jak řešit nastalé problémy, poukážou na možnosti vzájemné spolupráce, názorně předvedou způsoby ošetřování a předají příbuzným všechny cenné a potřebné informace ohledně zajištění péče o nemocného. Sestry odpovídaly, že je žádoucí, aby naučily rodinu pečující o blízkého, jak správně polohovat klienta a manipulovat s ním. Stejně tak je nutné seznámit je s potřebnými pomůckami.

Souhlasím s názorem Vágnerové (2008), která ve svém díle také tvrdí, že takové postižení ovlivňuje nejen pacienta samotného, ale i zbytek rodiny. Ve většině případů je nutné změnit postoje všech rodinných příslušníků a vyrovnat se se stresujícími podněty i časovou zátěží. Dlouhodobá celodenní péče o nemocného často vede k pocitům fyzického i psychického vyčerpání členů rodiny, obzvláště tehdy, stará-li se o blízkého po cévní mozkové příhodě pouze jedna osoba. Stereotypní činnosti, často chybějící nebo velmi obtížná komunikace s pacientem, pomalý posun k zlepšení zdravotního stavu, možné výčitky ze špatně prováděné péče a v neposlední řadě chybějící čas pro zbylé členy rodiny – to vše může způsobovat výkyvy nálad, pocit únavy a marnosti, deprese. Všichni rodinní příslušníci jsou nuceni přehodnotit systém hodnot, priority a hlavně svůj zažitý denní režim. Musí se přizpůsobit hlavně potřebám pacienta. Zároveň by si měli uvědomovat, kde jsou hranice jejich možností, aby se trvale nepřepínali a měli čas i na sebe.

Kolář (2010), autor knihy *Rehabilitace v klinické praxi*, uvádí potřebu spolupráce mezi sestrou a rodinou. Také tvrdí, že péče o takto nemocného klienta je pro rodinu velice náročná po stránce fyzické i psychické. Proto by měli rodinní příslušníci myslet nejen na zdraví svého blízkého, ale i na své. Existují odlehčovací pobyty, o kterých se zmínila v rozhovoru jedna z dotazovaných sester. V případě nutnosti rodinám doporučuje odlehčovací pobyty pro klienta v centru sociální pomoci nebo v hospici. K tomuto návrhu se stavím kladně. Z vlastní zkušenosti vím, jak je dlouhodobá péče

o pacienta upoutaného na lůžko vyčerpávající. Aby rodinní příslušníci nabyli znovu více síly, je každý odlehčovací pobyt přínosem. Zařízení, která tento pobyt umožňují, nabízejí možnost předchozího seznámení s personálem a prostředím, kde by klient pobýval. Rodina by předem věděla, jaké péče se dostane jejich blízkému.

Sestry byly dotazovány na problematiku chybějících potřebných pomůcek. V odborné literatuře jsou uvedeny vhodné pomůcky pro ležící či motoricky postižené pacienty, které by uvítaly i sestry agentury domácí péče. Dvě z dotazovaných sester cítí nedostatek polohovacích pomůcek a jedna sestra uvádí, že chybí různé kompenzační pomůcky, jako jsou chodítka, nástavce na WC, WC židle nebo hrazdičky k usnadnění pohybu v lůžku. Tento problém je řešen ve spolupráci s praktickým lékařem, jak uvedla dotazovaná sestra. Podle mého názoru momentální nedostatek některých polohovacích kompenzačních pomůcek s sebou přináší nutnost improvizace. Řadu zdravotnických polohovacích pomůcek lze bez problémů nahradit v domácnosti běžně dostupnými předměty (deky, polštáře, molitanové podložky apod.). Některé pomůcky jsou plně nebo částečně hrazeny zdravotními pojišťovnami, jiné lze zakoupit v prodejnách zdravotnických potřeb. Klienti i pečující osoby se cítí mnohem bezpečněji při využití kompenzačních pomůcek (chodítek) a méně se obávají možných pádů a jimi způsobených úrazů. Chybí-li pacientovi hrazdička nad lůžkem, případně madla v koupelně a na toaletě, znamená to navíc větší fyzickou zátěž pro ošetřovatele.

Ve druhé otázce jsme se zajímali o činnosti, do kterých lze zapojit rodinné příslušníky. Také rodiny objasňovaly, kterými úkony se podílejí na péči o svého blízkého. Sestry jednoznačně odpověděly, že rodinu zapojují do hygienické péče, podávání stravy a léků nemocnému. Dále sestry vedou rodinné příslušníky k pravidelnému polohování a cvičení s klientem. Sestry se snaží rodinu zapojovat co nejvíce, aby byla v péči o klienta pokud možno soběstačná a poskytovala mu tak trvalou oporou. Odpovědi sester jsou shodné s rozhovory s rodinnými příslušníky. Jeden z dotazovaných rodinných příslušníků ve své odpovědi zahrnul nutnost procvičování řeči. Na pomoc logopeda ukazuje ve své knize Cévní mozková příhoda Feigin (2007). Tvrdí, že logoped pomáhá klientovi nejen v oblasti komunikace, ale také v oblasti schopnosti polykání jídla a tekutin. Friedlová (2007), autorka konceptu Bazální

stimulace, uvádí, že jsou pro pacienta vhodné prvky bazální stimulace, která vede ke zlepšení soběstačnosti a motoriky nemocného. Tato stimulace podporuje vnímání vlastního těla, navázání kontaktu s okolím a pomáhá ke zkvalitnění života, tudíž by pro pacienta po CMP byla žádoucí. Z odpovědí sester a rodinných příslušníků vyplynulo, že bazální stimulaci nevyužívají. Bazální stimulace je jednoduchou formou, jak pozitivně ovlivnit celkový stav klienta, a bylo by přínosné, aby se u klienta po CMP prováděla. Friedlová (2007) tvrdí, že bazální stimulaci mohou provádět kvalifikovaní pracovníci. Myslím si, že v současné době existují kurzy bazální stimulace pro zdravotnický personál, po jehož absolvování by sestry mohly stimulaci u klientů provádět také. Nejedná se o na tolik časově náročnou činnost, aby je v běžně poskytovaných výkonech u pacientů výrazně zatěžovala.

V další otázce jsme se věnovali problematice ohledně komunikace mezi sestrou a rodinnými příslušníky. V odpovědích sester i rodinných příslušníků vyšlo najevo, že komunikace i spolupráce funguje na výborné úrovni. Jedna sestra uvádí, že je velice důležité naslouchání klientovi či jeho blízkým pro zjištění problémů, potíží či potřeb a přání nemocného. Sestra musí komunikovat s rodinou a ošetřujícími lékaři, aby byly dosaženy co nejlepší výsledky v péči o klienta. Pro klienta i rodinu je důležitá psychická podpora a komunikací lze pomoci zabránit smutku a beznaději a také navazuje důvěru mezi klientem, rodinou a sestrou. Stejně tak uvádí tuto problematiku autorky Pokorná (2010) a Zacharová (2010). Autorky ve svých knihách vyjadřují, že je důležitá motivace pacienta, emocionální podpora klienta i jeho rodiny a navázání kladného vztahu mezi klientem, rodinou a sestrou. Podle mých zjištění sestry agentury domácí péče navázaly kontakt s rodinami a klienty bez zjevných obtíží, komunikace mezi nimi byla také přínosná. Klienti občas trpěli pocity vlastní zbytečnosti a méněcennosti, jelikož se sami nemohli obsluhovat, a necítili se dobře ve své závislosti na druhých. Zde přišla na řadu správná komunikace sester, motivující klienty nevzdávat se předčasně a naučit klienty žít se svým handicapem.

Interakce mezi členy rodiny má vliv na vyrovnání se s daným zdravotním problémem a jeho přijetí. Po prvotních rozhovorech se sestrami všichni zúčastnění postupně nabyli přesvědčení, že postižení nemusí být trvalé. Začali si uvědomovat

nutnost spolupráce, aby bylo možné tento problém zmírnit. Věnovali se mimo jiné i rehabilitačnímu cvičení a tím se snažili vylepšit motorické schopnosti narušené následkem nemoci.

Zacharová (2010) se ještě zmiňuje o vhodné komunikaci s pacientem po CMP, který trpí poruchou řeči a má problém s porozuměním podané informací a pokynům. U takto nemocného by sestry měly dbát na krátké a srozumitelné věty, aby klient porozuměl jejich podstatě. Je vhodné, aby sestry využívaly různých obrázků a předmětů pro snadnější představu o sdělené informaci. Při komunikaci by sestry měly využívat jak verbální, tak neverbální komunikaci. Při práci s klientem je neverbální komunikace stejně tak důležitá jako verbální. Sestra si všímá pohybů, postojů, polohy a mimiky u klienta a následně může odhalit, jak se klient cítí, v jakém se momentálně nachází stavu a jaké má potřeby. Z rozhovorů sester vyplynulo, že s klientem komunikují velice dobře a snaží se dosáhnout co nejlepších výsledků. V odpovědích od rodinných příslušníků byly zaznamenány pozitivní výpovědi a rodiny jsou ohledně komunikace se sestrami velice spokojeny.

6. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit rozsah spolupráce sester agentury domácí péče a rodinných příslušníků u pacientů po cévní mozkové příhodě. V práci byl použit kvalitativní výzkum. Za metodu dotazování byl zvolen rozhovor, z něhož vyplynuly informace o spolupráci sester s jejich klienty a rodinnými příslušníky.

Cíle výzkumu byly zaměřeny na zjištění prováděných úkonů a činností sester a rodinných příslušníků, na využívané pomůcky, vzájemnou komunikaci a spolupráci mezi sestrami a rodinou a na časovou dotaci při péči o klienta. Zároveň byla mapována míra spokojenosti rodinných příslušníků starajících se o pacienta po cévní mozkové příhodě s poskytovanými službami sester agentury domácí péče. Cíle výzkumného šetření byly naplněny.

Z provedeného výzkumu vyplynuly od obou zúčastněných stran velmi obdobné závěry. Všichni dotazovaní hodnotili vzájemnou spolupráci a společnou komunikaci velmi kladně. Shodovali se na možnostech začlenění rodiny do péče, podobně reagovali i na problematiku využívaných pomůcek. Ke stejnému názoru došli všichni respondenti také v otázce dostatečné časové dotace věnované péči o pacienta.

Výsledky výzkumného šetření budou předány agentuře domácí péče a mohou sloužit k vyhodnocení úrovně jejích poskytovaných služeb.

7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. AMBLER, Zdeněk. Základy neurologie. 6. vydání. Praha: Galén, 2006, 351 s., ISBN 80-7262-433-4.
2. ANDRYSEK, Oskar; ASTL, Jaromír; BARTOŠOVÁ, Veronika. Mluv se mnou. Praha: Maxdorf, 2011, 147 s., ISBN 978-80-7345-257-5.
3. BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. Postgraduální medicína. 2011, roč. 13, č. 2, s. 128-135. ISSN 1212-4184.
4. FEIGIN, Valery. Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu. Praha: Galén, 2007, 207 s., ISBN 978-80-7262-428-7.
5. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada, 2007, 168 s., ISBN 978-80-247-1314-4.
6. HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči I. Javorník: Halová Miroslava - MAJ. ZJ, 2007, 140 s., ISBN 80-239-7316-9.
7. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. Komunitní ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2006, 87 s., ISBN 80-8063-229-4.
8. ICTUS o.p.s., Jan Dohnálek, Afatický slovník [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.ictus.cz/>
9. JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, ISBN 978-80-247-2150-7.
10. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007, 100 s., ISBN 978-80-247-2150-7.
11. KALINA, Miroslav. Cévní mozková příhoda v medicínské praxi. Praha: Triton, 2008, 231 s., ISBN 978-80-7387-107-9.
12. KALITA, Zbyněk. Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika. patofyziologie. management. Praha: Maxdorf, 2006, 624 s., ISBN 80-85912-26-0.
13. KALITA, Zbyněk. Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé. Praha: Mladá fronta, 2010, 39 s., ISBN 978-80-204-2093-0.

14. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovateľskej praxi. Praha: Grada, 2011, 128 s., ISBN 978-80-247-2835-3.
15. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008, 202 s., ISBN 978-80-247-2169-9.
16. KOLÁŘ, Pavel et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2010, 650 s., ISBN 978-80-726-2657-1.
17. KOLEKTIV AUTORŮ. Neurologie 2003. Brno: Triton, 2002, 386 s., ISBN 80-7254-431-4.
18. KOLEKTIV AUTORŮ. Sestra a urgentní stavy. Praha: Grada, 2008, 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
19. KALVACH, Zdeněk. Pečujeme doma: příručka pro laické pečující. 2. vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, 2009, 86 s.
20. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovateľství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007, 352+16 s., ISBN 978-80-247-1830-9.
21. LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetroující personál. Praha: Grada, 2006, 152 s., ISBN 978-80-247-1784-5.
22. MARŠÍKOVÁ, Eliška a Martina HOLZMANNOVÁ. Vliv domácího prostředí na rozvoj soběstačnosti. Diagnóza v ošetrovateľství. 2008, roč. 4, č.7, 17 s., ISSN 1801-1349.
23. NEUSAR, Aleš. Rodina po cévní mozkové příhodě. Psychologie dnes. 2009, roč. 15, č. 4, 40-44 s., ISSN 1211-5886.
24. OREL, Miroslav. Člověk, jeho mozek a svět. Praha: Grada, 2009, 256 s., ISBN 978-80-247-2617-5.
25. PFEIFER, Jan. Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
26. PLEVOVÁ, Ilona, et al. Ošetrovateľství 1. Praha: Grada, 2011, 288 s., ISBN 978-80-247-3557-3.
27. POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010, 160 s., ISBN 978-80-247-3271-8.

28. SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2008, 168 s., ISBN 978-80-247-2733-2.
29. SPENCE, David. Mozková mrtvice – prevence, výživová doporučení, recepty. Praha: Triton, 2008, 255 s., ISBN 978-80-7387-058-4.
30. SCHULER, Mathias a Peter OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry. Praha: Grada, 2010, 336 s., ISBN 978-80-247-3013-4.
31. TROJAN, Stanislav a kol. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005, 240 s., ISBN 80-247-1296-2.
32. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
33. VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s., ISBN 80-247-1262-8.
34. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007, 96 s., ISBN 978-80-247-2170-5.
35. VRBATA, Jaroslav. Komplexní domácí péče o pacienta po CMP. Sestra. 2008, roč. 18, č. 4, 43-44 s., ISSN 1210-0404.
36. VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychologie: 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010, 288 s., ISBN 978-80-247-2667-0.
37. VYTEJČKOVÁ, Ilona et al. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 1: obecná část. Praha: Grada, 2011, 232 s., ISBN 978-80-247-3419-4.
38. WHO. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti. Praha: Grada, 2004, 199 s., ISBN 80-247-0592-3.
39. WILLIAMS, Jane et al. Acute stroke nursing. UK: Wiley – Blackwell, 2010, 368 s., ISBN 978-1-4051-6104-6.
40. ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. Sestra. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
41. MEDICABAZE, H. Adamčová, Cévní mozkové příhody – rehabilitace [online]. [cit.2015-04-20]. Dostupné z: <http://medicabaze.cz/>

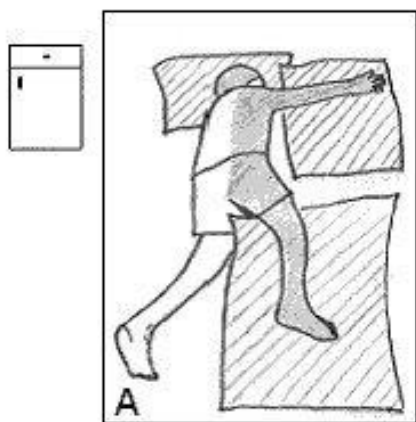
PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Správné polohování klienta po CMP

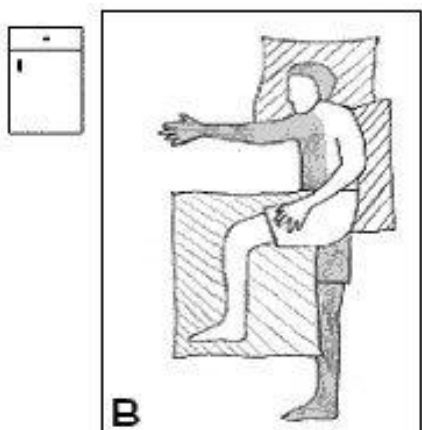
Příloha č. 2 - Ukázka z afatického slovníku

Příloha č. 3 - Souhlas s poskytnutím rozhovorů

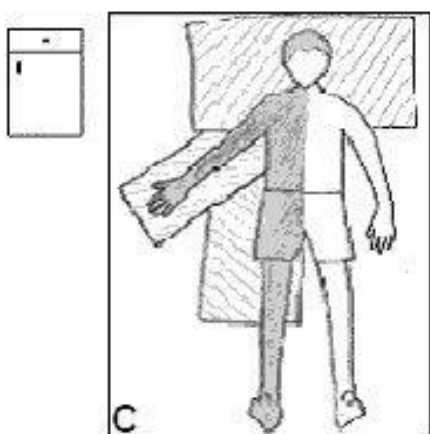
Příloha č. 1 - Správné polohování klienta po CMP



Poloha na zdravém boku

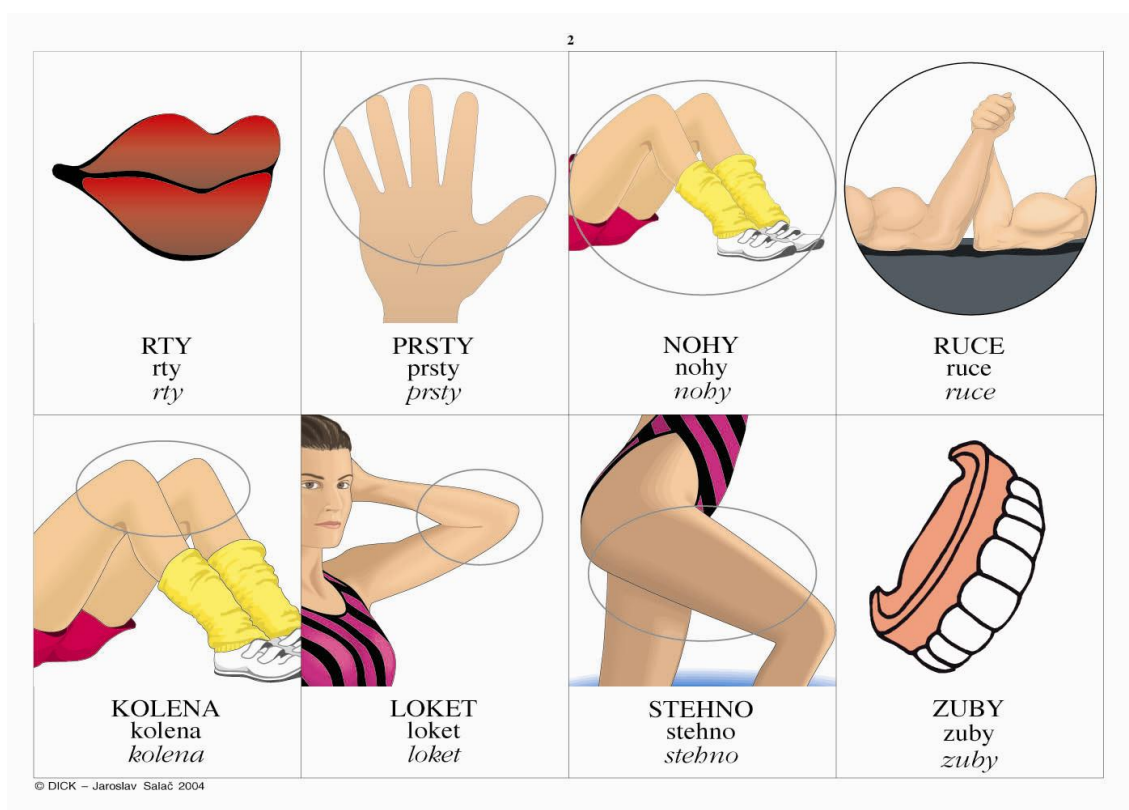


Poloha na postiženém boku



Poloha na zádech

Příloha č. 2 - Ukázka z afatického slovníku



Zdroj: [http://www.ictus.cz/Afaticky slovník](http://www.ictus.cz/Afaticky_slovník)

Příloha č. 3 – Souhlas s poskytnutím rozhovorů

Ve Strakonících, 19.2.2015

Domácí péče ČČK, o.p.s.
Mgr. Marie Kadochová
Ředitelka
B. Němcové 1118
386 01 Strakonice 1

Věc: Žádost o poskytnutí souhlasu s výzkumným šetřením v Domácí péči ČČK.

Žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu k provedení výzkumného šetření v Domácí péči během měsíce března 2015.

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Č.B. a zpracovávám bakalářskou práci na téma Spolupráce sester a rodinných příslušníků v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Součástí této práce je výzkumné šetření, které bude provedeno formou rozhovorů se sestrami a rodinnými příslušníky klientů. Všem dotazovaným bude zaručena anonymita a výsledky budou použity pouze v mé bakalářské práci.

Děkuji

Silovská Petra

studentka 3. ročníku ZSF JČU, Č.B.

e-mail: petra.silovska@seznam.cz

Souhlasím.

Strakonice, 23.2.2015

DOMÁCÍ PÉČE ČČK
OBECNĚ PROSPĚŠNÁ SPOLEČNOST
B. Němcové 1118, 386 01 Strakonice
IČ: 251 85 853
Kadochová
Mgr. Marie KADOCHOVÁ