



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta po cévní
mozkové příhodě v domácím prostředí**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lucie Doubková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 7.8. 2023

.....

Lucie Doubková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za její cenné rady, trpělivost a ochotu. Dále velké poděkování patří rodinám a pacientům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a ochotně se podělili o své zkušenosti a znalosti. Ráda bych také chtěla věnovat poděkování své rodině za podporu v průběhu celého studia.

Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí

Abstrakt: Bakalářská práce nese název „*Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.*“

Cíle práce: Zjistit, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě. Zjistit, jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedinci po cévní mozkové příhodě. Zjistit míru pečovatelské zátěže u rodinných příslušníků pečujících o pacienty po CMP. Zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině.

Metodika a výzkumný soubor: Pro dosažení stanovených cílů byly vytvořeny výzkumné otázky. Jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě? Jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě? Jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině?

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá definicí cévní mozkové příhody, typy CMP, klinickým obrazem CMP, diagnostikou, léčbou CMP, první pomocí a rizikovými faktory. Dále je zde popsáno rozdělení CMP. Dále se v teoretické části popisují dopady cévní mozkové příhody na pacienta, rodina a cévní mozková příhoda, rehabilitace po cévní mozkové příhodě, domácí péče, ošetřování nemocného v domácí péči, úloha rodinných příslušníků v domácí péči a podpora soběstačnosti pacienta při každodenních činnostech. Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, které byly realizovány rodinnými příslušníky pečujícími o pacienty po CMP v domácím prostředí. Výzkumný soubor byl tvořen dohromady 12 rodinnými příslušníky, kteří se starají o své blízké po CMP v domácím prostředí. Získaná data byla zpracována metodou „tužka papír“. Bylo použito otevřené kódování a výsledky byly následně rozděleny do 3 kategorií a 13 podkategorií.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že rodinní příslušníci mají přehled o základních vědomostech a znalostech o cévní mozkové příhodě v rámci poskytování péče o jedince po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Také bylo zjištěno, jaká zátěž provází pečovatele během péče a jak ovlivnila cévní mozková příhoda interakce mezi rodinou a nemocným. Výstupem práce je informační brožura pro rodinné příslušníky,

kteří se starají o pacienta po CMP v domácím prostředí. Zároveň může posloužit dalším rodinám, kteří pečují o pacienta po CMP.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda; rodinný příslušník; rodina; CMP; domácí péče; agentura domácí péče

Involvement of family members in care of a patient after a cerebrovascular accident in a domestic environment

Abstract: The bachelor thesis is titled „*Involvement of family members in care of a patient after a cerebrovascular accident in a domestic environment.*“

Research aims: To find out how knowledgeable family members are about cerebrovascular accidents. To find out how knowledgeable family members are about care of an individual after a cerebrovascular accident. To learn about the caregiver burden of family members who take care of an individual after a cerebrovascular accident. To find out how a cerebrovascular accident affected individuals involved and their family's social interactions.

Methodology and sampling: To achieve set aims, a set of research questions were created. How knowledgeable are family members about cerebrovascular accidents? How knowledgeable are family members about care of an individual after a cerebrovascular accident? How did a cerebrovascular accident affect individuals involved and their family's social interactions?

The thesis is divided into a theoretical and empirical part. The theoretical part examines the definition of cerebrovascular accident (CVA), CVA types, clinical picture of CVA, diagnostics, CVA treatment, first aid and risk factors. CVA categories are described within this part. Moreover, the theoretical part describes the impacts of CVA on the patient, family and CVA, CVA rehabilitation, home care, treatment of a patient in home care, role of family members in home care and support of patient's independence in daily tasks. The empirical part of the thesis has been created using qualitative data analysis. The chosen method of research was semi-structured interviews with family members who take care of CVA patients in a domestic environment. The statistic sample consisted of 12 family members who take care of their relatives after CVA in a domestic environment. The data collected was processed using a pen-and-paper method and open coding. The results were subsequently classified into 3 categories and 13 subcategories. The results of the data analysis showed that family members have an overview of basic knowledge and expertise about cerebrovascular accidents in terms of taking care of a CVA patient in a domestic environment. Furthermore, it has been found how burdened carers are during their work and how CVA affected interactions between the family and the recovering. The output of the work is an information brochure for family members who care for a patient after a stroke in a domestic environment. It may also be of help to other families who take care of a patient after CVA.

Key words

Cerebrovascular accident; CVA; family member; family; home care; home care agency

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Cévní mozková příhoda	11
1.1.1 Charakteristika.....	11
1.1.2 Typy CMP	11
1.1.3 Klinický obraz	12
1.1.4 Diagnostika.....	12
1.1.5 Léčba	13
1.1.6 První pomoc.....	13
1.1.7 Rizikové faktory	14
1.2 Rozdělení CMP	15
1.2.1 Ischemická cévní mozková příhoda	15
1.2.2 Hemoragická cévní mozková příhoda	15
1.2.3 Intracerebrální krvácení	16
1.2.4 Subarachnoidální krvácení	16
1.3 Dopady cévní mozkové příhody na pacienta	16
1.4 Rodina a cévní mozková příhoda	19
1.4.1 Definice rodiny	19
1.5 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě	19
1.5.1 Definice rehabilitace.....	19
1.5.2 Polohování.....	20
1.5.3 Návčik vertikalizace	20
1.6 Domácí péče.....	21
1.6.1 Definice domácí péče	21
1.6.2 Formy domácí péče	22
1.6.3 Ošetřování nemocného v domácí péči.....	23
1.7 Úloha rodinných příslušníků v domácí péči.....	25

1.7.1 Podpora soběstačnosti pacienta při každodenních činnostech	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3 Metodika výzkumu	30
3.1 Použitá metoda a technika sběru dat	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky výzkumného šetření.....	32
4.1 Identifikační údaje rodinných příslušníků.....	32
4.2 Identifikační údaje pacientů po CMP.....	34
4.3 Kategorizace výsledků	36
4.3.1 Kategorie 1: Znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP.....	37
4.3.2 Kategorie 2: Fyzická a psychická zátěž u rodinných příslušníků v péči o pacienta.....	43
4.3.3 Kategorie 3: Sociální interakce mezi rodinnými příslušníky a pacientem	45
5 Diskuze	49
6 Závěr	57
7 Seznam použitých zdrojů.....	60
8 Seznam tabulek	65
9 Seznam příloh	66
10 Přílohy.....	67
11 Seznam použitých zkratk	72

Úvod

Téma této bakalářské práce je *„Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.“* Cévní mozková příhoda patří mezi nejčastější příčiny úmrtí i invalidizace nejen v České republice, ale i na celém světě. Je definována jako *„akutní onemocnění mozku způsobené poruchou cévního zásobení.“* CMP není záležitostí jen nemocného, ale také celé jeho rodiny. Pokud po překonané mozkové příhodě zůstanou následky, změní to vztahy nemocného k rodině a on sám sestává závislým na cizí pomoci. Členové rodiny se stávají pečovateli, jsou zodpovědní za uspokojování všech jeho potřeb jako je provádění hygieny, úkony spojené s vyprazdňováním, zvedáním a přemísťováním nemocného.

V teoretické části se zaměříme na definování cévní mozkové příhody, popisujeme zde i typy CMP, klinický obraz CMP, diagnostiku, léčbu CMP, první pomoc, rizikové faktory. Zmíníme zde i rozdělení CMP. Dále se v teoretické části popisují dopady cévní mozkové příhody na pacienta, rodina a cévní mozková příhoda, rehabilitace po cévní mozkové příhodě, domácí péče, ošetřování nemocného v domácí péči, úloha rodinných příslušníků v domácí péči a podpora soběstačnosti pacienta při každodenních činnostech.

Cílem této práce je zjistit, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě. Zjistit, jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě. Zjistit pečovatelskou zátěž u rodinných příslušníků pečujících o pacienty po CMP. Zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině. V práci bude použito kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování. Technikou sběru dat budou polostrukturované rozhovory.

1 Současný stav

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je z epidemiologického hlediska zařazena na třetím místě jako příčina úmrtí. V České republice na rozdíl od jiných evropských států je stále více pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda, které souvisí i se vzrůstajícím věkem obyvatelstva (Seidl, 2015).

Podle Kejklíčkové (2011) cévní mozková příhoda ročně postihne ve světě až 13 milionů nových obětí. Z nich přibližně jedna třetina umírá do roka.

1.1.1 Charakteristika

Iktus nebo také cévní mozková příhoda (CMP) je náhle vzniklé onemocnění, které je zapříčiněno poruchou mozkové cirkulace, ischemií nebo hemoragií (Ambler, 2011).

CMP je také popisována akutně vzniklými klinickými příznaky poruchy funkce mozku, které trvají déle než 24 hodin bez viditelné cévní příčiny. Cévní mozková příhoda je náhlý stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení léčby. Toto onemocnění je třetí nejčastější příčinou úmrtí v ČR (Seidl, 2008).

Iktus je velmi časté a vážné onemocnění, které má vysokou úmrtnost. U tohoto onemocnění je zcela zásadní včasné zahájení rehabilitace (Kovářová et al., 2018).

1.1.2 Typy CMP

CMP můžeme rozdělit dle příčiny na mozkové příhody ischemické, hemoragické a embolizace. Ischemické cévní mozkové příhody patří mezi nejčastější typy CMP. Vznikají na podkladě trombózy nebo embolie.

U hemoragických cévních mozkových příhod dochází k prasknutí chorobně změněné tepny. Nejčastější příčinou změn na cévách je ateroskleróza. Embolizace vznikají na podkladě embolu, který pochází z levého srdce a uvolní se při fibrilaci komor (Slezáková et al., 2012).

Dle Švestkové (2017) je dalším typem CMP tranzitorní ischemická ataka (TIA), která trvá kratší dobu a do 24 hodin se zcela upraví.

1.1.3 Klinický obraz

Volný et al. (2016) uvádí, že příznaky CMP závisejí na místě vzniku ischemie nebo krvácení, rozsahu postižení a na krevním zásobení. Velkou roli také hraje celkový stav pacienta a včasné zahájená léčba. Ve většině případů bývá zasažena oblast arterie cerebri media a důsledkem je poté hemiparéza, která je nejčastějším příznakem CMP. Současně s hemiparézou vzniká porucha vědomí a pro tento stav je pacient hospitalizován.

Dalšími projevy CMP jsou potíže s mluvením, závratě i se zvracením, porucha rovnováhy a koordinace pohybů, problémy s chůzí či stáním na místě. Objevují se i silné bolesti hlavy a náhlé potíže s viděním: rozmazané vidění nebo výpadek části zrakového pole (Volný et al., 2016).

Dow et al. (2018) uvádí, že mezi základní příznaky, podle kterých poznáme, že se jedná o cévní mozkovou příhodu, patří anglický akronym FAST. Písmeno F představuje obličej (face). Může se zde objevit náhlé ochrnutí jedné strany obličeje. Písmeno A (arms) představuje ochrnutí jedné paže i nemožnost zvednout obě horní končetiny. Porucha řeči se značí písmenem S (speech). Písmeno T (time) představuje čas. Čas na přivolání pomoci. Nejhlavnější roli v čase hraje mozek.

1.1.4 Diagnostika

Dle Slezákové et al. (2012) je správná a včasná diagnostika velmi důležitá při zahájení léčby u CMP. Nejzákladnější je anamnéza (osobní, farmakologická, rodinná, pracovní atd.), dále kontrola fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, tělesná teplota, dech, stav vědomí). Do diagnostiky se řadí i základní neurologické vyšetření (vyšetření reflexů, reakce na osvit, svalové síly, vnímání bolesti a dotyku, držení těla, pohyblivost pacienta). Využívá se také některé hodnotící škály, např. Glasgow Coma Scale.

Dále je to vyšetření očního pozadí, echokardiografie, EKG, RTG srdce a plic, EEG, ultrasonografické vyšetření karotid. Součástí je také laboratorní vyšetření krve a moči (KO, FW, glykémie, hemokoagulace, jaterní testy, urea, ionty, astrup a moč + sediment). U CMP se provádí i lumbální punkce, CT, MR, PET a angiografie mozkových cév (Slezáková et al., 2012).

1.1.5 Léčba

Pacient s CMP vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc a hospitalizaci na neurologické jednotce intenzivní péče. Zdravotnický personál se soustředí nejen na podávání léků a zajištění vitálních funkcí, ale i na správné polohování pacienta.

Podle Mlýnkové (2017) se léčba u CMP dělí na konzervativní, kdy se pacientovi podávají léky, které snižují krevní srážlivost. Tato léčba je soustředěna na prevenci vzniku otoku mozku. Dále je to léčba chirurgická, kdy se nejčastěji odstraňuje hematoma a rozpouštějí se krevní sraženiny. Léčba CMP také zahrnuje speciální rehabilitaci, která se zaměřuje na polohování, postupný nácvik posazování, vstávání a chůze, sebeobsluhy, ergoterapii i logopedickou péči.

1.1.6 První pomoc

Nejdůležitější roli v první pomoci u CMP hraje čas. V prvních chvílích je důležité zavolat ZZS (158) a zkontrolovat základní životní funkce pacienta. Dále nemocného uložit do polohy vleže s podloženou hlavou (Bydžovský, 2011). Během transportu je nutné změřit hodnoty krevního tlaku, pulzu, glykémie a SpO₂. Při podezření na koronární příhodu je nezbytné EKG vyšetření. Pacientovi je následně zavedena i.v. kanyla, aplikuje se elektrolytový roztok. Nezbytná je prevence hypoxémie, proto je nutné pravidelně monitorovat SpO₂ (Bartůněk et al., 2016).

Mukšnáblová (2019) uvádí, že výskyt CMP se každým rokem zvyšuje nejen z důvodu kardiovaskulárních onemocnění a průměrného věku. Nemocnost se pohybuje mezi 250-300 tisíci případů za rok. Z toho 20 % pacientů umírá a 30 % je invalidizovaných. Kromě poruchy vědomí se mohou objevovat i kontralaterální příznaky, což jsou symptomy na opačné straně, než je porucha v mozku. Je to hemiparéza či hemiplegie. Dále to může být závrať, porucha rovnováhy, dvojité vidění, poruchy vitálních funkcí z důvodu porušení prodloužené míchy. U krvácení se často objevuje náhle vzniklá bolest hlavy lokalizovaná do zátylku, zvracení, světloplachost, neklid, rytmické pohyby očních bulbů, snížený pulz a křeče.

1.1.7 Rizikové faktory

Rizikové faktory můžeme rozdělit na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné faktory se řadí věk, ale i genetická predispozice. Mezi nejčastější ovlivnitelné rizikové faktory u CMP patří arteriální hypertenze, onemocnění srdce – fibrilace síní a vady na chlopních (Vágnerová, 2020).

Slezáková et al. (2012) dále uvádí arteriosklerózu, obezitu, nedostatek pohybu, diabetes mellitus, stravu s vysokým obsahem tuků, nedostatek ovoce a zeleniny, nadměrnou konzumaci alkoholu, kouření a stres.

Dle Šedové et al. (2023) je velmi důležitým předpokladem prevence onemocnění dobrá informovanost veřejnosti a znalosti těchto rizikových faktorů, které cévní mozkovou příhodu můžou vyvolat.

Podle Čeledové et al. (2018) je velmi významným rizikovým faktorem arteriální hypertenze. Riziko vzniku cévní mozkové příhody u pacientů s krevním tlakem 160/95 je až 3krát vyšší. Arteriální hypertenzi je důležité zachytit včas, zjistit příčinu a následně ji léčit.

Kouření cigaret je další významné riziko pro vznik CMP. Mechanismus rizika je zvýšení srážlivosti krve a následné poškození cévní stěny. Riziko se zvyšuje s počtem vykouřených cigaret, přesně jako u infarktu myokardu. U těžkých kuřáků je riziko vzniku CMP až o 2,7krát vyšší než u mírných, kde je riziko 2krát vyšší. Nejvýznamnější a nejefektivnější prevencí proti vzniku CMP je abstinence kouření (Čeledová et al., 2018).

Dalším rizikovým faktorem podle Čeledové et al. (2018) je nízká fyzická aktivita. Předpokládá se, že fyzická aktivita ovlivňuje ostatní rizikové faktory aterosklerózy, jako je snížení krevního tlaku, hmotnosti, snížení tepové frekvence, snížení LDL cholesterolu a zvýšení HDL cholesterolu, zlepšení glukózové tolerance, změna stravovacích zvyků a abstinence kouření a alkoholu.

Alkohol je dalším rizikovým faktorem. Vliv alkoholu závisí na množství konzumování. Konzumace velkého množství alkoholu výrazně zvyšuje riziko CMP. Naopak konzumace malého množství alkoholu riziko iktu a aterosklerózy snižuje (Čeledová et al., 2018).

Dále je to cholesterol. Ovlivnění HDL a LDL cholesterolu je možné docílit úpravou životosprávy a léčbou hypolipidemiky (Čeledová et al., 2018).

Do onemocnění srdce, které může ovlivnit vznik CMP patří srdeční selhání a srdeční infarkt, které vedou k celkové hypoperfuzi včetně mozkové. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem vzniku iktu je fibrilace síní. Asi 15 % pacientů s CMP bez ohledu na věk má fibrilaci síní. Frekvence fibrilace síní u CMP se zvyšuje s narůstajícím věkem. Ve skupině pacientů nad 70 let má asi 25 % nemocných s iktem fibrilaci síní (Čeledová et al., 2018).

Stres je velmi významným rizikovým faktorem aterosklerózy. Ovlivňuje několik pochodů v organismu. Velkou součástí zdravého životního stylu je protistresové působení (Čeledová et al., 2018).

Velmi častý rizikový faktor CMP je obezita. Centrální typ obezity s tukem v oblasti břicha je závažnější než typ s tukem v oblasti stehen a hýždí. Obezita má vliv i na zvýšení a složení krevních lipidů, na zvýšení krevního tlaku a narušuje toleranci glukózy (Čeledová et al., 2018).

1.2 Rozdělení CMP

1.2.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemie (zúžení) patří mezi nejčastější příčiny CMP. K rizikovým faktorům patří například lidská rasa (černá rasa), věk (max. 65-75 let), pohlaví (spíše muži), dále vlivy genetické, klimatické, ale i nemoci srdce (angina pectoris, infarkt), hypertenze, diabetes mellitus, hyperglykémie a jiné (Seidl, 2015; Slezáková, 2014).

K ischemii dochází ucpáním přívodné tepny sraženinou nebo jejím zúžením (tzv. stenózou), případně vmetkem (embolem), který je uvolněn ze srdce nebo z extrakraniální tepny. Ischemie mozku tvoří přibližně 80–85 % cévních mozkových příhod. U osob s vyšším věkem bývá zúžení tepny zapříčiněno arteriosklerózou, která je velmi častá. Z důvodu přerušení krevního zásobení dochází rychle k poškození a odumření nervových buněk v určité oblasti (Kejklíčková, 2011).

1.2.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Krvácení (hemoragie) vzniká porušením stěny cévy v mozku. U tohoto typu CMP to může být intracerebrální mozkové krvácení, subarachnoidální krvácení, epidurální a subdurální krvácení. (Seidl, 2015; Slezáková, 2014).

Podle Kejkličkové (2011) krvácení se nejčastěji vyskytuje do mozkové tkáně (10-15 % všech CMP) než do subarachnoidálního prostoru (5 %). U hemoragické cévní mozkové příhody bývá častým příznakem silná bolest hlavy.

1.2.3 Intracerebrální krvácení

Dle Šeblové et al. (2018) jde o krvácení do mozkové tkáně. Toto krvácení je nejčastěji způsobeno rupturou tepny, která se nazývá Charcotova arterie. Prvním příznakem tohoto krvácení je rychle se rozšiřující otok (edém) mozku a následně neurologické příznaky. U intracerebrálního krvácení se nejčastěji objevuje porucha vědomí, nevolnost, bolest hlavy, zvracení a zvyšuje se také krevní tlak. Nejčastějšími příčinami intracerebrálního krvácení jsou místní postižení cévní stěny, poruchy hemokoagulace a nádory.

1.2.4 Subarachnoidální krvácení

Subarachnoidální krvácení znamená krvácení mezi pavoučnicí a měkkou plenou mozkovou. Příčinou je až v 70 % případů ruptura aneurysmatu tepenného původu. Nejhojnější období ruptury aneurysmatu je mezi 55.-60. rokem života. Nejzákladnější diagnostickou metodou při podezření na subarachnoidální krvácení je CT. Tato diagnostická metoda ukáže výskyt krve v subarachnoidálním prostoru až v 95 % případů. Dále se také provádí lumbální punkce, při které může dojít ke snížení tlaku mozkomíšního moku a následně dojde k dalšímu krvácení. Lumbální punkce se však využívá jen tehdy, pokud by nález na CT byl negativní (Penka, 2014).

U pacientů se subarachnoidálním krvácením se často objevuje porucha vědomí, zvracení a nevolnost. Typické jsou meningeální příznaky, které následně lze lehce diagnostikovat, jsou-li všechny přítomny u pacienta. Léčba spočívá v akutní operaci do 3 dnů od ruptury. Později je riziko vzniku spazmu se závažnými následky (Seidl, 2014).

1.3 Dopady cévní mozkové příhody na pacienta

Dle Fadrné et al. (2018) je CMP třetí nejčastější příčina úmrtí a také nejčastější příčina nesoběstačnosti nejen v ČR, ale i v dalších evropských zemích. U pacientů po CMP se mohou objevit motorická postižení a postižení řeči. Dále to mohou být deprese, demence, ale i inkontinence a další problémy, které mohou zhoršovat kvalitu života pacienta.

Palmer et al. (2013) uvádí, že nejčastějším následkem CMP je slabost nebo paralýza. Většinou postihuje jen jednu stranu těla a nazývá se hemiplegie nebo hemiparéza. Hemiparéza je částečné ochrnutí jedné strany těla a hemiplegie se označuje jako úplné ochrnutí jedné poloviny těla. Hemiplegie nebo hemiparéza může postihnout i obličej, jazyk, svaly trupu na jedné straně těla a jednu končetinu. Hemiplegie také může způsobit změny svalového napětí – tzv. spasticita. Spasticita se po CMP většinou zvyšuje. Síla a svalový tonus v postižených částech těla se často mění, ale při správné terapii a rehabilitaci se může stav pacienta zlepšit.

Ztráta koordinace je velmi častá po CMP. Zhoršená koordinace vzniká, pokud mozek nedokáže správně organizovat pohyby těla. Pacient se tak pohybuje neohrabaně a dělá trhané pohyby. Nejběžnějším typem poruchy koordinace je ataxie, která je zodpovědná za pohyby končetin a trupu. Může jít o poruchu mírnou, kdy se pacient pohybuje neohrabaně, ale dokáže zvednout předměty. Pak může jít o těžkou poruchu, kdy pacient nedokáže vykonávat ty nejjednodušší pohyby, ale ani chůzi (Palmer et al., 2013).

Ztráta citlivosti se dělí na částečnou a úplnou. Při částečné ztrátě citlivosti pacient může přijít o schopnost vnímat na jedné polovině těla horko nebo chlad. Může se mu také snížit citlivost na bolest na paži, ve tváři nebo na noze. U některých pacientů citlivost zůstává, ale projevuje se jinak. Například lehký dotek u pacienta vyvolá brnění v dané části těla. U pacienta po CMP může dojít i ke stavu, který se nazývá hemianopie. Pacient nevidí na jedno oko z důvodu postižení očního nervu, který přenáší informace z oka do mozku (Palmer et al., 2013).

Podle Palmera et al. (2013) bývá bolest velmi častá po prodělání CMP. Většinou se jedná o bolest kloubů, šlach a svalů. Bolest může vznikat při poškození mozkových center, která ovládají vnímání bolesti. Této bolesti se říká neurogenní a léky na takový typ bolesti nezabírají.

Porucha polykání, nebo také dysfagie, se u pacientů po CMP vyskytuje poměrně často. Při poruše polykání dochází k záchvatům kašle a dušení z důvodu nesprávného polknutí potravy. Když se potrava dostane do hrtanu a pacient ji vdechne, může tak dojít k aspirační pneumonii a akutnímu zánětu plic, který je častou příčinou úmrtí (Palmer et al., 2013).

Pacienti po CMP často ztrácejí schopnost udržet moč i stolici. U většiny pacientů jde o dočasný stav, který souvisí se zmateností a ztrátou bdělosti v prvních dnech po CMP.

U takových pacientů se zavádí permanentní močový katétr. Důležité je sledovat příjem a výdej tekutin, aby se předešlo případné komplikaci, a to dehydrataci. Nejen inkontinence moči, ale i zácpa je jeden z nejčastějších následků po CMP. Vzniká nejčastěji z důvodu sníženého příjmu stravy a nedostatečného pohybu (Palmer et al., 2013).

Palmer et al. (2013) uvádí, že CMP často způsobuje afázii. Afázie je neschopnost vyjadřovat myšlenky verbálně a následně porozumět řeči nasloucháním. U nejtěžšího typu afázie pacient nerozumí žádným mluveným či psaným slovům. Není schopen se slovně vyjadřovat. Afázie vzniká při poškození levé polokoule mozkové, a tak pacient trpí pravostrannou hemiparézou.

Dále dysartrie je dalším komunikačním problémem. Jedná se o poruchu artikulace. Pacient trpí oslabením rtů, jazyka a krčních svalů. Řeč tak může být nesrozumitelná. Tento typ postižení se dá následně řešit s logopedem.

Kognitivní funkce jsou myšlenkové procesy, které nám pomáhají poznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se podmínkám prostředí. Je to paměť, pozornost, rychlost myšlení, koncentrace, vnímání a další. Patří sem i demence. Je to onemocnění, které je definováno jako soubor poruch kognitivních funkcí – porucha koncentrace, pozornosti, vnímání (Válková, 2015).

CMP často postihuje schopnost pozornosti a soustředění. Mezi poruchy kognitivních funkcí patří anosognosie. Termín znamená nevnímání nemoci a vlastního stavu. Pacient si neuvědomuje jeho zdravotní stav a odmítá přijmout fakt, že prodělal CMP. Dále sem patří prostorová nepozornost. Pacient nedává pozornost části prostoru. Levostranná prostorová nepozornost může ovlivnit vnímání, které se týká levé strany. Například pacienti nevnímají jídlo na levé straně talíře nebo nedokážou dostatečně vnímat svou levou končetinu (Palmer et al., 2013).

Pacienti po CMP mohou trpět výkyvy nálad. Někdy u nich může docházet k absenci citové reakce. Pacienti prožívají tzv. citovou labilitu. Pláč se u nich nemusí projevat jen jako reakce na prožitek smutku či zoufalství, mnohdy může být důsledkem kteréhokoli emocionálního vypětí. U pacientů po CMP se může také objevit depresivní syndrom. Je to porucha, která je částečně způsobena poškozením mozku. Nejčastějším příznakem bývá nespavost, podrážděnost, nechutenství a ztráta zájmu o činnosti, kterým se dříve pacient věnoval a které ho bavily (Palmer et al., 2013).

Palmer et al. (2013) uvádí, že dalším možným následkem po prodělání CMP je snížená schopnost sebeobsluhy a hybnosti. Pro zlepšení těchto schopností je potřeba správná rehabilitace, fyzioterapie i ergoterapie.

1.4 Rodina a cévní mozková příhoda

1.4.1 Definice rodiny

„Nejbližší a nevlivnější prostředí, které už od narození, později během vývoje a dospívání, podmiňuje formování osobnosti a chování každého člena, je rodina“ (Kurucová, 2016, s. 10).

Rodina má pro pacienta po CMP velmi důležitou roli. Mnoho pacientů se vrací z nemocnice zpět domů, kde jim rodinní příslušníci poskytují veškerou podporu a péči. Rodinní příslušníci jsou připravováni jen málo nebo vůbec, protože je čeká hodně nových povinností, které se týkají péče o jejich blízké. Nároky spojené s poskytováním péče mohou omezovat čas pečujících osob na sebe a omezovat jejich účast na jejich dalších volnočasových aktivitách. Nedostatek volného času může mít za následek nepříznivý vliv na celkové zdraví a pohodu pečovatelů. Mnohdy pečovatelé z důvodu nedostatku času na sebe mohou trpět depresemi, únavou i stresem. Stresory mohou ovlivňovat zdraví a kvalitu života pečovatelů. Tyto stresory mohou způsobit sekundární zátěž, jako je sociální izolace a ztráta sebe sama. Zdravotní stav rodinných příslušníků může mít přímý i nepřímý dopad na zdraví a pohodu jejich blízkých s CMP (Kniepmann, 2014).

1.5 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě

1.5.1 Definice rehabilitace

Rehabilitace je proces, který napomáhá nemocnému člověku, který utrpěl nemoc nebo úraz, obnovit dovednosti, které před onemocněním měl. Rehabilitace napomáhá také získat maximální soběstačnost nebo aspoň soběstačnost částečnou (Le Danseur, 2020).

Dle Slezákové (2014) je hlavním cílem rehabilitace v neurologii obnovit psychické i motorické funkce člověka. Při poruše hybnosti je nezbytné zahájit správnou pohybovou léčbu. Při dlouhodobém průběhu nemoci nebo při trvalém postižení je důležité i začlenění pacienta do společnosti. Podílí se na ní pracovní, sociální a pedagogicko-výchovná rehabilitace.

Podle Vackové et al. (2020) mohou být pacienti po CMP v těžkém stavu dokonce i v bezvědomí. Důležitá je však délka trvání bezvědomí. Rehabilitaci je tak nezbytné zahájit co nejdříve u nemocných po CMP.

1.5.2 Polohování

Polohování je prvním výkonem pacienta v akutním stádiu nemoci. Nemocný a jeho končetiny se ukládají do určité polohy za cílem tlumit bolest, umožnit relaxaci svalů a snižovat spasticitu. Nemocného je potřeba pravidelně polohovat v určitých časových intervalech. Polohuje se minimálně jednou po 2-3 hodinách během dne a v noci minimálně jednou za 3-4 hodiny. U pacientů po CMP je nejvhodnější poloha vleže na postiženém boku. V lehu na zádech se zvyšuje spasticita je zde velké riziko vzniku proleženin (dekubitů).

Polohování slouží jako prevence kontraktur, ankylóz a různým deformitám. Důležitá je i správná manipulace s pacientem. Termín zahrnuje činnosti, které vykonává zdravotní sestra, jako je přemísťování a polohování pacienta. Při nesprávné manipulaci s pacientem mohou vznikat bolesti zad a další rizika. Aby se zabránilo možným komplikacím, je nutné používat správné mechanické pomůcky, jako například hrazdičku a nosítka. Je nezbytné dbát na správný postoj pečovatele. Při manipulaci je nutné se vyhýbat dotykům na bolestivých místech. Je potřebné dbát na správnou polohu pacienta a postavení páteře (Slezáková, 2014).

1.5.3 Nácvik vertikalizace

Sed

U pacienta s těžší poruchou je vhodnější provádět sed přes bok, konkrétně přes postiženou stranu. Pokud pacient bude sedět v lůžku, měl by kyčelní kloub zaujímat úhel 90°. Před sebou by pacient měl mít stolek, na kterém jsou obě horní končetiny podloženy polštářem. K lepšímu dosažení vzpřímené polohy je dobré použít polštáře i za zády. Hlava zůstává nepodložena. Z důvodu částečného ochrnutí svalstva trupu bývá sed často nestabilní, proto je nutné podložit a zdvihnout pacientovu pánev na paretické straně. Částečně se tak přenesou váha zpět a trup se srovná do původní polohy. Pacient je v sedu vypodložen ze strany, na kterou padá, aby se zabránilo možnému pádu. Nejdůležitější je, aby postižená končetina nikdy nevisela podél těla. Postižená končetina musí být vždy vypodložena do abdukce (Dosbaba et al., 2021).

Přesun

U pacienta po CMP je důležité také cvičit přesun na paretickou stranu těla. Pacient musí mít chodidla vždy na zemi a kolena nad špičkami. Nemocný se přidrží rukama o židli, maximálně se předkloní, nadzdvihne hýždě a váhu celého těla přenesse dopředu. Pečovatel pomáhá pacientovi při přesunu tím, že ho drží za boky, zapírá postiženou dolní končetinu a pomáhá souvislému přesunu (Dosbaba et al., 2021).

Chůze

Dosbaba et al. (2021) uvádí, že špatná chůze je především zapříčiněna spastickou parézou. Nemocný není schopen udělat krok flexí v kyčli a zamění ji elevací pánve s obloukovitým pohybem dolních končetin směrem dopředu. U pacienta, který není schopen samostatné chůze, je mu poskytnuta pomoc od pečovatele. Pečovatel stojí u postižené strany a kontroluje nestejně postavení pánve a trupu, brání podlamování kolenního kloubu a napomáhá postižené končetině při pohybu. Při chůzi může pacient použít berle, které drží ve zdravé horní končetině. Při chůzi s berlemi je důležité dodržet krokový stereotyp, který je zvolen dle potřeb pacienta. Krokový stereotyp se dělí na třídobý: nejprve jde berle, následně nemocná dolní končetina a jako poslední zdravá dolní končetina. Dvoudobý krokový stereotyp: první jde berle společně s nemocnou končetinou a následně zdravá končetina. Pokud je postižené koleno nestabilní a při chůzi se podlamuje, je důležité jej zpevnit ortézou. Pokud má pacient paretickou špičku na dolní končetině je nutné jej zafixovat do dorzální flexe. Používá se peroneální páska, kterou lze upevnit na obuv.

1.6 Domácí péče

1.6.1 Definice domácí péče

„Domácí péče (DP) je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo, při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení“ (Kalvach, 2011, s 183).

Specializuje se na udržení a podporu zdraví a zlepšení soběstačnosti pacienta. Zmírňuje také utrpení nemocného. Domácí péče má mnoho výhod. Jednou z výhod je přirozené prostředí pacienta a zapojení rodinných příslušníků do péče o nemocného. Další výhodou

je z individuálního a multidisciplinárního hlediska péče, kdy se veškerá péče řídí podle potřeb daného pacienta (Plevová, 2018).

Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky. Indikace domácí péče má v současné době pouze praktický lékař a propouštějící lékař nemocnice, který může indikovat domácí péči na 2 týdny po propuštění (Holmerová et al., 2015). Další indikací domácí péče je také potřeba odborné pomoci druhé osoby, která může být umožňována v domácím prostředí. Domácí péče se zaměřuje na individuální přístup z hlediska bio-psycho-sociálního hlediska a při péči se uplatňuje přístup k nemocnému. Důležitá je také empatická komunikace a respektování pacienta. Psychická pohoda pacienta, kterou posiluje pro klienta známé prostředí i přítomnost rodinných příslušníků, zlepšuje uzdravování pacienta.

Díky domácí péči se snižuje výskyt stresu, nozokomiálních nákaz, maladaptivní syndrom z pobytu v neznámém prostředí či hospitalismus (Kalvach, 2011).

Prvním krokem při přijetí pacienta do domácí péče je zhodnocení subjektivních a objektivních informací o pacientovi i jeho rodině. Při poskytování péče je možné, aby zdravotní personál zapojil další poskytovatele péče, např. fyzioterapeuta, logopeda i ergoterapeuta. Po sepsání veškerých informací se společně se sestrou a klientovou rodinou domluví na sestavení plánu ošetrovatelské péče.

Dalším krokem je stanovení ošetrovatelské diagnózy a následné rozpoznání problémů klienta. Na základě určených diagnóz se stanoví krátkodobé i dlouhodobé cíle a stanoví se individuální plán ošetrovatelské péče. Cíle jsou zaměřeny především na podporu zdraví a prevenci komplikací. Individuální plán je sestavený tak, aby bylo dosaženo co nejlepší úrovně zdraví a soběstačnosti, aby se nejen pacient, ale i jeho rodina na plánu podíleli. Následně probíhá hodnocení stavu pacienta. Poskytované služby jsou upravovány podle potřeb nemocného.

V případě zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti pacienta a je-li rodina schopná se o nemocného postarat, může být domácí péče ukončena (Jarošová, 2007).

1.6.2 Formy domácí péče

Domácí hospitalizace: Péče určená především pro pooperační a poúrazové období (zajištění především léčbu bolesti, polohování, dietu, hygienu, pitný režim, rehabilitaci)

nebo pro akutní zhoršení chronických onemocnění. Tato péče se poskytuje v rámci dnů až týdnů.

Dlouhodobá domácí péče: Je určena zejména pro chronicky nemocné pacienty. Nejčastěji jde o pacienty s ochrnutím (zejména po cévních mozkových příhodách), s roztroušenou sklerózou, se závažnou duševní poruchou (demence) nebo s diabetickými komplikacemi.

Preventivní domácí péče: Poskytuje se, když lékař doporučí kontroly zdravotního či duševního stavu, měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, kontroly zabezpečení a socializace v pravidelných intervalech.

Paliativní (hospicová) domácí péče: Poskytuje se umírajícím pacientům, kteří mají smrtelně nevléčitelnou nemoc (Kalvach, 2011).

1.6.3 Ošetřování nemocného v domácí péči

Ošetřovatelská péče se odvíjí od zdravotního a psychického stavu nemocného, úrovně soběstačnosti a schopností pacienta.

Hygienická péče

Mlýnková (2017) uvádí, že pokud je pacient imobilní je nutností provést celkovou hygienu na lůžku. Pečovatel je povinen zajistit dvě umyvadla, jedno na horní polovinu těla a druhé na dolní polovinu těla. Musí také dbát na správnou teplotu vody z důvodu porušení cití na jedné polovině těla, kterou pacient nevnímá. Během hygieny je důležité pravidelně hodnotit kůži, na které mohou být hematomy, začervenání, oděrky nebo zanícené rány. Různé změny na kůži je nutné zaznamenat a následně konzultovat s lékařem. Je vhodné i promazávat záda vhodným přípravkem, aby se pak následně dostatečně prokrvila. Je také nutné po kompletní hygieně převléknout pacienta do čistého oblečení. Pečovatel nezapomíná ani na stříhání nehtů na ruku nebo na péči o dutinu ústní. Je nutné pečovat o postiženou stranu těla jemně a ohleduplně. U chodícího pacienta je poskytnuta hygienická péče standardním způsobem v koupelně.

Péče o vyprazdňování

Mlýnková (2011) tvrdí, že u pacientů po CMP je velmi častá inkontinence moči a stolice. Proto je nezbytné používání pomůcek pro inkontinenci. Mnohdy se pacienti za tento stav stydí, a proto mohou prožívat utrpení zvláště v ranních hodinách po spánku. Pro tento

stav je nezbytné, aby pečovatel byl taktní, vlídný a je důležité se vžít do role imobilního a inkontinentního pacienta. Pečovatel je také obeznámen užíváním diuretik. Jsou to léky, které podporují tvorbu a vylučování moči. Proto je nezbytné plánovat činnosti, které musí pečovatel vykonat u inkontinentního pacienta. Jestliže není pacient schopný sám dojít na toaletu, pečovatel je povinen doprovodit klienta. Pečovatel věnuje velkou pozornost při průjmu a popřípadě ošetřit začervenalou kůži v okolí konečníku. Je důležité sledovat barvu a množství stolice. Pacient je zde ohrožen dehydratací, proto je nezbytná kontrola hydratace a příjmu tekutin. Pacient pak dále provádí nácvik soběstačnosti při vyprazdňování.

Péče o příjem tekutin a stravy

Dle Mlýnkové (2011) je pečovatel povinen dohlížet na dostatečný příjem tekutin, nejen během dne, ale i ve večerních hodinách. Je důležité motivovat pacienta k dostatečnému příjmu tekutin. I zde je nutné sledovat barvu a množství moči. Kožní turgor je jedním ze způsobů, jak zjistit, jestli je pacient dostatečně hydratován. U stravy je nutné omezit příjem soli, sýrů, uzenin. Někteří pacienti mohou mít speciální dietu. Důležité je sledování hmotnosti pacienta.

Problémy mohou nastat na postižené straně těla, kdy nemocný nedokáže rozmělnit potravu v ústech a obtížně se mu polyká. Proto je nezbytné kontrolovat obsah dutiny ústní z důvodu rizika aspirace. Aby byl pacient co nejvíce soběstačný, měl by mít k dispozici kompenzační pomůcky (například talíř s vyvýšeným okrajem, který pomáhá k lepšímu nabírání stravy). Tyto kompenzační pomůcky by měla obstarat rodina. Důležité je také místo, kde se pacient stravuje. Nezbytné je zapsání množství přijatých tekutin a stravy do dokumentace (Mlýnková, 2011).

Péče o pohyb

Rozvoj pohybu je nesmírně důležitý u pacientů po prodělání CMP. Pečovatel cvičí s nemocným cviky podle získaných brožur, letáků s obrázky jednotlivých cviků. Důležité je při cvičení správné naučení držení ruky a vhodný typ chůze. Jako prevenci svalových kontraktur je využíváno polohování paretických končetin nebo došlapování na celou plochu chodidla. U postižených končetin se provádí pasivní cviky. Mezi základní cviky patří chůze po bytě, kdy je nemocný kontrolován pečovatelem. Pacient může při chůzi použít kompenzační pomůcky. Před samotným pohybem je důležité odstranit všechny překážky v bytě (jako jsou židle, koberečky, dveře). Po CMP dochází k poruchám

pozornosti a paměti. Proto je potřeba kognitivní funkce neustále procvičovat (Mlýnková, 2011).

Prevence vzniku komplikací

Dále podle Mlýnkové (2011) je kromě poskytování zdravotní péče také důležité dbát na prevenci vzniku možných komplikací. Jednou z nich je hluboká žilní trombóza. Nejčastěji vzniká při imobilitě. Důležité je proto používání kompresních punčoch a dle ordinace lékaře také aplikovat nízkomolekulární heparin, který snižuje riziko vzniku žilní trombózy.

Další komplikace u imobilních pacientů je infekce. Mohou nastat poruchy ventilace, stagnace sekretu v plicích. Časté polohování pacienta je jedním ze způsobů prevence. U nemocných s CMP je riziko vzniku stresových vředů. Zejména u pacientů, kteří jsou v těžkém stavu. Pro tyto stavy jsou aplikovány speciální léky (Čeledová et al., 2018).

1.7 Úloha rodinných příslušníků v domácí péči

Z důvodu předčasného propouštění pacientů s cílem snížit léčebné náklady však mnoho pacientů po CMP volí domácí péči. Rodinní příslušníci se tak starají o své blízké a poskytují jim celodenní péči, i když nejsou odborníci. Rodina tak nese velkou zátěž z důvodu neustálého dohledu nad pacientem, který má potíže s každodenními aktivitami (Kuo YW et al., 2015).

Nezbytné je dohlížet na potřeby rodinných příslušníků během poskytování péče. Naplnění jejich potřeb je důležitým indikátorem kvality poskytované péče (Bužgová, 2015).

Ewing a Grande (2013) uvádějí některé potřeby rodinných příslušníků: Podpora, která umožní blízkým pečovat o nemocné a podpora jim samotným. První oblast se specializuje na potřeby péče o příznaky nemocného, vybavení určitými pomůckami pro poskytovanou péči, edukaci o rozpoznání onemocnění, zajištění odlehčovací péče a podpora komunikace mezi pacientem a rodinou. V druhé oblasti jsou potřeby fyzického zdraví pečovatелů, podporu emoční, financí a práce.

Důležité je také zmínit informovanost rodinných příslušníků. Rodinní příslušníci by měli znát informace o dané nemoci: diagnózu, prognózu, příznaky, léčbu i vývoj zdravotního stavu nemocného.

Meierová et al. (2010) mezi potřeby rodinných příslušníků řadí ochranu zdraví pečovatelů a finančního dopadu, přístupnou a bezpečnou péči, vhodné pracovní podmínky, edukaci a dostatečnou přípravu rodinných příslušníků. Tyto potřeby jsou velmi důležité pro rodinné příslušníky, kteří péči poskytují v domácím prostředí.

Dlouhodobé pečování o nemocné znamená pro rodinné příslušníky velmi často náročnou zátěž. Nejčastější změny, ke kterým v rodinách dochází, je změna rolí mezi rodinnými příslušníky, přeorganizování rolí a úloh, finanční problémy, konflikty z neočekávané zodpovědnosti, změny zvyklostí ve společnosti a zvýšený stres. U pečovatelů se také může jednat o zátěž v oblasti volného času, povinnosti vůči vlastní rodině, vztahů, ale i zaměstnání.

Z důvodu každodenního poskytování péče mohou nastat u pečovatelů zdravotní problémy. Jsou to deprese, poruchy spánku i zvýšená nemocnost. Čím vyšší je psychická zátěž rodinných příslušníků, tím negativněji je jimi tato role pocíťována. Je tedy nezbytné pečovat nejen o nemocného, ale i o pečující, kteří také potřebují podporu, informace a rady v průběhu celé doby pečování o nemocného člena rodiny (Kolegarová et al., 2011).

1.7.1 Podpora soběstačnosti pacienta při každodenních činnostech

1.7.1.1 Definice soběstačnosti

Soběstačnost je míra samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit: hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování apod. (Kapounová, 2020, s.21).

Dle Kapounové (2020) zdravý člověk vykonává denní potřeby zcela sám. U nemocného je důležitá podpora při činnostech, dostatečná motivace pacienta, je důležité posilovat a udržovat motorické a kognitivní funkce. Soběstačnost pacienta je hodnocena podle testu základních všedních činností, tzv. test Barthelové.

Dow et al. (2018) uvádí, že při poskytování pomoci považujeme členy rodiny za důležitou součást týmu. Pro nemocného jsou rodinní příslušníci velkou emociální podporou. Mnohdy jejich pomoc spočívá jen v tom, že jsou nablízku a že jim naslouchají. Nemocného povzbuzují, popohánějí a motivují.

Dále Dow et al. (2018) tvrdí, že rodinní příslušníci jsou také fyzickou oporou. Od odborníků vědí, jak s nemocným manipulovat, jak má pacient cvičit, jak se má pacient pohybovat na vozíku nebo jak si má nemocný dojit na toaletu. Příprava rodinných příslušníků, kteří se o pacienta budou starat v domácím prostředí, je klíčovým prvkem

celého procesu. Zdravotnický personál má tedy úlohu poskytovat informace a emocionální podporu nejen samotnému pacientovi, ale i celé jeho rodině. Díky tomu se pak rodina o nemocného dokáže postarat a dohlédnout na jeho rekonvalescenci.

Cévní mozkové příhody nepostihují jen nemocného, ale i celou rodinu. Je velmi důležité, aby pacient, jeho rodina a celý zdravotnický personál pracovali jako tým a usilovali tak o jeden společný cíl, kterým je uzdravení pacienta (Dow et al., 2018).

Dnešní doba umožňuje velkou nabídku služeb určených pacientům po CMP a jejich rodinám ke zvládnání situace dlouhodobých následků CMP. Patří mezi ně volnočasové a cvičební programy, podpůrné skupiny pro pacienty a jejich blízké, pečovatelské služby, úklidové služby i zdravotnické služby (Kovářová et al., 2018).

Samotná péče o nemocného je velmi náročná. Pacienti po cévní mozkové příhodě často potřebují trvalý kontakt s jinou osobou. Cévní mozková příhoda je hlavní příčinou zdravotního handicapu a léčba vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci spojenou s finanční zátěží. Kvalita života je vážně ovlivněna, protože cévní mozková příhoda je onemocnění způsobující postižení, které zásadně mění lidský život a činí pacienty vysoce závislými.

Dle Bártlové et al. (2021) je nepochybné, že morbiditu a mortalitu lze výrazně snížit účinnou organizací péče, včasnou diagnostikou, léčbou a vhodnou rehabilitací. Náklady na komplexní léčbu cévní mozkové příhody se týkají nejen zdravotnického, ale i sociálního systému a zahrnují řadu nepřímých výdajů spojených s dopadem na rodiny a společnost.

Hlavním cílem péče poskytované rodinnými příslušníky je dosažení maximální fyzické a psychické soběstačnosti, a to nejen v nemocničním zařízení, ale také v domácím prostředí. K posouzení soběstačnosti se využívá test ADL, který zahrnuje aktivity, jako jsou úklid domácnosti, manipulace s různými předměty, příprava jídla, oblékání, nakupování, schopnost vypořádat se s každodenními problémy aj. (Bártlová et al., 2021).

Nejvíce problematické oblasti u nemocných po CMP je chůze po schodech, po rovině, problémy související s hygienou a vyprazdňováním. U závažnějšího stádia CMP je to oblast přesunů do vany nebo aktivity horních končetin. Funkční problémy, které jsou součástí CMP často snižují soběstačnost pacientů, a tím zvyšují jejich závislost na pomoci rodiny a nejbližších.

Role rodinných příslušníků je důležitá pro zlepšení kvality života nemocného po CMP. Rodina poskytuje pacientům dlouhodobou intenzivní péči. Proto je nezbytné neustále informovat rodinné příslušníky o poskytování zdravotnické péče, aby se mohli starat o nemocného v domácím prostředí. Nedostatečné znalosti tak mohou snížit kvalitu života pacienta. K nejčastějším následkům CMP patří změny motoriky, poruchy rovnováhy se zvýšeným rizikem pádu, poruchy senzitivních a sensorických funkcí aj. Proto je nezbytné zapojit do péče i ergoterapii, která napomáhá s nácvikem běžných denních činností a výrazně zvyšuje pacientovu nezávislost. U většiny pacientů dochází ke zlepšení klinického stavu díky neurorehabilitaci (Dąbrowská, 2021).

Zapojení pacientů a rodin ovlivňuje postoje a motivaci pacientů po cévní mozkové příhodě k dosažení nezávislosti. U pacientů s cévní mozkovou příhodou dochází k obnově hrubé motoriky spontánně, ale obnova jemné motoriky vyžaduje speciální a intenzivní trénink, který zahrnuje určité svaly. Například mezi doporučená cvičení ke zlepšení schopnosti močení pacienta patří trénink svalů pánevního dna a rekvalifikace močového měchýře. Vyžaduje aktivní účast pacienta. Trénink svalů pánevního dna a rekvalifikace močového měchýře mohou zlepšit schopnost pacienta zvládat svůj stav a tím zlepšit kvalitu života související s inkontinencí moči u pacientů po mozkové příhodě. Zlepšená kvalita života může naznačovat zvýšenou nezávislost pacienta. K dosažení této schopnosti pomáhá zapojení pacientů, rodiny a vrstevníků. Dosažení pohybových schopností pacienta nelze oddělit od zdravotní výchovy poskytované pacientovi a jeho rodině (Dąbrowská, 2021).

Poskytování zdravotní osvěty pacientům a rodinným příslušníkům je prvním krokem k zapojení pacientů a rodin do ošetrovatelské péče. Znalost pacientů a rodin o zotavení po cévní mozkové příhodě významně ovlivňuje výsledky rehabilitace pacienta. Může zlepšit schopnost pacienta přijímat a realizovat zdravotní výchovu, která je vyučována (Helty et al., 2022). Pro rodinné příslušníky je velice důležitá podrobná a neustále opakovaná instruktáž o domácí péči. Je dobré, aby znali možnosti různých rehabilitačních aktivit i rekondičních pobytů a skupinových léčebně-rehabilitačních procedur (Kejklíčková, 2011). Dále podle Kejklíčkové (2011) by měla být rodina informována o existenci sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách v ČR. Sdružení je neziskovou organizací, která funguje od roku 1990. Pořádá několik rekondičních 14denních pobytů, vydává také časopis, propagační brožury, organizuje kluby, pořádá semináře a poskytuje sociální a zdravotní poradenství.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě.
- 2) Zjistit, jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedinci po cévní mozkové příhodě.
- 3) Zjistit míru pečovatelské zátěže u rodinných příslušníků pečujících o pacienty po CMP.
- 4) Zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě?
- 2) Jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě?
- 3) Jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině?

3 Metodika výzkumu

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Empirická část bakalářské práce byla zpracována pomocí metody kvalitativní výzkumné strategie. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor vykonaný s rodinnými příslušníky, kteří se starají o své blízké po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.

Před výzkumným šetřením byl udělen souhlas od hlavních a vrchních sester vybraných agentur domácí péče. Bylo osloveno celkem šest agentur domácí péče, kde vyhověly pouze dvě z nich. Výzkum byl tedy uskutečněný u dvou agentur domácí péče, přes které jsem si domluvila schůzku se dvěma příbuznými, kteří pečují o svého blízkého po CMP. Dále jsem oslovila rodiny, které agenturu domácí péče nevyužívají, ale pečují o své blízké v domácím prostředí.

V úvodu výzkumného šetření bylo všem dotazovaným sděleno, že výzkum je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. Rodinní příslušníci byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce. Účelem rozhovorů bylo zjistit, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě, o poskytování péče jedince, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině a zjistit míru pečovatelské zátěže u rodinných příslušníků pečujících o pacienty po CMP.

Rozhovory probíhaly v březnu a v dubnu 2023. S každým rodinným příslušníkem a pacientem probíhaly individuálně a soukromě v domácím prostředí. Výběrový soubor tvoří dvanáct rodinných příslušníků. Každý rozhovor trval přibližně třicet minut. Byla použita zpětná vazba, zda jsou otázky srozumitelné, případně bylo provedeno objasnění jednotlivé otázky. Většina rodinných příslušníků otázkám polostrukturovaného rozhovoru rozuměla, a tak nebylo za potřebí otázky dále rozvádět.

Rozhovor tvořil dvacet otevřených otázek, které jsou dále rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií. Získaná data byla zaznamenávána písemně tzn. byla použita metoda tužka papír. Bylo zde použito otevřené kódování. V rámci výzkumné části práce jsou rodinní příslušníci označováni jako RP1 – RP12. Pacienti po CMP jsou označováni jako P1 – P12.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kritériem pro výběr výzkumného souboru bylo, aby rodinní příslušníci prováděli péči o svého blízkého po CMP v domácím prostředí v Jihočeském kraji. Vlastní výzkumný soubor tvořilo dvanáct rodinných příslušníků, kteří se starají o své blízké po CMP v domácím prostředí. Sběr dat byl proveden v období březen–duben 2023.

Bylo osloveno celkem šest agentur domácí péče, kde mi vyhověly pouze dvě z nich. Výzkum byl tedy uskutečněný u dvou agentur domácí péče, přes které jsem si domluvila schůzku se dvěma příbuznými, kteří pečují o svého blízkého po CMP. Dále jsem oslovila rodiny, které agenturu domácí péče nevyužívají, ale pečují o své blízké v domácím prostředí. Před zahájením výzkumného šetření byly rodiny seznámeny se stanovenými cíli bakalářské práce a výzkumnými otázkami.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje rodinných příslušníků

V této kategorii jsou uvedeny identifikační údaje jednotlivých rodinných příslušníků, mezi které jsme zařadili: pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání a jejich blízký po CMP. Bylo osloveno celkem šest agentur domácí péče v Jihočeském kraji, kde mi vyhověly pouze dvě z nich. Oslovila jsem tedy dva rodinné příslušníky přes domácí agenturu (RP1 a RP10) z toho deset rodinných příslušníků, kteří nevyužívají služby agentury domácí péče (RP2 – RP12).

Věk rodinných příslušníků se pohyboval od 35 do 62 let a průměrný věk byl 50,6 let. Rodinní příslušníci RP1, RP4, RP5 a RP6 mají středoškolské vzdělání s maturitou. Střední odborné vzdělání bez maturity mělo 6 rodinných příslušníků a rodinní příslušníci RP10 a RP11 mají vysokoškolské vzdělání. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka informantů (rodinných příslušníků).

Tabulka 1 Identifikační údaje rodinných příslušníků

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK	POHLAVÍ	VĚK	VZDĚLÁNÍ	ZAMĚSTNÁNÍ	BLÍZKÝ PO CMP
RP1	muž	55 let	středoškolské s maturitou	obchodní zástupce	bratr
RP2	muž	58 let	střední odborné bez maturity	malíř	manželka
RP3	žena	35 let	střední odborné bez maturity	prodavačka	manžel
RP4	žena	55 let	středoškolské s maturitou	obchodní asistentka	manžel
RP5	žena	56 let	středoškolské s maturitou	prodavačka	manžel
RP6	muž	62 let	středoškolské s maturitou	bankovní poradce	manželka

RP7	muž	48 let	střední odborné bez maturity	prodavač	manželka
RP8	muž	45 let	střední odborné bez maturity	zámečník	manželka
RP9	žena	51 let	střední odborné bez maturity	kadeřnice	manžel
RP10	žena	48 let	vysokoškolské	účetní	strýc
RP11	žena	44 let	vysokoškolské	učitelka	manžel
RP12	žena	50 let	střední odborné bez maturity	kuchařka	manžel

Zdroj: *Vlastní výzkum, 2023*

RP1: Muž ve věku 55 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitní zkouškou. Je zaměstnán jako obchodní zástupce. O svého příbuzného (bratra) se stará již od února 2023.

RP2: Muž ve věku 58 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné s výučním listem. Pracuje jako malíř. O svoji manželku pečuje již od listopadu 2022.

RP3: Žena ve věku 35 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné bez maturitní zkoušky. Pracuje jako prodavačka. O svého manžela pečuje již od prosince 2022.

RP4: Žena ve věku 55 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitní zkouškou. Je zaměstnána jako obchodní asistentka. O svého manžela pečuje od února 2023.

RP5: Žena ve věku 56 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitní zkouškou. Pracuje jako prodavačka. O manžela se stará od ledna 2023.

RP6: Muž ve věku 62 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitní zkouškou. Pracuje jako bankovní poradce. O svoji manželku pečuje již od listopadu 2022.

RP7: Muž ve věku 48 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné bez maturitní zkoušky. Je zaměstnán jako prodavač. O svoji manželku pečuje již od září 2022.

RP8: Muž ve věku 45 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné bez maturitní zkoušky. Pracuje jako zámečník. O manželku se stará od března 2022.

RP9: Žena ve věku 51 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné bez maturitní zkoušky. Pracuje jako kadeřnice. O svého manžela pečuje již od května 2022.

RP10: Žena ve věku 48 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Pracuje jako účetní. O svého strýce se stará od srpna 2022.

RP11: Žena ve věku 44 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Pracuje jako učitelka. O svého manžela pečuje od ledna 2023.

RP12: Žena ve věku 50 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné bez maturitní zkoušky. Pracuje jako kuchařka. O svého manžela pečuje již od května 2022.

4.2 Identifikační údaje pacientů po CMP

V této kategorii jsou uvedeny identifikační údaje jednotlivých pacientů po CMP, mezi které jsme zařadili: pohlaví, věk, měsíc vzniku CMP a následky CMP. Bylo osloveno celkem šest agentur domácí péče v Jihočeském kraji, kde mi vyhověly pouze dvě z nich. Oslovila jsem tedy dva pacienty po CMP přes domácí agenturu (P1 a P10) z toho deset pacientů, kteří nevyužívají služby domácí agentury (P3 – P12).

Věk pacientů se pohyboval od 45 do 62 let a průměrný věk byl 54,5 let. Pacient P1 má za následek onemocnění levostrannou hemiparézu. Pacienti P2, P6, P12 mají za následek onemocnění monoparézu, z toho pacient P2 má monoparézu pravé DK a P6, P12 mají monoparézu pravé horní končetiny. Pacient P3 má za následek onemocnění pravostrannou hemiparézu a pacient P10 má za následek nemoci pravostrannou hemiplegii. Pacienti P4, P5, P7, P8, P11 trpí po CMP úzkostmi. Dále pacienti P8, P9 a P10 mají za následek onemocnění poruchu komunikace. Z toho P2 trpí bolestmi hlavy, P7 má za následek poruchu paměti a P12 má za následek onemocnění poruchu zraku. Pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9, P10 mají za následek onemocnění poruchu mobility. Pacient P10 má dále za následek onemocnění neschopnost provést hygienu a deficit sebedpěče.

Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka informantů (pacientů).

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů po CMP

PACIENT	POHLAVÍ	VĚK	MĚSÍC VZNIKU CMP	NÁSLEDKY CMP
P1	muž	58 let	únor 2023	levostranná hemiparéza, zhoršená mobilita
P2	žena	55 let	listopad 2022	monoparéza pravé DK, bolesti hlavy, zhoršená mobilita
P3	muž	45 let	prosinec 2022	pravostranná hemiparéza, zhoršená mobilita
P4	muž	58 let	únor 2023	pocit úzkosti, deprese, strach ze smrti, zhoršená mobilita
P5	muž	58 let	leden 2023	změny nálady, pocit úzkosti, zhoršená mobilita
P6	žena	62 let	listopad 2022	monoparéza pravé HK, zhoršená mobilita
P7	žena	45 let	září 2022	pocit úzkosti, strachu z další CMP, porucha paměti
P8	žena	50 let	březen 2022	pocit úzkosti, strach z budoucnosti, problém s komunikací
P9	muž	60 let	květen 2022	problém s komunikací, zhoršená mobilita
P10	muž	50 let	srpen 2022	pravostranná hemiplegie, porucha mobility, neschopnost provést hygienu, deficit sebepéče, porucha komunikace
P11	muž	52 let	leden 2023	pocit úzkosti, strach z budoucnosti
P12	muž	61 let	květen 2022	monoparéza pravé HK, zhoršení zraku

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

4.3 Kategorizace výsledků

V této kapitole jsou rozepsány výsledky výzkumného šetření. Na základě analýzy získaných dat byly kategorie dále rozděleny na podkategorie.

Jsou zde 3 kategorie a 13 podkategorií.

Kategorie 1: Znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP

Podkategorie:

- Definování CMP
- Znalost příznaků CMP
- Znalost rizikových faktorů CMP
- Znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků s péčí o pacienta po CMP v domácím prostředí
- Úpravy domácího prostředí
- Využívání agentury domácí péče

Kategorie 2: Fyzická a psychická zátěž u rodinných příslušníků v péči o pacienta

Podkategorie:

- Fyzické zdravotní potíže
- Psychické zdravotní potíže

Kategorie 3: Sociální interakce mezi rodinnými příslušníky a pacientem

Podkategorie:

- Vztahy
- Spolupráce s dalšími členy rodiny
- Izolace od společnosti kvůli péči o pacienta
- Přijetí onemocnění blízkého
- Motivace pacienta ke zlepšení zdravotního stavu

4.3.1 Kategorie 1: Znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP

V této kategorii jsme se zaměřili na znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP. Rozebereme zde i znalost příznaků CMP, rizikových faktorů CMP, zkušenosti s péčí o pacienta v domácím prostředí, úpravy domácího prostředí a možnost využívání agentury domácí péče.

Definování CMP

První podkategorie je zaměřena na definování CMP podle rodinných příslušníků.

Na úvodní otázku, co všechno vědí rodinní příslušníci o onemocnění CMP, odpověděla většina podobně. RP1, RP2, RP3, RP4 uvedli, že cévní mozkovou příhodu způsobuje ucpaní cévy v mozku. Dotazovaní RP5, RP8, RP9 se shodují, že CMP je způsobená možným krvácením do mozku a následnou poruchou hybnosti končetin. Dotazovaný RP7 uvedl: *„Až později, co se to stalo, jsem zjišťoval, co to způsobuje no. Že buď krvácení nebo ucpaná céva. Že může ochrnout polovina těla. To se díkybohu nestalo, ale spíš jí to hodně ovlivnilo mozek no.“* Dotazovaná RP4 uvedla: *„Cévní mozková příhoda je stav, když se ucpe nějaká céva v mozku a pak se nedostatečně okyslíčí mozek.“* Dále dotazovaná RP10 odpověděla na otázku: *„Něco jsem si četla na internetu, takže vím, co je to cévní mozková příhoda. Jedná se o poruchu krevního oběhu mozku, která vede k nevratnému poškození mozku.“* Dotazovaná RP11 přímo uvedla: *„Představím si spíš něco, kvůli čemu může člověk i umřít nebo z toho může mít nějaký vážný následky.“* Dotazovaná RP12 uvádí: *„Myslím, že cévní mozková příhoda je ucpaní nějaké cévy, která vede do mozku a může způsobit brnění jedné strany těla, mumlání, že člověku není vůbec rozumět a může tam být i pokles koutku pusy.“* Naopak dotazovaný RP6 přímo uvedl: *„Když to vypuklo, tak nikdo z nás nevěděl nic, teď po tom všem už víme minimálně základy, a to především v oblasti rehabilitace a následné péče.“*

Znalost příznaků CMP

Ve druhé podkategorii jsme se zabývali příznaky CMP. Zjišťovali jsme, jaké příznaky CMP rodinní příslušníci znají. Dotazovaní se shodli na tom, že častým příznakem CMP je spadlý koutek úst nebo brnění končetin. Tuto odpověď jsme zaznamenali u dotazovaných RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP6, RP7, RP8, RP9, RP10, RP11 i RP12. Dotazovaná RP10 uvedla: *„Myslím si, že hodně častým příznakem je bolest hlavy, která*

si myslím, že může být hodně nepříjemná a taky třeba spadlý koutek a brnění ruky nebo nohy.“ Tuto odpověď naznačila i dotazovaná RP1 i RP2. Dále dotazovaní RP3 a RP4 uvedli brnění končetin. Dotazovaná RP5 uvedla: *„Postiženému se může motat hlava, začnou mu brnět ruce nebo nohy a může mu i být na zvracení.*“ Také dotazovaná RP11 uvedla podobnou odpověď: *„Nevím přesně, ale asi že mu začnou brnět ruce, může i zvracet.*“ Podle dotazovaných RP6, RP7, RP8 i RP12 může na lidech být znát i viditelná nervozita.

Znalost rizikových faktorů CMP

Ve třetí podkategorii jsme se zaměřovali na rizikové faktory vzniku CMP. Ptali jsme se rodinných příslušníků, zda některé rizikové faktory znají. Ve výpovědích se nejvíce objevovali odpovědi, jako jsou problémy s vysokým krevním tlakem, obezita, cukrovka, špatný životní styl i nedostatek pohybu, alkohol a vysoký cholesterol v krvi. Dotazovaní RP1, RP2, RP3 se shodli na odpovědi, že nejčastějším rizikovým faktorem je nezdravý životní styl. RP1 přímo uvedl: *„Většina lidí si neuvědomují, že hlavně životní styl napomáhá takovým nemocem, jako je i cévní mozková příhoda.*“ Dotazovaný RP2 uvedl: *„Myslím si, že velký vliv na vzniku mrtvice má životní styl.*“ Dále RP3 přímo uvedla: *„Přemýšlím, co je jako to nejhlavnější riziko, ale asi životní styl takové nemoci hodně ovlivňuje.*“ RP4 a RP5 uvedli, že velký vliv na vzniku CMP má i vysoký krevní tlak. RP4 přímo uvedla: *„No tak myslím si, že třeba cukrovka, vysoký krevní tlak, cholesterol, prostě usazený cévy.*“ Dotazovaný RP7 odpověděl, že rizikovým faktorem může být i obezita. Přímou odpověď: *„Tak určitě obezita. Ta je rizikovým faktorem hodně nemocí, ale u mrtvice si myslím, že taky hraje roli.*“ Podobnou odpověď měl dotazovaný RP6: *„Sice jsme před tím, než se to stalo nic moc o tom nevěděli, ale myslím si, že i obezita hraje velkou roli u vzniku cévní mozkové příhody.*“ Dále dotazovaný RP8 i RP9 uvedli, že rizikovým faktorem může být i stres. RP8 přímo uvedl: *„V dnešní uspěchané době je to určitě stres, ten ovlivňuje snad všechno.*“ RP9 i RP10 zmiňují, že rizikovým faktorem je i kouření. *„Kouření dokáže způsobit ucpaní cév, si myslím,*“ specifikoval svoji odpověď RP9. Dotazovaná RP10 uvádí: *„No rizikovým faktorem může být i kouření, pokud vykouří velké množství cigaret za den.*“ Dotazovaný RP11 i RP12 se shodli, že rizikovým faktorem vzniku CMP je nedostatek pohybu. *„V dnešní době hodně lidí zlenivělo, a tak není divu, že tloustnou a mají pak zdravotní problémy, jako je třeba i mrtvice,*“ uvedl RP11. Dotazovaný RP12 ještě dodal: *„Nedostatek pohybu je v dnešní době velký problém, bohužel to může mít za následek i takové onemocnění jako je mrtvice*

a spoustu dalších.“ Jako riziko vzniku cévní mozkové příhody uvedli RP1, RP2, RP5 i RP11 a RP12 alkohol. „*Když někdo chlastá a nedělá nic jinýho, tak se nedivím, že pak skončí v nemocnici s mrtvicí,*“ uvedl RP1. Dotazovaný RP2 dále uvedl: „*Alkohol způsobuje mrtvici.*“ Vysoký cholesterol zmínil RP1, uvedl: „*Vím, že i vysoký cholesterol dokáže způsobit takovou paseku.*“

Znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků s péčí o pacienta po CMP v domácím prostředí

Do čtvrté podkategorie jsme zařadili znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků s péčí o pacienta po CMP v domácím prostředí. Rozebereme, jaké ošetrovatelské výkony provádí rodinní příslušníci u konkrétních pacientů po CMP a také jsme zjišťovali, kde získali informace o poskytování péče. Hlavní otázkou v této podkategorii bylo, zda rodinní příslušníci provádějí nějaké ošetrovatelské výkony u pacienta v domácím prostředí a kde přišli ke zkušenostem s poskytováním péče.

Dotazovaný RP1 pečuje o pacienta s levostrannou hemiparézou. Zkušenosti a znalosti získal na základě rad lékaře a sester v nemocnici a nejvíce od zdravotnického personálu agentury domácí péče. Zdravotní sestry k pacientovi jezdí pravidelně a pomáhají s péčí. Znalosti také získal v průběhu péče o svého bratra. Uvedl, že ví, jakým způsobem provádět hygienu a jakým způsobem procvičovat postiženou část těla. „*Bratr prodělal CMP v únoru 2023. Pomáhám mu s hygienou, kterou sám provede tak napůl,*“ popisuje RP1 a dodává: „*Tak základní znalosti mám. Brácha nezvládne sám pořádně si umýt vlasy, nebo nedokáže si sám umýt záda, takže tak mu pomáhám a nezvládne si ani sám uvařit. Když mu jídlo připravím, sám ho pak sní, procvičujeme spolu i levou ruku a nohu pomocí míčků.*“ Dotazovaný také dodává, že bratrovi musí pomáhat i s nakupováním nebo se zahradou, kterou měl společně s jeho bývalou manželkou. RP1 dále doplňuje: „*Jelikož je částečně ochrnutý na levou polovinu těla, má taky problém s chůzí. Musím k němu pravidelně jezdit, aby o něho bylo postaráno, protože žije sám.*“ Dotazovaný také uvádí, že kdykoli něco bratr potřebuje, přijede a pomůže mu se vším. Sám je velmi vděčný za pomoc od agentury domácí péče. Do péče také zapojují rehabilitaci na základě rad od sester z agentury domácí péče.

Druhý dotazovaný RP2 se stará o svoji manželku, která prodělala CMP v listopadu 2022. RP2 uvádí, že pečuje o manželku s láskou. „*O manželku se starám od listopadu, to to letí, má částečně ochrnutou pravou nohu, a tak jí pomáhám s pohybem, když jdeme někam*

dál,“ popisuje RP2. Veškeré informace o péči dostal od zdravotní sestry v nemocnici. *„Jo tak nějaký informace jsem dostal od sestry v nemocnici, když tam manželka ležela. Třeba to, že bych měl s ní procvičovat chůzi třeba s chodítkem.“* dodal RP2. Dotazovaný RP2 také uvedl, že má manželka po vzniku CMP časté bolesti hlavy. *„Dřív jí ta hlava tolik nebolela jako teď. Chce po mně furt nějaký prášky,“* dodal RP2. Rodinný příslušník s blízkým zapojuje do péče i rehabilitační cvičení.

Třetí dotazovaná RP3 pečuje o svého manžela, který prodělal CMP v prosinci 2022. Pacient má za následek CMP pravostrannou hemiparézu a zhoršenou pohyblivost. RP3 uvádí: *„Manžel je částečně ochrnutý na pravou stranu těla, takže má problém, jak s osobní hygienou, tak s chůzí na dlouhou vzdálenost.“* Dotazovaná také uvedla, že stejně jako RP1 a RP2, se informace o poskytování péče dozvěděla od zdravotních sester a následně si některé informace zjišťovala sama. *„No...většinou jsem se ptala sester co a jak. Na co jsem se nezeptala, to jsem si pak nějak zjišťovala přes internet. I když tam to bylo těžší hledat konkrétně, aby to sedělo na mého muže no,“* dodala RP3. V domácím prostředí tak pečuje o svého manžela nepřetržitě. Pomáhá mu s osobní hygienou, se stravováním i s chůzí po bytě.

Dotazovaná RP4 pečuje o svého manžela, který prodělal CMP v únoru roku 2023. Stejně jako RP1, RP2 i RP3 pomáhá blízkému s pohyblivostí. *„Manžel je od té doby docela takový nemotorný, snažím se mu pomáhat do schodů nebo prostě když jdem na delší vzdálenost no,“* uvedla RP4. Na otázku, kde se dozvěděla o poskytování péče pacientovi, odpověděla: *„No...něco jsem se dozvěděla na rehabilitaci, když jsme ještě byli v nemocnici, takže chůzi procvičujem pomocí chodítka, ale jinak mi poradili třeba něco ještě příbuzní a tak.“* Po prodělání CMP RP4 také pečuje o pacientovu psychickou stránku. RP4 uvedla: *„Od té doby, co se mu to stalo, je víc takový nervní a kolikrát se mě ptá, co když se mu to stane znovu a tentokrát umře.“* Dále uvedla: *„Snažím se ho nějak uklidnit, třeba povídáním si o výletech, kam bysme mohli jet, ale zároveň si zas vzpomene, že nemůže tak dobře chodit jako dřív, nevím je to těžký.“* RP4 také uvedla, že se manžela snaží často motivovat vnučaty, které za ním pravidelně jezdí.

Dotazovaná RP5 pečuje o svého manžela, který prodělal CMP v lednu 2023. Stejně jako RP4 pečuje o blízkého s poruchou mobility a poruchou psychické stránky pacienta. Na otázku, jaké výkony u manžela provádí, dotazovaná RP5 odpověděla podobně jako dotazovaná RP4. *„U manžela hlavně dohlížím na chůzi, pomáhám mu většinou*

do schodů anebo když spolu jdeme někam dál. Snažím se mu být i oporou co se týče psychiky. Od té příhody je dost uzavřený a je vidět, že má strach, aby všechno dobře zvládl,“ uvedla RP4. Na dotaz, kde se dozvěděla informace o poskytování péče odpověděla, shodně jako RP1. Informace získala na základě sester v nemocnici a zkušenosti dále po čase poskytování péče.

Dotazovaný RP6 pečuje o svou manželku, která prodělala CMP v listopadu 2022. Jako následek této nemoci má monoparézu pravé horní končetiny i zhoršenou pohyblivost. RP6 uvádí: *„Manželka má částečně ochrnutou pravou ruku, a tak si sama neuvaří. Nemá v té ruce takový cit jako dřív.“* Stejně jako RP1, RP2, RP3, RP4 i RP5 pomáhají svým blízkým s pohyblivostí. Jako zdroj informací o poskytování péče uvedla rehabilitační sestry v nemocnici. Pomohli jí vysvětlit, jakým způsobem může manželku zdokonalovat v chůzi.

Dotazovaný RP7 pečuje o svou manželku, která prodělala CMP v září 2022. Jako následek CMP bojuje s pocitem úzkosti, strachu z další CMP a poruchou paměti. *„Manželka je na tom jinak dobře, až na to, že si kolikrát nevzpomene na něco, tak jí musím všechno připomínat,*“ uvedl RP7. Stejně jako RP4 a RP5 uvedl, že má manželka od doby prodělání nemoci i psychické potíže. Snažím se jí dostatečně motivovat k lepším výsledkům. O poskytování zdravotní péče získal informace během hospitalizace manželky v nemocnici. Zkušenosti získal během péče v domácím prostředí.

Dotazovaný RP8 pečuje o svou manželku, která prodělala CMP v březnu 2022. Pacientku trápí pocit úzkosti i strach z budoucnosti. Má i problém s komunikací. Manžel o ní pečuje převážně z psychického hlediska. *„Manželka je velmi citlivá a tohle pro ni byla neskutečná rána. Vždycky se mě ptala, proč ona. Já jí vždy opakuju, že se mohlo stát něco horšího,*“ uvedl RP8. Pacientka má i problém s komunikací. Podle RP8 se manželka do sebe uzavřela a nechce problémy řešit ani s odborníkem. Takový problém jsme zjistili i u pacienta, o kterého se stará RP11. Stejně jako u RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP6, RP7 potřebné informace o poskytování péče se RP8 dozvěděl v nemocnici od zdravotnického personálu.

Dotazovaná RP9 pečuje o svého manžela, který prodělal CMP v květnu 2022. Jako za následek má problém s komunikací a se zhoršenou mobilitou. *„O manžela pečuju už dlouho, zvykli jsme si na tenhle život. I když má problém mluvit, nějak se spolu dorozumíme,*“ uvedla RP9. RP9 také uvádí, že manželovi pomáhá s chůzí do schodu

a nakupováním. O poskytované péči věděla sama. Některé informace dostala v nemocnici od zdravotních sester.

Dotazovaná RP10 pečuje o strýce od srpna 2022. Jako následek nemoci má pravostrannou hemiplegii, poruchu mobility, dále neprovede samostatně osobní hygienu, sebekpéči a má poruchu komunikace. RP10 uvádí, že s péčí jí pomáhá agentura domácí péče, kde zdravotnický personál dojíždí pravidelně. RP10 také uvádí: *„Strejda nedokáže hýbat pravou stranou těla, a tak nedokáže víc věcí no. Snažím se mu ale pomáhat, jak jen to jde.“* Dotazovaná dále uvádí: *„Když tu zrovna nejsou z agentury, je vše na mně. Strejda bydlí sám, a tak jsem se k němu musela nastěhovat. Kdyby ale sestřičky nedojížděly, asi bych to sama nezvládla.“* Dále doplňuje, že ví, jakým způsobem provádět hygienu, procvičovat ochrnutou stranu těla a také řeč. Ví, že je také důležité dostatečné polohování k prevenci proleženin. Používá tedy polštář k polohování pacienta.

Dotazovaná RP11 pečuje o svého manžela od ledna 2023. Pacient má pocity úzkosti a strach z budoucnosti, stejně jako P8. Podobně jako RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP6, RP7, RP8, RP9, RP10, RP12 informace o poskytování péče získala od zdravotnického personálu v době hospitalizace manžela. *„U manžela je důležitá psychická podpora, protože jinak je na tom pohybově dobře,“* uvádí RP11.

Dotazovaná RP12 pečuje o manžela od května 2022. Pacient má za následek onemocnění monoparézu pravé horní končetiny a zhoršení zraku. RP12 uvádí: *„No tak jako nic vážného nemá, jen má trochu znehybněnou pravou ruku a trochu se ta potvora podepsala i na zraku no.“* Dotazovaná uvádí, že je nutná dopomoc při manuálních prací. Zkušenosti RP12 se shodují s RP6.

Úpravy domácího prostředí

V páté podkategorii jsme uvedli, kdo kvůli onemocnění blízkého musel upravit domácí prostředí. Ze získaných informací jsme zjistili, že RP10 upravil sprchový kout na bezbariérový. RP10 přímo uvedla: *„Přestavěli jsme vlastně celý sprchový kout na bezbariérový, aby měl strejda ke všemu lepší přístup.“* Podle RP10 bylo v bytě nutné pořídit speciální postel s polohovacím roštem, dále pak nástavec a madla na WC. RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP6, RP7, RP8, RP9, RP11, RP12 upravili byt minimálně. Dotazovaný RP2 přímo uvádí: *„Tak hlavně jsme trochu přeskládali nábytek, aby se mohla líp pohybovat po bytě.“* RP2 také dodal: *„Museli jsme vyndat prahy. Přeskládat byt. Dát pryč koberec.“*

Agentura domácí péče

Šestá podkategorie zahrnuje zkušenosti rodinných příslušníků s agenturou domácí péče. Do této kategorie spadá pouze RP1 a RP10. Na otázku, máte zkušenosti s agenturou domácí péče, 10 dotazovaných opovědělo ne, těch jsme se dále nedoptávali, a 2 dotazovaní odpověděli ano.

V této podkapitole jsme se zaměřili na možnost využívání agentury domácí péče u rodinných příslušníků a jejich blízkých po CMP a na jejich zkušenosti s agenturou a zdravotním personálem. Na otázku, zda využívají služby agentury domácí péče, odpověděli ano pouze 2 rodinní příslušníci (RP1, RP10). Dotazovaný RP1 uvedl: *„Ano, agenturu využíváme, hlavně proto, že s bráchou nemůžu být neustále a potřebuju taky chodit do práce.“* Zdravotnický personál za pacientem dojíždí každý den v ranních a odpoledních hodinách. Dotazovaný RP1 také uvádí, stejně jako RP10, že se dozvěděli o agentuře domácí péče od zdravotnického personálu v nemocnici, a také na doporučení od známých. Na otázku, zda jsou spokojení se službami agentury domácí péče, odpověděli oba rodinní příslušníci kladně. Dotazovaný RP1 přímo uvedl: *„Jo tak určitě jsme spokojený, pomáhá nám to s tou péčí, a hlavně nám to kolikrát ušetří čas, když jsem v práci.“* Dotazovaná RP10 uvedla: *„Určitě jsem spokojená s agenturou. Díky nim všechno zvládáme líp.“*

4.3.2 Kategorie 2: Fyzická a psychická zátěž u rodinných příslušníků v péči o pacienta

V této kategorii jsme zjišťovali, jakou mají rodinní příslušníci fyzickou a psychickou zátěž v souvislosti s péčí o pacienta. Dotazovaní, kteří se starají o svého blízkého po cévní mozkové příhodě, nejčastěji sdíleli, s jakými zdravotními problémy se potýkají během poskytované péče.

Fyzické zdravotní potíže

V první podkategorii jsme se rodinných příslušníků ptali, zda mají nějaké fyzické zdravotní problémy spojené s péčí o svého blízkého. U dotazovaných RP1, RP2, RP5, RP6, RP9, RP10, RP12 se nejčastěji opakovala odpověď bolest hlavy. Dotazovaný RP1 přímo uvádí: *„Taky mě teď dost často bolí hlava. Tolik prášků na bolest jsem dřív nebrával.“* Podobnou odpověď uvedl i RP2: *„Na bolest hlavy si vždycky musím vzít prášek. Dřív jsem si je moc nebral.“* Dotazovaná RP5 uvádí: *„No jako musím říct, že mě poslední dobou bolí hlava.“* Shodnou odpověď má i RP6: *„Bolí mě dost často hlava.“*

Podobnou odpověď jsme zaznamenali také u RP9, RP10, RP12, kdy všichni dotazovaní odpověděli shodně.

Další fyzický zdravotní problém dotazovaní RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP6, RP9, RP10 uvedli bolest zad. Dotazovaná RP10 přímo uvádí: „*Jako asi teď mě nejvíc trápí bolest zad.*“ Podobnou odpověď jsme zaznamenali i u RP4: „*Mám bolesti zad.*“ Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP1, RP2, RP3, RP5, RP6, RP9.

U dotazovaných RP1, RP2, RP3, RP4, RP10 se objevila odpověď porucha spánku. Dotazovaný RP1 uvedl: „*Od té doby, co se starám o bratra, mám problém se spaním. Kolikrát nemůžu usnout.*“ Podobnou odpověď uvedl i RP2: „*Tak hlavně mám teď problém se spaním, hlavně se přes noc hodně budím. Je to asi od té doby, co se to manželce stalo, ale opravdu v noci špatně spím.*“ Podobnou odpověď uvedla i RP3. „*Od doby, co se to stalo manželovi, špatně spím v noci,*“ dodala RP3. Dotazovaná RP4 odpověděla, že se v noci často probouzí stejně jako RP10. „*Od té doby, co se starám o strejdu, moc dobře nespím. Nevím, jestli je to tím stresem, ale se spánkem to není úplně dobrý,*“ dodala RP10. RP10 dále uvedla: „*Je toho moc no, v noci se hodně probouzím.*“ RP3, RP4, RP10 uvedli, že nyní užívají léky na spaní.

Psychické zdravotní potíže

V této podkategorii jsme se zajímali o psychické zdravotní potíže u rodinných příslušníků v souvislosti s péčí o blízké.

Jako nejčastější odpověď na otázku, zda mají nějaké psychické zdravotní potíže, dotazovaní RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP12 uvedli stres. Dotazovaný RP1 a RP2 uvedli, že kvůli onemocnění cévní mozkové příhody blízké osoby jsou více ve stresových situacích než před onemocněním. RP1 přímo uvedl: „*Jako ten strach o bráchu je teď větší než předtím. Řekl bych, že jsem i víc ve stresu než předtím, co se to stalo.*“ Dotazovaný RP2 uvedl: „*Přijde mi, že jsem teď víc ve stresu z toho všeho.*“ Podobnou odpověď uvedli i RP3, RP4, RP5. Shodli se na odpovědi, že stresové situace zvládají mnohem hůře než kdysi. Dotazovaná RP12 přímo uvedla: „*Je to pro mě náročné, co se týče stresu...*“

Dalším psychickým zdravotním problémem, na kterém se shodli všichni probandi, je nervozita. RP1 přímo uvádí: „*Jako to je jasný, že mám o něho strach. Aby se to nevrátilo zpátky. Jsem z toho celej nervózní.*“ Podobnou odpověď jsme zaznamenali i u RP2: „*Jsem docela nervózní.*“ Další probandi odpověděli podobně.

Na otázku, jakým způsobem zvládají stresové situace, většina odpověděla podobně. RP1 – RP8 odpověděli, že stresové a vypjaté situace řeší především oblíbeným filmem a dotazovaní RP9 – RP12 uvedli, že takové situace zvládají především díky blízkým, kteří jim pomáhají s péčí o nemocného.

Jako další psychický problém uvádí RP10 deprese. Dotazovaná přímo uvádí: „*Hlavně mě to zasáhlo psychicky. Říkala jsem si, proč zrovna on. I když můžu být ráda, že to dopadlo ještě takhle, ale i tak mám o něho strach, aby se to třeba nevrátilo.*“

4.3.3 Kategorie 3: Sociální interakce mezi rodinnými příslušníky a pacientem

Ve třetí kategorii jsme se zaměřili nejen na sociální interakce a vztahy mezi rodinnými příslušníky, pacientem, ale i mezi nejbližšími, kteří pomáhají s péčí o blízkého.

Vztahy

V této kategorii jsme se zaměřili na vztahy mezi rodinnými příslušníky a pacientem. Na otázku, zda se vztahy změnili od té doby, co blízkého postihla CMP, jsme zaznamenali shodné odpovědi. Od všech dotazovaných bylo zmíněno, že minimálně. RP1 přímo uvádí: „*No tak ten život se trochu změnil no, trochu i ty vztahy, je to takový složitější, ale myslím, že nás osobně moc ne, páč jsme s tím už smířený.*“ Podobnou odpověď jsme zaznamenali u RP2: „*Už jsme s tím docela smířený. Asi ty vztahy se změnily k lepšímu. Držíme víc při sobě mi přijde.*“ Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP3, RP4, RP5, RP6. RP6 přímo uvádí: „*Spíš nás to ovlivnilo jako tak pozitivně. Jakože díky tomu víme, že se na sebe můžem spolehnout i v těch těžších chvílích.*“ U RP7 jsme zaznamenali odpověď shodnou jako u RP8, RP9, RP10, RP11, RP12. A to, že toto onemocnění nemělo velký dopad na jejich rodinné vztahy. RP10 přímo uvádí: „*Je to těžší, než to bývalo, ale vnímám strejdu pořád stejně. Nebo snažím se ho vnímat pořád stejně. I když vím, že už není samostatný, a že ze začátku mě to dost vzalo. Mám potom pocit, že kdybych ho litovala a tak, že to jemu ani mně nebude příjemný a prostě berem to už, jak to je.*“

Spolupráce s dalšími členy rodiny

V této podkategorii jsme se zaměřili na spolupráci s dalšími členy rodiny. Ptali jsme se rodin, zda mají někoho, kdo jim pomáhá s péčí o blízkého.

Dotazovaní RP1 a RP10 uvedli jako největší pomoc od svých poloviček. RP1 tedy uvedl, že mu s péčí o bratra pomáhá hlavně manželka. „*Asi nejvíc mi pomáhá manželka, která za bráchou taky občas přijede, pomůže mu s něčím anebo k němu jezdíme oba. Hlavně mi*

teda pomáhá psychicky,“ dodal RP1. Dotazovaná RP10 uvedla, že největší podporu má ve svém manželovi. *„Nejvíce mi pomáhá můj manžel. Snaží se mě hlavně uklidňovat a povzbuzovat, abych na tom nebyla psychicky ještě hůř. Ale samozřejmě mi pomáhá i se strejdou. Kolikrát dojede nakoupit jídlo, nebo pomáhá celkově s manipulací se strejdou. To jsem moc ráda,*“ uvedla RP10. U dotazovaných RP2, RP3, RP4, RP5, RP6 jsme zaznamenali odpověď sourozenec. RP2 přímo uvádí: *„Mně hlavně pomáhá můj bratr. Když se cítím nějak hůř, tak přijede, rozveselí nejen mě, ale i manželku. No a pak to jsou vnukové, kteří sem jezdí taky dost často.*“ U dotazované RP3 jsme zaznamenali následující odpověď: *„Pomáhá mi hlavně sestra. Moc mi pomáhá hlavně s dopravou, když potřebuju s manželem třeba k doktorovi. To víte, já sama řidičák nemám, tak musím vždycky poprosit ji.*“ Podobnou odpověď jsme zaznamenali i u RP4. *„Já nemám řidičský průkaz, takže potřebuju hlavně vždycky pomoc s dopravou k lékaři nebo i na nákup.*“ Dotazovaná RP5 přímo uvedla: *„Hodně mi s manželem pomáhá můj bratr.*“ Shodnou odpověď jsme také zaznamenali i RP6: *„S manželkou mi hlavně pomáhá můj brácha.*“

U dotazovaných RP7, RP8, RP11, jsme zjistili, že největším pomocníkem při péči o blízkého je otec/matka. Dotazovaný RP7 přímo uvádí: *„Nejvíce mi pomáhají mamka s tátou. Jsou taková psychická podpora pro mě, ale i pro manželku.*“ Podobnou odpověď uvedl i RP8: *„Velkou podporu mám hlavně v rodičích. Hlavně co se týče psychický podpory. Bez nich bych to asi úplně nezvládnul.*“ RP11 přímo uvedla: *„Moc mi pomáhá mamka. Nejenom mně, ale i mému manželovi. Dobře si spolu rozumí, takže jsem ráda, že sem i dojíždí.*“ U dotazovaných RP9 a RP12 jsme zaznamenali, že největší pomoc mají od svých vnoučat.

Izolace od společnosti kvůli péči o pacienta

V této podkategorii jsme zjišťovali, zda rodinní příslušníci kvůli péči o blízkého po CMP se izolovali od společnosti. Ptali jsme se jich také, zda mají stále čas na aktivity, které vykonávali předtím, či nikoliv.

K izolaci od společnosti došlo, ale jen z části u RP1, RP9, RP10. RP1 přímo uvádí: *„Jako vnímám jen z části, že jsem se trošku izoloval od společnosti, co se týče mých koníčků. Dřív jsem hodně chodil dívat se na fotbal, ale teď jsem spíš s bráchou. Jako pořád chodím, ale je to o něco míň než dřív a brácha dřív chodil občas se mnou, ale teď už nechce.*“ Dotazovaná RP9 uvedla, že izolaci od společnosti vnímá jen z části. *„Od té doby, co se mu to stalo, jsem spíš s ním. Moc už nechodím třeba do restaurací*

nebo na jídlo někam ven. Spíš vždycky nakoupím a uvařím doma, abych s ním byla co nejvíc, takže ta izolace je jen z části,“ doplnila odpověď RP9. Na odpovědi, že se izolace od společnosti objevila jen z části, dodala RP10 následující: *„Myslím, že jen z části, já jsem ani dřív nechodila tolik na společenské akce, takže nemohu říct, že by mě to nějak v tomhle hodně ovlivnilo. Je pravda, že jsem dřív se strejdou jezdila třeba na ryby. Teď už to není úplně možné.“*

U ostatních dotazovaných se často objevovala odpověď, že nemají pocit izolování se od společnosti kvůli péči. RP2 přímo uvádí: *„Určitě nemám pocit izolace od společnosti.“* Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP3, RP4, RP5, RP6, RP7, RP8, RP11.

Přijetí onemocnění blízkého

V této podkategorii jsme se zaměřili na to, jak bylo pro rodinné příslušníky těžké přijmout onemocnění nejbližších po CMP.

U dotazovaných RP1, RP2, RP5 se objevila shodná odpověď, a to ta, že přijetí onemocnění blízkého brali spíše jako osud. RP1 přímo uvedl: *„No tak ten život se trochu změnil no, je to takový složitější, ale myslím, že každý má nějaký osud a hold brácha ho měl určený takhle no.“* Podobnou odpověď jsme zaznamenali i u RP2: *„Myslím, že je to osud, že zrovna jí to postihlo.“* Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP5, která přímo uvedla: *„Tak každý máme nějaký osud, manžel má takovýhle a nikdy nikdo neví, zda to jednou nečeká i mě.“*

U dotazovaných RP3 a RP4 se objevila shodná odpověď. U obou rodinných příslušníků se objevila odpověď, že toto onemocnění berou spíše negativně. RP3 přímo uvádí: *„Hlavně jsem si vždycky říkala, proč zrovna on, proč musel mít takovou smůlu, že zrovna on, ale i tak to dopadlo nějak dobře, za to jsem moc ráda.“* Podobnou odpověď uvedla i RP4: *„Říkám si do teď, proč zrovna jeho musela postihnout mrtvice, ale zase jsou na světě horší nemoci a můj manžel z toho vyvázl docela dobře.“*

Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP6, RP7, RP8, RP9, RP10, RP11, RP12. Tito dotazovaní také uvedli štěstí, že tato nemoc neměla horší dopad na jedince tak na celou rodinu.

Motivace pacienta ke zlepšení zdravotního stavu

V této kategorii jsme se zabývali, jak motivují rodinní příslušníci svého pacienta ke zlepšení zdravotního stavu.

Po položení této otázky jsme zjistili, že RP2 a RP6 se shodli na odpovědi, že jejich rodinní příslušníci motivují blízkého aktivitami, které dělali dříve. RP2 přímo uvádí: *„Hlavně to, aby se nepřestávala hýbat, aby nepřestával vnímat, aby chodila, četla, aby chodila mezi lidi...řikám ji furt aby cvičila. Ale ne aby dřela, aby dělala kliky, ale aby se šla projít. Aby pletla, aby něco jednoduchého uvařila, aby vytřela. Prostě aby nezchradla. Ale prostě od té doby, co se to stalo, tak to hrozně vzdala. Občas mi přijde že ani nevnímá realitu a je uzavřená do sebe.“* RP6 uvedl: *„Snažím se ji dávat zase pletení, protože to byla její vášeň, a to si myslím pomáhá, taky hlavně ji furt říkám ať se nevzdává.“* U dotazovaných RP1, RP3, RP4, RP5 se nejčastěji objevovala odpověď, že se snaží blízkého motivovat hlavně díky svým příbuzným. RP1 přímo uvádí: *„Hlavně se snažím motivovat bráchu tím, že tu má mě, a že co bych si bez něho počal.“* Dále RP3 uvedla: *„Snažím se ho motivovat hlavně tím, že by mě tu nechal a co bych bez něho dělala.“* Podobnou odpověď uvedla i RP4 a RP5. Dotazovaní RP7, RP8, RP10, RP11 uvedli, že se snaží motivovat blízkého domácími mazlíčky. Z toho RP9, RP12 i RP4 nejvíce motivují pacienta díky svým vnoučatům, kteří je pravidelně navštěvují.

5 Diskuze

Bakalářská práce s názvem „*Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí*“ má stanovené čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě. Druhým cílem bylo zjistit, jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě. Třetím cílem bylo zjistit pečovatelskou zátěž u rodinných příslušníků pečujících o pacienty po CMP. Čtvrtým cílem bylo zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině.

Byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka je zaměřena na to, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě. Druhá výzkumná otázka se zabývá znalostmi rodinných příslušníků o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě. Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na to, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině.

Na počátku samotného výzkumného šetření s rodinnými příslušníky, jsme se orientovali na získání informací vztahujících se k dotazované osobě. V rámci rozhovorů jsme zjišťovali identifikační údaje rodinných příslušníků, které se vztahovaly k pohlaví, věku, nejvyššímu dosaženému vzdělání, zaměstnání a blízkému po CMP (Tabulka 1). Bylo osloveno celkem šest agentur domácí péče v Jihočeském kraji, kde mi vyhověly pouze dvě z nich. Oslovila jsem tedy dva rodinné příslušníky přes domácí agenturu (RP1 a RP10) z toho deset rodinných příslušníků, kteří nevyužívají služby agentury domácí péče (RP2 – RP12). Věk rodinných příslušníků se pohyboval od 35 do 62 let a průměrný věk byl 50,6 let. Čtyři rodinní příslušníci mají středoškolské vzdělání s maturitou. Z toho střední odborné vzdělání bez maturity mělo šest rodinných příslušníků. Další dva rodinní příslušníci mají vysokoškolské vzdělání.

U identifikačních údajů pacientů jsme se zaměřovali především na pohlaví, věk, měsíc vzniku CMP a následky po cévní mozkové příhodě. Věk pacientů se pohyboval od 45 do 62 let a průměrný věk byl 54,5 let. Ze získaných výsledků má jeden pacient za následek onemocnění levostrannou hemiparézou. Tři pacienti mají monoparézou, z toho jeden pacient má monoparézou pravé dolní končetiny a dva pacienti mají monoparézou pravé horní končetiny. Další pacient má za následek onemocnění pravostrannou hemiparézou, z toho jeden pacient trpí pravostrannou hemiplegií. Pět pacientů trpí po cévní mozkové příhodě úzkostmi. Dále dva pacienti poruchou komunikace, bolestmi hlavy,

poruchou paměti a také poruchou zraku. Většina pacientů má poruchu mobility. Poruchu mobility považujeme za velmi častý následek cévní mozkové příhody.

Výzkumná strategie této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Jako technika sběru dat byla použita technika polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl tvořen celkem dvanácti rodinnými příslušníky, kteří se starají o své blízké po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Rozhovory byly zpracovány technikou „tužka a papír“ a následně rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií metodou otevřeného kódování.

První kategorie se zaměřuje na znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP. Podkategorie se zabývá znalostmi příznaků CMP, rizikovými faktory CMP, zkušenostmi rodinných příslušníků s péčí o pacienta v domácím prostředí, dále úpravami domácího prostředí a možnostmi využívání agentury domácí péče. Druhá kategorie je zaměřena na fyzickou a psychickou zátěž u rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP. Podkategorie se zabývá fyzickými a psychickými zdravotními potížemi rodinných příslušníků v péči o pacienta. Třetí kategorie je zaměřena na sociální interakce mezi rodinnými příslušníky a pacientem. Podkategorie zahrnuje vztahy mezi rodinnými příslušníky a pacientem, spolupráci s dalšími členy rodiny, izolaci rodinných příslušníků od společnosti kvůli péči o pacienta, přijetí onemocnění blízkého a motivace pacienta ke zlepšení zdravotního stavu během péče.

První výzkumná otázka se zabývá vědomostmi rodinných příslušníků o cévní mozkové příhodě. Zároveň jsme si stanovili cíl, zjistit, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě. Rodinní příslušníci byli dotazováni na znalosti příznaků CMP, rizikových faktorů CMP, na zkušenosti rodinných příslušníků s péčí o pacienta v domácím prostředí, dále na úpravy domácího prostředí a možnosti využívání agentury domácí péče. V rámci našeho výzkumného šetření bylo zjištěno, že na otázku, co všechno vědí rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě, odpověděla většina podobně. Někteří rodinní příslušníci odpověděli tak, že CMP je způsobena ucpaním cévy v mozku. Dotazovaná RP4 přímo uvedla: „*Cévní mozková příhoda je stav, když se ucpe nějaká céva v mozku a pak se nedostatečně okysličí mozek.*“ Ambler (2011) popisuje cévní mozkovou příhodu jako náhle vzniklou mozkovou poruchu, která je zapříčiněna špatnou cirkulací mozku, buď zúžením nebo krvácením. Jeden dotazovaný uvedl, že do doby vzniku CMP u příbuzného nevěděli o nemoci nic. Další dotazovaní uvedli, že cévní mozková příhoda je zapříčiněna možným krvácením do mozku, podobně jako popisuje

Seidl (2008), kdy krvácení vzniká zejména porušením stěny u mozkové cévy. Jako nejčastější typ cévní mozkové příhody považujeme ischemickou CMP.

Dále jsme se zabývali znalostmi příznaků CMP u rodinných příslušníků. Myslíme si, že rodinní příslušníci, vzhledem k onemocnění a péči o blízkého, dostatečně vypožorovali základní příznaky cévní mozkové příhody. Na otázku, zda znají nějaké příznaky cévní mozkové příhody, odpověděli všichni podobně. Nejčastěji dotazovaní uváděli spadlý koutek úst a brnění končetin. Tuto odpověď jsme zaznamenali u všech dotazovaných. Dotazovaná RP10 přímo uvedla: „*Myslím si, že hodně častým příznakem je bolest hlavy, která si myslím, že může být hodně nepříjemná a taky třeba spadlý koutek a brnění ruky nebo nohy.*“ Dále dotazovaná RP5 uvedla: „*Postiženému se může motat hlava, začnou mu brnět ruce nebo nohy a může mu i být na zvracení.*“ Zaznamenali jsme u dotazovaných i bolest hlavy a nervozitu. Dle Slezákové (2006) mezi příznaky může patřit bolest hlavy, zmatenost, potíže při chůzi, zhoršené vidění a také se mohou příznaky různě kombinovat v různé intenzitě.

Na další otázku, jaké nejčastější rizikové faktory znají rodinní příslušníci, jsme zaznamenali různé odpovědi. U třech dotazovaných jsme zaznamenali odpověď nezdravý životní styl. Rodinný příslušník 1 přímo uvedl: „*Většina lidí si neuvědomují, že hlavně životní styl napomáhá takovým nemocem, jako je i cévní mozková příhoda.*“ Dotazovaný rodinný příslušník 2 uvedl: „*Myslím si, že velký vliv na vzniku mrtvice má životní styl.*“ Dále rodinný příslušník 3 přímo uvedl: „*Přemýšlím, co je jako to nejhlavnější riziko, ale asi životní styl takové nemoci hodně ovlivňuje.*“ Slezáková (2006) ve své knize také zmiňuje nezdravou stravu s vysokým obsahem tuků a s nedostatkem zeleniny a ovoce. U dvou rodinných příslušníků se vyskytla odpověď vysoký krevní tlak. Dalším rizikovým faktorem podle rodinného příslušníka 7 je obezita. Přímo uvádí: „*Tak určitě obezita. Ta je rizikovým faktorem hodně nemocí, ale u mrtvice si myslím, že taky hraje roli.*“ Podobnou odpověď měl dotazovaný rodinný příslušník 6: „*Sice jsme před tím, než se to stalo nic moc o tom nevěděli, ale myslím si, že i obezita hraje velkou roli u vzniku cévní mozkové příhody.*“ Obezitu také uvádí Slezáková (2006) u příznaků CMP. Dále se objevovali odpovědi jako je stres, kouření, nedostatek pohybu, vysoký cholesterol a alkohol. Myslíme si, že stres a nedostatek pohybu jsou v dnešní době zcela rozsáhlým a zásadním problémem nejenom v České republice, ale i celého světa.

Druhá výzkumná otázka se zabývá tím, jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedinci po cévní mozkové příhodě. Zároveň tedy naším druhým cílem

bylo zjistit, jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě. Většina dotazovaných odpověděla shodně a uvedla, že informace o poskytování péče se nejčastěji dozvěděli od zdravotnického personálu během hospitalizace blízkého. Dva rodinní příslušníci odpověděli, že informace dostali od zdravotnického personálu agentury domácí péče (RP1 a RP10). Deset rodinných příslušníků získalo informace od zdravotnického personálu v nemocničním zařízení a z toho jeden příslušník znalosti pochytil sám během péče. Dle Bártlové (2005) dostatek informací o nemoci a jejím průběhu značně přispívá k získání jejich důvěry, spolupráce a klidu pacientů. Jak udává Vacková (2020) po příchodu pacienta z nemocnice je nejdůležitější rodina. Rodinu lze edukovat od zdravotnického personálu, jak má s pacientem cvičit, jak má upravit domácí prostředí a jaké pomůcky si má popřípadě pořídit.

V podkategorii *„Znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků s péčí o pacienta po CMP v domácím prostředí“* popisujeme jednotlivé zkušenosti rodiny o blízkého. Na otázku, zdá má rodinný příslušník 1 nějaké znalosti ohledně péče, odpověděl: *„Tak základní znalosti mám. Brácha nezvládne sám pořádně si umýt vlasy, nebo nedokáže si sám umýt záda, takže tak mu pomáhám a nezvládne si ani sám uvařit. Když mu jídlo připravím, sám ho pak sní, procvičujeme spolu i levou ruku a nohu pomocí míčků.“* Rodinný příslušník 2 přímo uvádí: *„Jo tak nějaký informace jsem dostal od sestry v nemocnici, když tam manželka ležela. Třeba to, že bych měl s ní procvičovat chůzi třeba s chodítkem. O manželku se starám od listopadu, to to letí, má částečně ochrnutou pravou nohu, a tak ji pomáhám s pohybem, když jdeme někam dál.“* Dle Palmera (2013) se lidé po CMP často setkávají s poruchou chůze a hybnosti. Mohou mít tedy poruchu sebeobsluhy v běžných denních činnostech. Dále Vacková (2020) uvádí, že zapojení rodiny do péče a rehabilitace je velmi pozitivní, protože mohou pokračovat s pacientem v zavedené terapii. Dosbaba et al. (2021) uvádí, že pečovatel při chůzi by měl stát na straně postižené strany a korigovat pohyb a zabraňovat tak podlamování kolenního kloubu a dopomáhat postižené končetině v pohybu. Problém s chůzí uvádí také rodinný příslušník 3, který tvrdí, že veškeré informace a znalosti získal od zdravotních sester nebo přes internet. Problémy s chůzí uvedl i rodinný příslušník 4, který přímo uvádí: *„No...něco jsem se dozvěděla na rehabilitaci, když jsme ještě byli v nemocnici, takže chůzi procvičujem pomocí chodítka, ale jinak mi poradili třeba něco ještě příbuzní a tak.“* Rodinný příslušníci 5, 6, 9, 10 také uvádí poruchu chůze. Z toho rodinní příslušníci 7, 8,

11 uvedli péči o pacienta s pocity úzkosti, strachu z další CMP, poruchou paměti a komunikací, z toho rodinní příslušník 12 uvedl monoparézu pravé horní končetiny. Dosbaba et al. (2021) uvádí, že u poruchy komunikace musí být zvolena vhodná forma komunikace. Je důležité mluvit jednoduše a pomalu, častěji zopakovat svá sdělení či pokyny, navést pacienta svým dotekem, požadované úkony tak předvést nebo ukázat apod. U rodinného příslušníka 10 se objevila odpověď, že ví, jakým způsobem provádět hygienu, procvičovat ochrnutou stranu těla a řeč. Ví, že je také důležité dostatečné polohování k prevenci proleženin. Používá tedy polštář k polohování pacienta. Dosbaba et al. (2021) popisují polštář jako vhodnou pomůcku při polohování, ale jeho používání se doporučuje pouze dočasně.

Dále jsme se v rámci šetření zaměřili na úpravy domácího prostředí, které zmiňujeme v první kategorii. Ze získaných informací jsme zjistili, že rodinný příslušník 10 upravil sprchový kout na bezbariérový. Dotazovaná přímo uvedla: „*Přestavěli jsme vlastně celý sprchový kout na bezbariérový, aby měl strejda ke všemu lepší přístup.*“ Dále bylo nutné pořídit speciální postel s polohovacím roštem, dále pak nástavec a madla na WC. Rodinní příslušníci 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 upravili byt minimálně. Dotazovaný RP2 přímo uvádí: „*Tak hlavně jsme trochu přeskládali nábytek, aby se mohla líp pohybovat po bytě.*“ RP2 také dodal: „*Museli jsme vyndat prahy. Přeskládat byt. Dát pryč koberec.*“ Dle Krivošíkové (2011) se úpravami prostředí rozumí všechny speciálně navržené změny v takovém prostředí, které podporuje soběstačnost a bezpečné provádění potřebných běžných denních činností. Patří sem úprava způsobu provádění činností, změna umístění nábytku, instalace speciálních pomůcek, úpravy stavební (rozšíření dveří, výměna vany za sprchový kout, instalace madel, ramp).

Jako další jsme zjišťovali, zda rodinní příslušníci využívají služby agentury domácí péče. Z dvanácti dotazovaných odpověděli ano pouze dva z nich (RP1, RP10). Dotazovaný RP1 uvedl: „*Ano, agenturu využíváme, hlavně proto, že s bráchou nemůžu být neustále a potřebuju taky chodit do práce.*“ Dotazovaný RP1 také uvádí, stejně jako RP10, že se dozvěděli o agentuře domácí péče od zdravotnického personálu v nemocnici, a také na doporučení od známých. Na otázku, zda jsou spojení se službami agentury domácí péče, odpověděli oba rodinní příslušníci kladně. Dotazovaný RP1 přímo uvedl: „*Jo tak určitě jsme spokojený, pomáhá nám to s tou péčí, a hlavně nám to kolikrát ušetří čas, když jsem v práci.*“ Dotazovaná RP10 uvedla: „*Určitě jsem spokojená s agenturou. Díky nim všechno zvládneme líp.*“ Domácí péče může být efektivní, pokud je kvalitní

spolupráce mezi pacientem a jeho rodinou. Pomáhá dosáhnout brzkého uzdravení nemocného (MZ ČR, 2020).

Třetím cílem bylo zjistit míru pečovatelské zátěže u rodinných příslušníků pečujících o pacienty po CMP. Touto problematikou jsme se zabývali ve druhé kategorii, která se nazývá „*Fyzická a psychická zátěž u rodinných příslušníků v péči o pacienta.*“ V této kategorii jsme zjišťovali, jakou mají rodinní příslušníci fyzickou a psychickou zátěž v souvislosti s péčí o pacienta. Dotazovaní, kteří se starají o svého blízkého po cévní mozkové příhodě, nejčastěji sdíleli, s jakými zdravotními problémy se potýkají během poskytované péče. Jako první jsme se zaměřili na fyzické zdravotní potíže. U sedmi rodinných příslušníků jsme zaznamenali odpověď bolest hlavy. Osm z nich uvedlo bolest zad, u pěti rodinných příslušníků porucha spánku, z toho tři rodinní příslušníci užívají léky na spaní. Dále jsme se zaměřovali na psychické zdravotní problémy. Jako nejčastější odpověď dotazovaní uvedli stres (konkrétně RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP12). Dalším psychickým zdravotním problémem, na kterém se shodli všichni dotazovaní, je nervozita. RP1 přímo uvádí: „*Jako to je jasný, že mám o něho strach. Aby se to nevrátilo zpátky. Jsem z toho celej nervózní.*“ Jako další psychický problém uvádí rodinný příslušník 10 deprese. Dotazovaná 10 přímo uvádí: „*Hlavně mě to zasáhlo psychicky. Říkala jsem si, proč zrovna on. I když můžu být ráda, že to dopadlo ještě takhle, ale i tak mám o něho strach, aby se to třeba nevrátilo.*“ Na otázku, jakým způsobem zvládají stresové situace, většina odpověděla podobně. RP1 – RP8 odpověděli, že stresové a vypjaté situace řeší především oblíbeným filmem a dotazovaní RP9 – RP12 uvedli, že takové situace zvládají především díky blízkým, kteří jim pomáhají s péčí o nemocného. Kurucová (2016) popisuje stres jako vymezení krajní formy zátěžových stavů, v nichž ohrožení života nebo integrity jednotlivce vyžaduje mimořádnou aktivaci autoregulačních systémů. Stres a zátěž vznikají tehdy, když je míra stresorů vyšší než schopnosti rodinných příslušníků tuto situaci zvládnout. Při řešení zátěžových situací je důležitý způsob, jak pečovatel a ostatní členové rodiny hodnotí a interpretují situaci, to znamená, že je důležité rozlišit, jak vidí závažnost stresorů a potíže s nimi propojené. Jak už jsme uváděli, stres je v dnešní době zcela rozsáhlým problémem nejenom v České republice, ale i po celém světě v rámci poskytování péče, ale i v normálním životě. Dále dle Kurucové (2016) k posouzení zátěže slouží například škála Objective and Subjective Burden Inventory (Montgomery, 1985). Tento nástroj popisuje omezení

a změny v životě – objektivní zátěž, dopad na emocionální oblast – subjektivní zátěž pečovatele.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině. Zároveň na třetí výzkumnou otázku, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině, jsme se doptávali rodinných příslušníků na vztahy, spolupráci s dalšími členy rodiny, izolaci od společnosti kvůli péči o pacienta, přijetí onemocnění blízkého a motivaci pacienta ke zlepšení zdravotního stavu.

Na otázku, zda se vztahy změnily od té doby, co blízkého postihla CMP, jsme zaznamenali shodné odpovědi. Od všech dotazovaných bylo zmíněno, že minimálně. Rodinný příslušník 1 přímo uvádí: „*No tak ten život se trochu změnil no, trochu i ty vztahy, je to takový složitější, ale myslím, že nás osobně moc ne, páč jsme s tím už smířený.*“ Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP3, RP4, RP5, RP6. Myslíme si, že vzhledem k tomu, že se jedná o blízké, které postihla CMP, jsme jiné odpovědi ani očekávat nemohli. Rodina by měla držet s nemocným za každé situace. Dále jsme rozebírali spolupráci s dalšími členy rodiny. Ptali jsme se rodin, zda mají někoho, kdo jim pomáhá s péčí o blízkého. Dva rodinní příslušníci uvedli největší pomoc od svých poloviček. U pěti dotazovaných jsme zaznamenali odpověď sourozenec. RP2 přímo uvádí: „*Mně hlavně pomáhá můj bratr. Když se cítím nějak hůř, tak přijede, rozveselí nejen mě, ale i manželku. No a pak to jsou vnukové, kteří sem jezdí taky dost často.*“ U třech dotazovaných jsme zjistili, že největším pomocníkem při péči o blízkého je otec/matka. Z toho u dvou probandů se objevila odpověď, že největší pomoc mají od svých vnoučat. Podle Vymětala (2010) jde hlavně o ochotu a zájem mezi sebou spolupracovat.

Dále jsme v rámci šetření zjišťovali izolaci rodinných příslušníků od společnosti kvůli péči. K izolaci od společnosti došlo ale jen z části u třech dotazovaných (RP1, RP9, RP10). RP1 přímo uvádí: „*Jako vnímám jen z části, že jsem se trochu izoloval od společnosti, co se týče mých koníčků. Dřív jsem hodně chodil dívat se na fotbal, ale teď jsem spíš s bráchou. Jako pořád chodím, ale je to o něco míň než dřív a brácha dřív chodil občas se mnou, ale teď už nechce.*“ U ostatních dotazovaných se často objevovala odpověď, že nemají pocit izolování se od společnosti kvůli péči. Rodinný příslušník 2 přímo uvádí: „*Určitě nemám pocit izolace od společnosti.*“ Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP3, RP4, RP5, RP6, RP7, RP8, RP11.

Dále jsme se zabývali tím, jak přijali onemocnění blízkého. U třech dotazovaných se objevila shodná odpověď, a to ta, že přijetí onemocnění blízkého brali spíše jako osud. RP1 přímo uvedl: „*No tak ten život se trochu změnil no, je to takový složitější, ale myslím, že každý má nějaký osud a hold brácha ho měl určený takhle no.*“ U dotazovaných RP3 a RP4 se objevila shodná odpověď. U obou rodinných příslušníků se objevila odpověď, že toto onemocnění berou spíše negativně. RP3 přímo uvádí: „*Hlavně jsem si vždycky říkala, proč zrovna on, proč musel mít takovou smůlu, že zrovna on, ale i tak to dopadlo nějak dobře, za to jsem moc ráda.*“ Podobnou odpověď uvedla i RP4: „*Říkám si do teď, proč zrovna jeho musela postihnout mrtvice, ale zase jsou na světě horší nemoci a můj manžel z toho vyvázl docela dobře.*“ Shodnou odpověď jsme zaznamenali i u RP6, RP7, RP8, RP9, RP10, RP11, RP12. Tito dotazovaní také uvedli štěstí, že tato nemoc neměla horší dopad jak na jedince, tak na celou rodinu.

Zajímalo nás také, jakým způsobem motivují rodinní příslušníci svého blízkého. Po položení této otázky jsme zjistili, že konkrétně RP2 a RP6 se shodli na odpovědi, že jejich rodinní příslušníci motivují blízkého aktivitami, které dělali dříve. RP2 přímo uvádí: „*Hlavně to, aby se nepřestávala hýbat, aby nepřestával vnímat, aby chodila, četla, aby chodila mezi lidmi...řikám ji furt aby cvičila. Ale ne aby dřela, aby dělala kliky, ale aby se šla projít. Aby pletla, aby něco jednoduchýho uvařila, aby vytřela. Prostě aby nezchřadla. Ale prostě od té doby, co se to stalo, tak to hrozně vzdala. Občas mi přijde, že ani nevnímá realitu a je uzavřená do sebe.*“ RP6 uvedl: „*Snažím se ji dávat zase pletení, protože to byla její vášeň, a to si myslím pomáhá, taky hlavně ji furt říkám, ať se nevzdává.*“ U dotazovaných RP1, RP3, RP4, RP5 se nejčastěji objevovala odpověď, že se snaží blízkého motivovat hlavně díky svým příbuzným. Dále RP3 uvedla: „*Snažím se ho motivovat hlavně tím, že by mě tu nechal, a co bych bez něho dělala.*“ Podobnou odpověď uvedla i RP4 a RP5. Dotazovaní RP7, RP8, RP10, RP11 uvedli, že se snaží motivovat blízkého domácími mazlíčky. Z toho RP9, RP12 i RP4 nejvíce motivují pacienta díky svým vnoučatům, kteří je pravidelně navštěvují. Gurková (2017) uvádí, že motivace pacientů k léčbě je spojována s kontrolou nad onemocněním (čím větší motivaci pacienti mají ohledně svého onemocnění, tím vnímají větší kontrolu nad svým onemocněním).

6 Závěr

Bakalářská práce s názvem „*Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí*“ má stanovené čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě. Druhým cílem bylo zjistit, jaké znalosti mají rodinní příslušníci o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě. Třetím cílem bylo zjistit pečovatelskou zátěž u rodinných příslušníků pečujících o pacienty po CMP. Čtvrtým cílem bylo zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka je zaměřena na to, jaké vědomosti mají rodinní příslušníci o cévní mozkové příhodě. Druhá výzkumná otázka se zabývá znalostmi rodinných příslušníků o poskytování péče jedince po cévní mozkové příhodě. Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na to, jak ovlivnila cévní mozková příhoda jedince a sociální interakce v rodině.

Výzkumná strategie této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Technika sběru dat byla použita technika polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl tvořen celkem dvanácti rodinnými příslušníky, kteří se starají o své blízké po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Rozhovory byly zpracovány technikou „tužka a papír“ a následně rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií metodou otevřeného kódování.

První kategorie se zaměřuje na znalosti a zkušenosti rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP. Podkategorie se zabývá znalostmi příznaků CMP, rizikových faktorů CMP, zkušenostmi rodinných příslušníků s péčí o pacienta v domácím prostředí, dále úpravami domácího prostředí a možnostmi využívání agentury domácí péče. Druhá kategorie je zaměřena na fyzickou a psychickou zátěž u rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP. Podkategorie se zabývá fyzickými a psychickými zdravotními potížemi rodinných příslušníků v péči o pacienta. Třetí kategorie je zaměřena na sociální interakce mezi rodinnými příslušníky a pacientem. Podkategorie zahrnuje vztahy mezi rodinnými příslušníky a pacientem, spolupráci s dalšími členy rodiny, izolaci rodinných příslušníků od společnosti kvůli péči o pacienta, přijetí onemocnění blízkého a motivace pacienta ke zlepšení zdravotního stavu během péče.

V rámci výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjištěno, jaké znalosti a vědomosti mají rodinní příslušníci ohledně péče o pacienty po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Také bylo zjištěno, jaká zátěž provází pečovatele během péče

a jak ovlivnila cévní mozková příhoda interakce mezi rodinou a nemocným. Jako první jsme zjišťovali vědomosti rodinných příslušníků o CMP. Z výsledků můžeme říct, že rodinní příslušníci znají základy o CMP a dokážou vyjmenovat základní příznaky CMP. Dokázali také vyjmenovat rizikové faktory a popsali znalosti a zkušenosti ohledně poskytované péče. Na základě výsledků většina dotazovaných uvedla, že znalosti získali od zdravotnických pracovníků během hospitalizace blízkého, z toho dva rodinní příslušníci získali informace od zdravotnického personálu agentury domácí péče (konkrétně RP1 a RP10). Jeden rodinný příslušník uvedl, že znalosti pochopil sám během péče doma. Dotazovaní také pověděli, jaké činnosti provádějí u blízkého. Dále jsme se zabývali tím, zda pečovatelé upravili domácí prostředí a zda využívají služby agentury domácí péče. Z výsledku lze říct, že jeden rodinný příslušník upravil sprchový kout na bezbariérový. Dále bylo nutné pořídit speciální postel s polohovacím roštem, dále pak nástavec a madla na WC. Rodinní příslušníci 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 upravili byt minimálně. Dále bylo zjištěno, že pouze dva pečovatelé využívají služby (RP1 a RP10.) Dalším cílem bylo zjistit pečovatelskou zátěž u rodinných příslušníků. Zjistili jsme, že nejčastěji trpí pečovatelé například bolestmi hlavy, bolestí zad, poruchou spánku (tři rodinní příslušníci užívají léky na spaní), dále je to stres a nervozita. Na otázku, jakým způsobem zvládají stresové situace, většina odpověděla podobně. RP1 – RP8 odpověděli, že stresové a vypjaté situace řeší především oblíbeným filmem a dotazovaní RP9 – RP12 uvedli, že takové situace zvládají především díky blízkým, kteří jim pomáhají s péčí o nemocného. Dalším cílem bylo zjistit, jak ovlivnila CMP jedince a sociální interakce v rodině. Dle výsledků můžeme říct, že se vztahy mezi nemocným a rodinou z velké části nezměnily. Dále jsme zjišťovali, jestli pečovatelům pomáhají další členové rodiny. Výsledky ukazují, že většina rodinných příslušníků přijímá pomoc od svých sourozenců. Pak se objevovala odpověď, že s péčí o blízkého pomáhají polovičky pečujících, dále jsou to rodiče pečujících, a také vnoučata. Posledním cílem bylo zjistit, jestli došlo k izolaci rodinných příslušníků od společnosti kvůli péči. K izolaci od společnosti došlo ale jen z části u třech probandů (RP1, RP9, RP10). Z toho většina uvedla, že nemají pocit izolace od společnosti kvůli poskytované péči. Zabývali jsme se také tím, jak přijali rodinní příslušníci onemocnění blízkého. Zjistili jsme, že většina vnímá situaci jako osud. Objevila se i odpověď, že dva pečovatelé berou toto onemocnění blízkého spíše negativně, z toho pak sedm rodinných příslušníků uvedlo štěstí, že tato nemoc neměla horší dopad na jedince i na celou rodinu. Jako poslední jsme se zajímali o to, jakým způsobem rodinní příslušníci motivují svého blízkého. U většiny

se objevovala odpověď, že blízkého motivují hlavně díky svým dalším příbuzným. Dále pak aktivitami, které pacienti dělali dříve, domácími mazlíčky nebo také díky svým vnoučatům. Výsledky bakalářské práce potvrdily, že je úloha rodinných příslušníků v péči o pacienta po cévní mozkové náročná. Pro poskytování kvalitní péče je nutné mít dostatek informací a pravidelně se vzdělávat. Poznatky a výsledky z výzkumného šetření mohou být použity jako edukační materiál pro objasnění role rodinných příslušníků v péči o pacienta po CMP v domácím prostředí. Zároveň může posloužit dalším rodinám, kteří pečují o pacienta po CMP. Tato problematika ohledně domácí péče o pacienty po CMP je stále aktuální, ovlivňuje fyzický i psychický stav pečovatele i nemocných, a proto by měla být známá jak odborníkům, tak i laické veřejnosti.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z., 2011. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén. 352 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2021. *General Awareness of Stroke in the Czech Republic*. Cent Eur J Public Health; 29 (3): 230-235. DOI: 10.21101/cejph.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví* [online]. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. [cit. 2023-07-29]. 188 s. ISBN 978-80-247-6289-0.
4. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
5. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
6. BYDŽOVSKÝ, J. et al., 2011. *Předlékařská první pomoc: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). 120 s. ISBN 978-80-247-2334-1.
7. ČELEDOVÁ, L., 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
8. DĄBROWSKÁ, M. et al., 2021. dopad cévní mozkové příhody na soběstačnost a kvalitu života pacientů (studentský příspěvek). Profese online, 14(1), 102-110. doi: 10.5507/pol.2021.011.
9. DOSBABA, F. et al., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
10. DOW, M. et al., 2018. *100 otázek a odpovědí, jak se uzdravit po mozkové mrtvici: rady pro všechny, kteří bojují za své vlastní uzdravení nebo uzdravení někoho blízkého*. Brno: BizBooks. 256 s. ISBN 978-80-265-0778-9.

11. EWING, G., GRANDE, G. et al., 2013. *Development of a Career Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: A qualitative study. Palliative Medicine*, vol. 27, issue 3, p. 244–256. ISSN 1477-030.
12. FADRŇÁ, T. et al., 2017. *Quality of Life in Self-sufficient Patients after Stroke. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 80/113(3), 323-327. ISSN 12107859. Dostupné z: doi: 10.14735/amcsnn2017csnn.eu1
13. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta* [online]. Praha: Grada Publishing. [cit. 2023-07-29]. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
14. HELTTY H., 2022. *Patient, Family, and Peer Engagement in Nursing Care as an Effort to Improve the Functional Independence of Post-stroke Urinary Incontinence Patients: A Cross-Sectional Study. Cureus*. Jul 7;14(7): e26649. doi: 10.7759/cureus.26649. PMID: 35949768; PMCID: PMC9357258.
15. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
16. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
17. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
18. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
19. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
20. KELNAROVÁ, J. et al., 2013. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-4200-7.
21. KNIEPMANN, K., 2014. *Family Caregiving for Husbands with Stroke: An Occupational Perspective on Leisure in the Stress Process. OTJR: Occupation,*

- Participation and Health*. 34(3), 131-140. ISSN 1539-4492. Dostupné z: doi:10.3928/15394492-20140325-01
22. KOLEGAROVÁ, V. et al., 2011. *Rating the defining characteristics of the nursing diagnosis caregiver role strain*. 2(4), 282-287 s. ISSN 1804-2740.
23. KOVÁŘOVÁ, I. et al., 2018. *Cévní mozková příhoda: Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny*. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 25(3), 126-130 s. ISSN 1211-2658.
24. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie* [online]. Praha: Grada. [cit. 2023-07-29]. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
25. KUO YW, Y., 2015. *Effect of family caregiver oral care training on stroke survivor oral and respiratory health in Taiwan: a randomised controlled trial*. *Community Dent Health*. Sep;32(3):137-42. PMID: 26513847.
26. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
27. LE DANSEUR M., 2020. *Stroke Rehabilitation*. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020 Mar;32(1):97-108. doi: 10.1016/j.cnc.2019.11.004. Epub 2019 Dec 24. PMID: 32014164.
28. MEIER, D.E. et al., 2010. *Palliative care: transforming the care of serious illness*. San Francisco: Jossey-Bass. 452 p. ISBN 04-705-2717-X.
29. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
30. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
31. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2019. *První pomoc pro pomáhající profese. 1.* Praha: Martina Muknšnáblová. 207 s. ISBN 978-80-270-6269-0.
32. MZ ČR (2020). *Koncepce domácí péče*. [online] [cit.2023-07-29]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>

33. PALMER, S. et al., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. 224 s. ISBN 978-80-262-0348-3.
34. PENKA, M. et al., 2014. *Krvácení*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-0689-4.
35. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-271-8.
36. SEIDL, Z. et al., 2014. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada. 532 s. ISBN 978-80-247-4546-6.
37. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
38. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
39. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: [učebnice pro lékařské fakulty]. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.4
40. SLEZÁKOVÁ, L., 2006. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty [online]*. Praha: Grada. [cit. 2023-07-28]. 196 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
41. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii: [učebnice pro lékařské fakulty]. 7. vyd.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
42. ŠEBLOVÁ, J. et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing. 476 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
43. ŠEDOVI, L. et al., 2023. *Komplexní prevence a interdisciplinární péče o jedince s cévní mozkovou příhodou*. Praha: Galén. 138 s. ISBN 978-80-7492-658-7.
44. ŠVESTKOVÁ, O. et al., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.
45. VACKOVÁ, J., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2434-3.

46. VÁGNEROVÁ, T., 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.
47. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
48. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie* [online]. 3. aktualiz. vyd. Praha: Grada. [cit. 2023-07-29]. Psyché (Grada). 288 s. ISBN 80-247-0253-3.

8 Seznam tabulek

Tabulka 1 Identifikační údaje rodinných příslušníků..... 32

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů po CMP..... 35

9 Seznam příloh

Příloha č.1: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru s rodinnými příslušníky a identifikační údaje rodinných příslušníků a pacientů

Příloha č.2: Informační brožura

10 Přílohy

Příloha č.1: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru s rodinnými příslušníky a identifikační údaje rodinných příslušníků a pacientů

Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru:

- 1) Koho z vašich blízkých postihla CMP?
- 2) Máte nějaké informace o cévní mozkové příhodě? Jaké?
- 3) Znáte příznaky CMP?
- 4) Znáte rizikové faktory CMP?
- 5) Jaké znalosti máte o poskytování péče vašeho blízkého?
- 6) Jaké máte zkušenosti s péčí o vašeho blízkého a co vše u něho provádíte?
- 7) Museli jste udělat nějaké úpravy v bytě/domě kvůli svému blízkému?
- 8) Využíváte služby agentury domácí péče? Pokud ano, kde jste se dozvěděli o možnosti domácí péče?
- 9) Jste spokojeni se službami agentury domácí péče?
- 10) Máte nějaké zdravotní potíže spojené s péčí o blízkého?
- 11) Jak ovlivnila cévní mozková příhoda nemocného a vaši rodinu?
- 12) Změnily se vztahy mezi rodinou a pacientem?
- 13) Pomáhá vám s péčí někdo z rodiny nebo je vše jen na vás?
- 14) Kdo vám nejvíce pomáhá s péčí o nemocného?
- 15) Došlo u vás k izolaci od společnosti kvůli péči?
- 16) Měl/a jste problém přijmout onemocnění vašeho blízkého?
- 17) Jakým způsobem motivujete svého blízkého k sebebpečí?

Identifikační údaje rodinných příslušníků

- 1) Pohlaví
- 2) Věk
- 3) Nejvyšší dosažené vzdělání
- 4) Zaměstnání
- 5) Blízký po CMP

Identifikační údaje pacientů

- 1) Pohlaví
- 2) Věk
- 3) Měsíc vzniku CMP
- 4) Následky CMP

Zdroj: *Vlastní výzkum, 2023*

CMP

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

CMP "mrtvice" je náhlá porucha krevního oběhu mozku, především vede k nevratnému poškození mozkové tkáně to může znamenat:

- 1 zúžení krevní cévy a zastavení průtoku krve
 - kyslík a živiny nemohou doputovat do určitých částí mozku
- 2
- 3 prasknutí krevní cévy
 - krev zaplaví mozek a poškodí jej
- 4

ČAS JE MOZEK
když čas hraje roli aneb

POMOC PŘI PODEZŘENÍ NA CMP, CO DĚLAT?  **VOLEJTE 155**

Nejdůležitějším faktorem je čas. Včasné rozpoznání příznaků je jedním ze způsobů, jak předejít vážným následkům. Pokud je zaznamenáte, **IHNED PŘIVOLEJTE POMOC!**

PŘÍZNAKY CMP

- silná bolest hlavy
- potíže s mluvením
- ochrnutí poloviny obličeje nebo končetiny
- skleslý ústní koutek
- porucha rovnováhy
- náhlé potíže s viděním



JAK VŮBEC VZNIKÁ?

Mrtvice se podle mechanismu vzniku dělí na ischemickou a hemoragickou.

Ischemická CMP (nedokrvení mozku)

- vzniká kvůli ucpání mozkové tepny, které způsobí snížení nebo zastavení přítoku krve do mozku.

Hemoragická CMP (krvácení do mozku)

- je zapříčiněno prasknutím mozkové tepny a tím způsobí buď akutní krvácení do mozku nebo mezi obaly mozku.

MŮŽE SE JEDNAT JEN O TRANZITORNÍ ISCHEMICKOU ATAKU (TIA), KTERÁ MÁ PODOBNÉ PŘÍZNAKY JAKO CMP, JEN TRVÁ KRATŠÍ DOBU A DO 24 HODIN SE ZCELA SPRAVÍ.

JAKÉ JSOU RIZIKOVÉ FAKTORY?

OVLIVNITELNÉ

- vysoký krevní tlak
- onemocnění srdce
- cukrovka
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi

NEOVLIVNITELNÉ

- vyšší věk
- dědičná onemocnění

JAK JÍ LZE PŘEDEJÍT?

- pravidelný pohyb
- zdravá strava
- omezení alkoholu
- žádné kouření
- udržování správné tělesné hmotnosti
- pravidelné návštěvy u lékaře

metoda **FAST**

Rozpoznání příznaků lze pomocí metody FAST.

FACE (obličej) - člověk se nedokáže pořádně usmát. Je vidět pokleslý ústní koutek nebo oční víčko.

ARM (paže) - člověk nedokáže udržet obě paže ve stejné výšce v předpažení.

SPEECH (řeč) - člověk neodpovídá zřetelně, odpovídá nesrozumitelně.

TIME (čas) - pokud zaznamenáte aspoň jeden z těchto příznaků, **IHNED VOLEJTE 155!**

+ Domácí péče

Nejste v tom sami

- Nebojte se požádat o pomoc.
- Při péči o vaše blízké u vás může dojít k pocitu vyčerpání.
- Váš čas a energie však nejsou neomezené.
- Usnadnit si práci s péčí o blízkého můžete tím, že se o péči s někým podělíte.
- Spojte se i s jinými pečovateli. Vyhledejte podpůrnou skupinu pečovatelů a setkejte se s nimi.
- Můžete od nich získat spoustu užitečných tipů v péči o blízkého.
- Jedna z organizací, na kterou se můžete obrátit je **Sdružení CMP**, kde se věnují pacientům po CMP i rodinným příslušníkům.



NA KOHO SE MOHU DÁLE OBRÁTIT S POMOCÍ?

- lékař
- zdravotní sestra
- nutriční terapeut
- ergoterapeut
- fyzioterapeut
- rehabilitační lékař
- psycholog
- logoped
- sociální pracovník

KDO SE VĚNUJE REHABILITACI?

- **KLINIKA REHABILITAČNÍHO LÉKAŘSTVÍ**
- **CEREBRUM** - Sdružení osob se získaným poškozením mozku a jejich rodin, z.s.
- **ERGO Aktiv**, o.p.s.
- **Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách**
- **ASISTENCE**, o.p.s.

S léčbou na nic nečekáme...

Po zavolání 155 se pacienta snažíme uklidnit a udržet ve stabilizovaném stavu (uvolnit oděv, otevřít okna). Léčba by měla být zahájena nejlépe do 4,5 hodin od vzniku příznaků.



JAK PŘIZPŮSOBIT DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ?

BEZPEČNOST - odstranění kobereců, prahů, a předmětů, o které by se dalo zakopnout, připevnění madel a další opatření

DOSTUPNOST - instalace zábradlí, uspořádání nábytku a věcí pro lepší dosah

Pořízení kompenzačních pomůcek

- k chůzi, osobní hygieně...

s péčí Vám může pomoci i agentura domácí péče

zdroje:
1.KOVÁŘOVÁ, I. et al., 2018. Cévní mozková příhoda: Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 25(3), 126-130 s. ISSN 1211-2658.
2.DOMÁCÍ PÉČE O PACIENTA PO CMP, 2015 [online]. Produkt Centra pro rehabilitační studie, Univerzita Stellenbosch. [cit. 2023-08-2] Dostupné z: <https://www.nemocnicepribram.cz/data/372.pdf>

Zdroj: *Vlastní výzkum, 2023*

11 Seznam použitých zkratek

Atd. – a tak dále

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

CVA – cerebrovascular accident

DK – dolní končetina

EEG – elektroencefalograf

EKG – elektrokardiograf

FW – sedimentace

HK – horní končetina

i.v. - intravenózní, nitrožilní

KO – krevní obraz

MR – magnetická rezonance

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. – například

P – pacient

PET – pozitronová emisní tomografie

RP – rodinný příslušník

RTG – rentgen

SpO₂ – saturace kyslíku v krvi

ZZS – zdravotnická záchranná služba