



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

# Užití teorie deficitu sebepéče klienta CMP

Vypracoval: Bc. Martina Paulíková

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2015

## **Abstrakt**

### Teoretická východiska

Cévní mozková příhoda patří mezi cévní onemocnění mozku, které u téměř poloviny pacientů způsobuje různě závažnou invaliditu a poruchu soběstačnosti. Ošetřovatelsví se zaměřuje na respektování individuality každého jedince, na podporu, navrácení a upevňování zdraví, podporuje soběstačnost a vyhledává potřeby nemocného. Konceptní model D. E. Oremové předpokládá, že člověk má schopnost sám o sebe pečovat. Pokud jen částečně, nebo vůbec není schopen sebezpečí, pak je nutné tento deficit zajistit ošetřovatelskou péčí.

### Cíle práce

Prvním cílem bylo zjistit možnosti nápravy deficitu sebezpečí u pacientů po cévní mozkové příhodě. Druhým cílem bylo zjistit, zda prostředí, ve kterém pacient žije, má vliv na rozvoj sebezpečí.

### Výzkumné otázky

V1: Je domácí prostředí stimulem k rychlejšímu návratu sebezpečí pacientů po cévní mozkové příhodě?

V2: Vnímá respondent problematiku svého postižení stejně jako jeho okolí?

V3: Je pro pacienta přínosnější vykonávání sebezpečí s deficitem, nebo perfektní provedení činnosti jeho okolím?

V4: Vnímá pacient následnou léčbu (rehabilitace, ergoterapie) jako rychlejší způsob návratu sebezpečí?

### Metodika

Výzkumná část diplomové práce byla realizována kvalitativním šetřením, které bylo prováděno individuálním polostrukturovaným rozhovorem ve dvou skupinách respondentů, jednu skupinu tvořili pacienti po cévní mozkové příhodě a druhou skupinu pečující osoby. Bylo osloveno 8 pacientů respondentů, 4 mužského pohlaví a 4 ženského pohlaví, a výzkum probíhal ve třech setkáních vždy v časovém rozmezí čtyř až šesti týdnů. Získané informace byly zpracovány metodou otevřeného

kódování, analytickou indukci a zpracovány technikou vyložení karet a narativní analýzou.

## Výsledky

Pomocí dat získaných z rozhovorů od respondentů bylo možné odpovědět na výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, zda domácí prostředí stimuluje pacienta po cévní mozkové příhodě k rychlejšímu návratu sebeobsluhy. Z rozhovorů a z objektivního hodnocení výsledků testů bylo zjištěno, že domácí prostředí zlepšilo celkový stav a návrat sebepečce byl rychlejší. Ačkoli následná péče poskytovala dostatek ošetrovatelské a rehabilitační péče, pro pacienty byla velice důležitá i psychická stimulace, kterou poskytovalo právě domácí prostředí. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na to, zda respondent vnímá své postižení stejně jako ho vnímá jeho okolí. Z rozhovorů vyplynulo, že většinou pacient vnímal svůj zdravotní stav a následné postižení lépe než jeho okolí. Třetí výzkumná otázka zjišťovala, zda je pro pacienta přínosnější vykonávat sebepečci s deficitem, nebo zda je přínosnější perfektní provedení činností jeho okolím. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že přínosnější byl nácvik sebeobslužných činností s chybami, které podporovaly zkoušení, a tím opakování a upevňování činností. Většina respondentů dokonce pomoc okolí odmítala. Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na postoj pacienta k následné léčbě, rehabilitaci, ergoterapii jako ke způsobu rychlejšího návratu sebepečce. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti si neuvědomovali význam následné péče, protože ji považovali za běžnou součást léčby. Přesto pro ně zvýšená fyzioterapie znamenala rychlejší úpravu soběstačnosti.

## Závěr

V diplomové práci je zpracován časový vývoj soběstačnosti pacientů po cévní mozkové příhodě a také postoje pečujících osob. Výsledky jsou zpracovány do myšlenkové mapy, kterou je možné použít k podpoře sebepečce pacientů po cévní mozkové příhodě ošetrovatelským personálem, nebo i laickými pečovateli při domácím ošetřování.

## **Abstract**

### Theory

Stroke, a cerebrovascular disease, causes severe disability and failure of self-sufficiency for nearly of half of the patients. Nursing focuses on respecting the individuality of each patient, supports the return and consolidation of a good health, promotes self-sufficiency and searches for the needs of the patient. Conceptual model of D. E. Orem assumes the ability of each human to take care of self. Although partially, or not capable of self-care at all, it is necessary to fill up the deficit by nursing care.

### Objectives

The first objective was to state the options to how to fill up the deficit of self-care by patient after stroke. The second objective was to determine, whether the patient's living environment has an impact the development of self-care.

### Research questions

Q1: Does the home environment stimulate the acceleration of the return of self-care ability by patients after a stroke?

Q2 : Does the respondent perceive the issue of own disability equally as the surrounding?

Q3 : Is it more beneficial for the patient to perform self-care with deficiency, or to receive perfect execution of it by others?

Q4 : Does the patient perceive the subsequent therapy (physiotherapy, occupational therapy) as a faster way to return to sufficient self-care?

The research part of the thesis was carried out by a qualitative survey, conducted as a individual semi-structured thematic interviews with respondents divided into two groups. One group consisted of patients after a stroke and a second group of caregivers. Total of 8 patients, 4 males and 4 females, were interviewed. The research was completed in three sessions, each at intervals of four to six weeks. The information received were processed by open coding method, analytical induction development of technology showdown and narrative analysis.

## Results

Using data received from interviews with respondents it was possible to answer all the research questions. The first research question examined was, whether the home environment stimulates the acceleration of the return of self-care ability by patients after a stroke. According to interviews and objective evaluation, the domestic environment has improved overall condition and faster return to individual self-care. Although, aftercare provided enough nursing and rehabilitative care, patient very much appreciated mental stimulation given by the home environment. The second research question focused on whether the respondent perceives own disability equally as the surrounding. The interviews showed most of the patients perceive their health and subsequent disabilities better than its surroundings. The third research question examined whether it is more beneficial for the patient to perform self-care with deficiency, or to receive perfect execution of it by others. The results indicated more benefits by performing own self-care, even with mistakes that encourage practising, thereby repeating and consolidating manners. Most of the respondents refused any help. The fourth research question focused on patient's perception of the subsequent therapy (physiotherapy, occupational therapy) as a faster way to return to sufficient self-care. The interviews showed that the respondents did not realize the importance of aftercare, considered it to be routine and as a part of the treatment. Yet, increased physiotherapy activities results into a quicker adjustment of self-sufficiency.

## Conclusion

The temporal evolution of self-sufficiency of patients after a stroke and the attitudes of caregivers are described in this thesis. The results are presented in a form of mental map. This might be used by the patients after stroke, nursing staff or official home caregivers and informal caregivers, as well.

## **Seznam použitých zkratk**

CMP- cévní mozková příhoda

Např. - například

GCS- Glasgow Coma Scale

Tj. - to je

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne 22. 7. 2015

.....

Bc. Martina Paulíková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní profesorce PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., za její cenné rady, odborné vedení, trpělivost a vstřícnost při vedení diplomové práce. Děkuji své rodině a svým kolegům za trpělivost a laskavou pomoc. Děkuji také všem respondentům a jejich pečujícím, kteří byli součástí výzkumné části práce, díky kterým tato práce mohla vzniknout.



# Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Úvod</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>2 Současný stav</b> .....   | <b>12</b> |
| 2.1 Ošetrovatelství .....  | 13        |
| 2.1.1 Definice a rysy ošetrovatelství.....   | 13        |
| 2.1.2 Cíle ošetrovatelství .....   | 15        |
| 2.1.3 Potřeby člověka .....  | 15        |
| 2.1.4 Moderní ošetrovatelství- Koncepční modely .....                                  | 18        |
| 2.1.5 Model Oremové .....  | 21        |
| 2.1.5.1 Vznik modelu a autorka .....   | 22        |
| 2.1.5.2 Hlavní zásady modelu .....   | 22        |
| 2.1.5.3 Možnosti využití modelu .....  | 25        |
| 2.2 Cévní mozková příhoda.....   | 26        |
| 2.2.1 Příčiny vzniku CMP .....   | 27        |
| 2.2.2 Příznaky CMP .....   | 29        |
| 2.2.3 První pomoc u pacienta s CMP .....   | 30        |
| 2.2.4 Léčba CMP .....  | 31        |
| 2.2.5 Zvláštnosti ošetrovatelské péče u pacienta s CMP .....                           | 32        |
| 2.2.6 Komplikace CMP- zdravotní, sociální, ekonomické,<br>poruchy soběstačnosti .....  | 36        |
| 2.2.7 Následná péče pro pacienty s CMP- hospitalizační,<br>sociální, domácí péče ..... | 37        |
| <b>3 Cíl práce, hypotézy, výzkumné otázky</b> .....                                    | <b>40</b> |
| 3.1 Cíle a výzkumné otázky .....   | 40        |
| 3.2 Operacionalizace pojmů .....   | 40        |
| <b>4 Metodika</b> .....  | <b>41</b> |
| 4.1 Použitá metoda .....   | 41        |
| 4.2 Charakteristika výzkumného souboru .....   | 41        |
| 4.3 Realizace výzkumu .....  | 42        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>5 Výsledky</b> .....   | <b>44</b>  |
| 5.1 Rozhovory s respondenty .....                                     | 44         |
| 5.2 Kategorizované oblasti .....                                      | 108        |
| 5.2.1. Kategorie výsledků rozhovorů z prvního setkání .....           | 108        |
| 5.2.2. Kategorie výsledků rozhovorů z druhého a třetího setkání ..... | 111        |
| 5.2.3. Kategorie výsledků rozhovorů s pečující osobou .....           | 114        |
| <b>6 Diskuze</b> .....  | <b>116</b> |
| <b>7 Závěr</b> .....  | <b>126</b> |
| <b>8 Seznam informačních zdrojů</b> .....                             | <b>129</b> |
| <b>9 Přílohy</b> .....  | <b>137</b> |

# 1 Úvod

Cévní mozková příhoda je neurologické onemocnění, které často pacienta invalidizuje a způsobuje mu tím deficit v sebeděči. Následky mohou v různé intenzitě zahrnovat postižení pohyblivosti, vyjadřování, smyslů a kognice. Rozsah postižení závisí na lokalizaci ischemického uzávěru nebo hemoragického poškození v mozkové tkáni. Porucha soběstačnosti se vyskytuje až u 40 % pacientů s cévní mozkovou příhodou, kteří se stávají částečně, nebo úplně závislými na pomoci ostatních.

Moderní ošetrovatelství se zaměřuje na vyhledávání potřeb pacienta, které souvisí s kvalitou života. Konceptní modely se snaží zlepšovat péči o pacienty, protože odráží praktické zkušenosti jejich tvůrců. Konceptní model D. E. Oremové je nazýván Teorie deficitu sebeděče a hledá odpověď na otázku, proč člověk potřebuje sestru. Ošetrovatelská péče nastupuje v okamžiku, kdy pacient není schopný se o sebe částečně, nebo úplně postarat. Každý způsob ošetrovatelského zásahu by měl podporovat zbylé schopnosti pacienta tak, aby návrat a obnovení sebeděče bylo co nejrychlejší.

Důvodem výběru tohoto tématu bylo hledat možnosti nápravy deficitu sebeděče u pacientů po cévní mozkové příhodě, zjistit vliv prostředí, ve kterém je péče pacientovi poskytována na rychlost návratu sebeděče, a dozvědět se názor pacientů na poskytovanou péči, její přínos, nebo úskalí, protože téma nápravy deficitu sebeděče je důležité z pohledu pacienta i z pohledu pečujících osob. Výzkumnou část tvoří kvalitativní zhodnocení rozhovorů s respondenty a jejich pečujícími, data jsou objektivně podložena hodnocením nejčastějších testovacích škál schopnosti sebeděče pacientů. Dále měla být zjištěna možnost nápravy deficitu sebeděče s využitím modelu D. E. Oremové, který se právě na teorii deficitu sebeděče zaměřuje.

## 2 Současný stav

Cévní mozkové příhody (CMP) patří mezi cévní onemocnění a v České republice představují 36% příčin všech úmrtí, čímž jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí vůbec (1) po nemocech srdečních a nádorových (2). Ze skupiny kardiovaskulárních onemocnění tvoří druhou nejčastější příčinu úmrtí (3) a patří mezi urgentní stavy (1). Počet onemocnění se ve vyspělých zemích pohybuje okolo 150 případů na 100 000 tisíc obyvatel (2), a ačkoli počet zemřelých na CMP ve světě výrazně klesá, v České republice je tento počet stále vyšší než v ostatních rozvinutých zemích (1,3).

Jak Bruthans (3) uvádí, podle studií před několika lety až u 40 % pacientů po CMP se vyskytovala porucha soběstačnosti a byli částečně, nebo úplně odkázáni na pomoc ostatních, Fiksa (2) tvrdí, že téměř polovina pacientů, kteří přežijí, je invalidních. U těchto pacientů často stoupá potřeba ústavní a pečovatelské služby, rodina není často schopna finančně, odborně nebo sociálně péči zajistit, protože péče o pacienty po cévní mozkové příhodě vyžaduje trpělivost, čas, kvalitní a dostatečnou ošetrovatelskou péči.

Ošetrovatelská péče byla zhruba do poloviny 19. století poskytována převážně podle tradic, zkušeností a intuitivního chování a k rozvoji teorie ošetrovatelství dochází v polovině 20. století formováním modelů v ošetrovatelství, které jsou založeny na vědomostech, zkušenostech a filozofických názorech autorek (4). Podle Trachtové (5) se ošetrovatelství orientuje na potřeby pacientů a na vnímání celistvosti člověka. 21. století je nazýváno érou využívání teorií, kdy sestry při své práci používají filozofie, teorie a modely ošetrovatelství. Dále dochází k rozvoji ošetrovatelské praxe založené na teorii Theory Based Nursing Practise, čímž dochází k dalšímu utváření ošetrovatelské profese, přetváří se a rozvíjí vzdělávání v ošetrovatelství, kdy se zejména studijní programy Ph.D. zabývají analýzou, syntézou a rozvojem teorie ošetrovatelství (6).

## 2.1 Ošetrovatelství

„Ošetrovatelství je láska k lidem, moudrost a pomoc“ (7, s. 13). Ošetrovatelství je pečování, morální záväzek, oddanosť jiným, snaha o udržení a zlepšenie života (8). Je to vední obor zabývajúci sa péčou o človeka, má vlastný teoretický základ, ktorý využíva poznatky z prírodovedných, humanitných a spoločenských vied, poskytuje teoretické znalosti pro využití v praxi pomocí ošetrovateľského procesu (9), dochází k jeho neustálému rozširovaniu a chápaniu, a zpeťnou väzbou praktické zkušenosť rozvíjajú znalosti v ošetrovatelství, a tým podporujú vedeckosť (10). Pokud by však nebylo ošetrovatelství dále rozvíjeno na vedeckém základe, hrozil by jeho zánik (11). Obor se rozvíjí zejména v oblastech prevence, výchovné péče, diagnostiky a léčby. V ošetrovatelství rozlišujeme základní obory, mezi které řadíme teorii ošetrovatelství, dějiny ošetrovatelství a metodologii ošetrovatelství, a aplikované obory, jako je např. ošetrovatelství interní, chirurgické, gynekologicko-porodnické, rehabilitační (9).

Ošetrovatelství dôslednou realizácií postupů plní potreby pacienta, ale holistickým chápaním individuality každého jedinca hľadá spôsoby spoločne s ním, a tým sa snaží nájsť jeho špecifickú kvalitu života, ktorá sa mení podľa okolností, času a situácií (12). Holismus podle Smutse předpokládá, že človek reaguje ne jako součet jeho částí, ale jako celek, a jeho reakce mohou být rozdílné ve srovnání s ostatními lidmi (8). Pacient však nemusí být jediným, byť tradičním příjemcem ošetrovateľské péče, patrí sem také klient, ktorý sice prijíma ošetrovateľské rady a péču, ale často nebýva nemocný (13).

### 2.1.1 Definice a rysy ošetrovatelství

Jedna z definic ošetrovatelství zformulovaná Archalousovou (9) a Plevovou (7) říká, že ošetrovatelství aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické, sociální a duchovní potreby v péči o nemocného i zdravého človeka. Plevová (7) dodává, že se zaměřuje na udržení, podporu a navrácení zdraví, na rozvoj soběstačnosti, na zmírnění

utrpení nevyлéčitelně nemocného a na zajištění klidného umírání a smrti. Zásadním rysem ošetrovatelství je pomáhat jednotlivci, rodinám a skupinám k samostatnému uspokojování potřeb, podporovat seбepéči pacientů, edukovat rodiny a okolí o poskytování laické ošetrovatelské péče, nemocným, kteří se nemohou, nechtějí nebo neumějí o sebe starat, pečovat, zajišťovat ošetrovatelskou péči na profesionální úrovni. Ošetrovatelství podporuje a udržuje zdraví, působí preventivně, plánuje a poskytuje péči v době nemoci a rehabilitace s ohledem na všechny potřeby pacienta (9).

Aby ošetrovatelství bylo schopné těchto zásad dosáhnout, je nutné poskytovat péči aktivně, individualizovaně, komplexně, podle vědeckých poznatků a v ošetrovatelském týmu. Ošetrovatelská péče však má i preventivní charakter - a to primární, sekundární nebo terciární (14). Primární prevence klade důraz na předcházení vzniku nemoci, sekundární se snaží zabránit zhoršování soběstačnosti a hledá možnou pomoc okolí a terciární snižuje rizika komplikací při již vzniklém onemocnění (13).

Předmětem zkoumání v ošetrovatelství, tzv. metaparadigma, jsou vzájemné vztahy mezi čtyřmi, navzájem se různě ovlivňujícími jevy, mezi které řadíme: člověka, zdraví, prostředí a ošetrovatelskou činnost (7). Za slovem „člověk“ můžeme hledat jednotlivce, rodinu, skupinu, komunitu nebo společnost, je to ten, kdo přijímá ošetrovatelskou péči. Ve slově „zdraví“ se skrývá stav blaha, pohody a neznamená jen nepřítomnost nemoci (4). Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace definováno také jako stav tělesné, duševní a sociální pohody, který je ovlivněn vzájemnými vlivy organismu a prostředí, a jako stav, který umožňuje organismu uspokojovat potřeby a vyrovnávat se se změnami prostředí (13). Zdraví lze však definovat také z pohledu sociologie jako možnost žít aktivní a plnohodnotný život podle představ každého člověka, z pohledu psychologie je zdraví vnímáno jako stav klidu, pohody a vyrovnaného vztahu se společností, ve které jedinec žije. Pojem veřejné zdraví znamená takový stav obyvatelstva, který je určen souladem podmínek životních, pracovních a přírodních. Obecně lze říct, že každý, kdo subjektivně cítí odchylku od pocitu zdraví, je nemocný (15). „Prostředí“, které má vliv na ošetrování, může být vnější a vnitřní, ale řadíme sem i okolnosti pečování. „Ošetrovatelskou péči“ vykonává ošetroující personál společně s příjemcem péče nebo samostatně tak, aby vedla k uspokojování potřeb pacienta (4).

Plevová (7) uvádí, že je to péče poskytovaná ošetrovatelským personálem ve spolupráci s nemocným, lékaři a dalšími odbornými a zdravotnickými pracovníky.

### *2.1.2 Cíle ošetrovatelství*

Hlavním cílem ošetrovatelství je uspokojování individuálních potřeb člověka, které mají podpořit, udržet, navrátit a upevnit zdraví, zmírnit utrpení, fyzickou nebo psychickou bolest v průběhu nemoci a umírání, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt, ale je zaměřeno i na pomoc rodinným příslušníkům a pozůstalým (7). Ošetrovatelství má za cíl hledat cestu k dosažení zdraví a pohody jednotlivcům, skupinám a rodinám, podporovat péči o vlastní zdraví, o sebe sama, zaměřuje se na prevenci nemocí a komplikací, snižuje negativní dopad onemocnění a snaží se do péče o nemocného zapojit celou rodinu (15), Staňková do cílů ošetrovatelství zahrnuje podporu soběstačnosti, zajištění ordinací lékaře a hledání potřeb nemocných osob (14).

Aktivní ošetrovatelská péče je předpokladem úspěšné aplikace ošetrovatelství do praxe, jelikož znamená sestřino samostatné rozhodnutí podle sledování a zhodnocení pacientova stavu a potřeb, kdy sestra je vnitřně motivována a cítí potřebu zasáhnout v péči o pacientovo tělesné pohodlí či duševní pohodu (16) a kdy podle koncepce holismu je práce sestry s pacientem založena na zájmu, respektu a jejich vzájemném porozumění (17).

### *2.1.3 Potřeby člověka*

Podle Jarošové (13) vyjadřuje potřeba nutnost organismu vyhledávat vhodné podmínky pro život a také se nepříznivým vyhýbat, jak dále uvádí Trachtová (5), je to potřeba něčeho, projev nedostatku, fyzického nebo psychického, vztahuje se k něčemu v prostředí a mění se v průběhu života, má vliv na psychickou činnost člověka, a tím ovlivňuje jeho chování, což znamená, že uspokojení potřeby se tedy přenáší na úroveň

psychiky, a proto je uspokojována specificky každým jedincem. Potřeby můžeme rozdělit podle několika kritérií. Do první skupiny lze zařadit základní potřeby, kam řadíme např. potřebu kyslíku, vody, jídla, odpočinku, a do druhé skupiny patří potřeby vyšší, které tvoří hodnoty. Ty jsou velice individuální, zahrnují přání, touhy, ideály a přesvědčení (16), utváří vlastní osobnost (13). V psychologickém pohledu na holismus se objevuje rozdělení potřeb na biogenní- fyziologické a na skupinu potřeb psychogenních, sociogenních a psychologických, všechny potřeby však nelze jednoznačně zařadit do jednotlivých skupin (5). Potřeba bývá často spojena s nelibými pocity, které mohou být konkrétní (hlad, žízeň, strach), nebo se projevuje jako nespokojenost. Staňková (16) dále říká, že pokud nejsou uspokojené základní potřeby, nemohou být uspokojeny vyšší potřeby, jejichž kvalita ovlivňuje uspokojení základních potřeb.

Pro proces uspokojení potřeby je důležitá motivace, která vede k takové činnosti, která potřebu naplní. Dlouhodobé nespokojení potřeb z důvodu překážek, kterými může být i nemoc, vzniká frustrace, což je stav nelibosti, který negativně ovlivňuje vnímání i průběh nemoci (13). Uspokojování potřeb je velice individuální a rozdíly jsou, mimo jiné, ovlivněny obecnými faktory, kam patří pohlaví, věk, vlastnosti, fyzické dispozice, dále individuálními faktory- jako je výchova, vzdělání, faktory společenské, lze je tedy označit jako životní standard, a také patologickými jevy, kam můžeme zařadit například bolest, poruchu komunikace, horečku, šok (16). Jedním z úkolů ošetřovatelství je aktivně vyhledávat potřeby pacienta. Během nemoci dochází ke změnám v potřebách, které se mění v závislosti na druhu nemoci, ale i ke změně jejich vnímání a prožívání dané individualitou pacienta. Základní ošetřovatelská péče je zaměřena na uspokojování potřeb nemocného, tím ovlivňuje jejich prožívání, zlepšuje úspěšnost léčby a zvyšuje soběstačnost. Stanovení potřeb vychází nejčastěji z klasifikace potřeb podle Maslowova, kdy jsou potřeby seřazeny do pyramidového hierarchického tvaru (16), přesto si je každý pacient musí seřadit podle svých priorit. Někdy je možné uspokojit potřebu ihned, někdy je nutné postupovat od jedné potřeby k další (13).



Podle Maslowova tvoří základnu hierarchie fyziologické potřeby, které jsou nutné k přežití, a většinou se je snažíme splnit dříve, než jsou aktuální, protože v opačném případě se stávají dominantními a ovlivňují veškeré chování a jednání jedince. Další stupeň tvoří potřeba jistoty a bezpečí, do které patří bezpečí, důvěra, stabilita a řád, a stává se aktuální v situaci ztráty životní jistoty, což právě často období nemoci bývá. Třetí stupeň hierarchie tvoří potřeba lásky a sounáležitosti, náklonnosti, sociální integrace, která bývá vystupňována v osamocení a opuštění. Čtvrtý stupeň-potřeba uznání, ocenění, sebeúcty- vyjadřuje potřebu respektu a důvěry ostatních, nezávislosti na druhých a potřebu pozice, role ve skupině, a vystupuje u jedince, který ztratil sociální hodnotu. Pátý, poslední, vrcholový stupeň hierarchie tvoří potřeba seberealizace, kdy potřebujeme uplatnit své záměry, schopnosti, nacházíme uspokojení z práce a vychází z přesvědčení, že danou činnost vykonáváme dobře (5,18). Maslow také uvádí tzv. metapotřeby, které určují tendence seberealizace- potřeba poznání, rovnováhy, spontánnosti, individuality, smysluplnosti, které nejsou tak naléhavé a vyjadřují spíše možnosti než skutečnosti, vytváří touhu po vyšším druhu uspokojení a patří sem touha hledání smyslu života a víry (5).

Bártlová (19) potřeby nemocného dělí do tří skupin- potřeby neměnné, jsou to potřeby, které jsou stejné i u zdravého jedince a nesouvisí s nemocí- potřeba vzduchu, jídla, bezpečí, odpočinku, nicméně nemocný i v uspokojování těchto potřeb někdy bývá závislý na další osobě. Potřeby modifikované- potřeby změněné nemocí- dietní opatření, změna sociální role, pracovních schopností, prostředí, kdy uspokojování těchto potřeb stimuluje pacienty a odvrací pozornost od přílišného sebepozorování. Vzniklé potřeby jsou takové, které nemocí vznikly- aplikace léků, stomie, tyto potřeby jsou součástí léčby a ošetrovatelské péče.

Změny v uspokojování potřeb, ve smyslu obměny, narušení nebo znesnadnění, mohou být způsobeny nemocí, individualitou každého člověka, mezilidskými vztahy, vývojovým stádiem člověka a okolnostmi, za kterých nemoc vznikla. Sestra znalostí a pochopením potřeb dokáže lépe uspokojit své vlastní potřeby, dokáže lépe posoudit a hodnotit příčiny chování pacienta, může nemocného podporovat, uklidnit, pomoci mu zpět najít identitu a sebeúctu. Uspokojování základních potřeb je součástí aktivit

denního života a zdravý člověk je dokáže uspokojovat sám, je soběstačný, schopen sebezpěče, ale nemocný bývá částečně, nebo zcela odkázán na pomoc jiné osoby, kdy pomoc ostatních může být buď dočasná, nebo trvalá. Trachtová (5) sebezpečí definuje jako péči zajištěnou vlastními silami a stanovení schopnosti sebezpěče je výchozím bodem pro určení priorit ošetrovatelské péče. Soběstačnost a její stupně vyjadřují schopnost samostatného, nebo závislého vykonávání denních aktivit, proto je důležité správně stanovit úroveň soběstačnosti a sebezpěče, protože nesprávné ohodnocení schopností pacienta může vést ke komplikacím, často k rozvoji imobilizačního syndromu. Mezi způsoby pomoci patří laická ošetrovatelská péče, kdy o pacienta pečuje rodina, okolí, a která umožňuje člověku žít život v domácím prostředí. Profesionální péče bývá většinou institucionalizovaná a jejím základem jsou vědomosti, dovednosti a postoje kvalifikovaných sester (5).

Plnění potřeb však souvisí také s kvalitou života, ta bývá často vnímána jako hybná síla, která nutí člověka hledat změnu, něco lepšího. Kvalita života může být určena životními podmínkami, osobní spokojeností, ale také hodnotami života, je velice individuální a subjektivní a může být ovlivněna prostředím, uspokojováním potřeb a dostatkem informací. Kvalita se nerovná materiální blahobyti, je to zejména spokojenost s životem a jeho smyslem, s podmínkami, které může jedinec využívat a které si uvědomuje (12).

#### *2.1.4 Moderní ošetrovatelství - koncepční modely*

Moderní ošetrovatelství chápe zdraví a nemoc v jiných souvislostech než medicína, protože prožívání zdraví podle ošetrovatelství je ovlivněno hodnotami, individualitou a celistvostí těla a duše, považuje nemoc za součást života lidí. Vznik modelů ošetrovatelské péče podpořila snaha uchopit a pochopit potřeby pacientů, určit priority péče, plánovat a zdokonalovat činnosti vedoucí k uspokojení potřeb (20) a díky rozvoji teorie podporuje nezávislost sesterské profese, čímž ji odlišuje od ostatních ošetrovatelských pozic (21).

Model je něco, čemu se chceme přiblížit, je to obraz, který má ověřit určitou teorii, ale neměl by být dogmatem, měl by pouze vytvářet teoretickou základnu pro praxi, která by měla teoretické poznatky obohacovat, prohlubovat a měnit. Každý model odráží praktické zkušenosti, myšlení a sociální procesy svých tvůrců, tudíž nabízí různé vidění a chápání jevů. Většina ošetrovatelských modelů se snaží vystihnout zásady a cíle ošetrovatelství, kladou si za úkol obohatit praxi, zkvalitnit práci sester, a tím zlepšit péči o pacienty (20). Specifickou pozici však mají modely Kingové a Rogersové, protože vytváří rámec pro teoretické znalosti sester, neboť chápou znalosti jako nepostradatelný základ rozvoje ošetrovatelství jako vědy (21). Teorie v ošetrovatelství je více specifická, tvoří ji myšlenky tak, aby vysvětlila nějaký jev, je více konkrétní a měla by být empiricky ověřitelná. Teorie mohou být nerelační, nevyjadřují vztahy, relační, vztahové, propojují více koncepcí, vyjadřují souvislosti nebo vlivy mezi koncepcemi, a hypotetické, kde jsou předpoklady o spojení koncepcí a musí být měřitelné a zjištělné (4). Pokud spojíme v teoretické části přesnost pojmů s logikou, tak získáme předpoklady ošetrovatelských teorií (22).

Teorie mohou dále být popisné – hledají, popisují společné znaky jedinců, skupin nebo jevů- vznikají při popisném výzkumu, vysvětlující, které specifikují vztahy mezi jedinci, jevy, vznikají při korelačním výzkumu, predikční předpovídají vzájemné vztahy nebo rozdíly mezi jedinci nebo jevy a vznikají při experimentálním výzkumu. Teorie ošetrovatelství je dále možné dělit podle rozsahu na velké, střední a dílčí. Velké nejsou přesně určené, těžko se dokazují, hodnotí dosud existující poznatky a někdy bývají považovány za koncepční modely. Střední teorie mají omezený počet záměrů a jsou testovatelné praxí, v ošetrovatelství se s nimi setkáme nejčastěji. Dílčí teorie se zabývají úzkým rozsahem, jejich použití je velice omezené (4,9).

„Koncepční model poskytuje specifický rámec, ukazuje, co pozorovat, čeho si všimnout, o čem přemýšlet, jak se dívat na svět a která hlediska brát v úvahu, a tak pomáhá zkvalitnit práci sester“ (4, s. 22). Koncepční model je vlastně zformování abstraktních a všeobecných myšlenek a jejich sloučení do smysluplného vzájemného uspořádání, dává do souvislosti názory a jevy vlastní pro daný obor. V modelech

nacházíme filozofické směry, poznávání, praktické zkušenosti a výzkumné tradice jednotlivých autorů, koncepce nejsou omezené na jedince nebo na situaci, jsou obecné a nejsou konkretizované. Koncepční modely jsou kombinací logiky a myšlenkových shod, jsou důležitým krokem při formování vědeckosti oboru ošetrovatelství, které vychází z metaparadigmatu ošetrovatelství, spojuje je různými způsoby (4) a vytváří teoretickou linii oboru, kdy tvoří tzv. paradigma (9).

Každý ošetrovatelský model má tři základní části:

1) předpoklady- premisy, fakta- asumpce, jsou východiskem z teorie a u většiny modelů z praxe, jsou praxí ověřené nebo ověřitelné, u jednotlivých modelů se mohou lišit,

2) hodnotový systém- je základní myšlenkou a reflektuje filozofické smýšlení autora,

3) hlavní jednotky- jsou formované z faktů a hodnotového systému a tvoří sedmi bodovou strukturu:

- cíl ošetrovatelství- čeho se snaží model dosáhnout
- klient, nemocný, pacient- kdo je příjemce ošetrovatelské péče
- role sestry- co je úkolem sestry
- zdroj obtíží, potíží pacienta- co vyvolalo změnu potřeb, poruchu zdraví
- zaměření zásahu- zaměření ošetrovatelských intervencí
- způsoby zásahu- ujasnění způsobů a prostředků ošetrovatelské péče
- výsledky, důsledky- co očekáváme, smyslem je zejména zlepšení zdravotního stavu pacienta (4,9).

Uplatnění koncepčních modelů v ošetrovatelství je uskutečňováno prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Fáze ošetrovatelského procesu je nutné přizpůsobit určitému modelu, navazují na sebe a zahrnují:

- 1) sběr informací o problémech a potřebách pacienta
- 2) diagnostika- stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz
- 3) plánování- určení cílů a plánů ošetrovatelských intervencí
- 4) realizace- provedení intervencí, realizace není určena modelem
- 5) hodnocení- zda a jak bylo dosaženo cíle (4).

Ošetrovatelské modely a teorie mají za cíl získávat poznatky, které mohou zlepšovat ošetrovatelství, logicky uspořádat informace do systémů, navádět na ucelený sběr informací, poskytovat kritéria na hodnocení ošetrovatelské péče, rozvíjet studium ošetrovatelství, řídit výzkum a vědomosti v ošetrovatelství a odhalovat nedostatky ve vědomostech (23).

#### *2.1.5 Koncepční model Dorothy Elisabeth Oremové*

Koncepční modely a teorie se liší podle chápání a vztahů metaparadigmat ošetrovatelství a je možné je rozdělit podle toho, zda pacient vykonává péči aktivní a ošetrovatelská péče je pasivní- model konzumní, zda pacient je příjemce pasivní, a je mu poskytována aktivní ošetrovatelská péče- tradiční model, anebo dochází k rovnováze přijímání a poskytování péče- model transformační (8). Jsou vzorem, napomáhají, jak hodnotit informace získané od pacienta, jak naplánovat péči a podle čeho zhodnotit její úspěšnost. Koncepční modely je dále možné rozdělit na širší a užší kategorizace (4,9).

Koncepční model Dorothy Elisabeth Oremové je nazýván Teorie deficitu sebepéče a patří mezi modely humanistické, vývojové a modely a teorie substituce. Není zcela jednoznačně modelem, je spíše konceptuálním rámcem tří teorií – teorie sebepéče, deficitu sebepéče a teorie ošetrovatelských systémů (7) a snaží se odpovědět na otázku, proč člověk potřebuje sestru (10). Konceptuální model byl první, vyjádření teorie ošetrovatelství následovalo jako druhé (24). Základní myšlenka humanistických modelů je respekt k lidským právům, lidskosti nejen pacienta, ale i jeho blízkých, zabývá se všemi fakty o pacientovi- myšlením, pocity, zkušenostmi, chováním a fyzickou stránkou. Typické pro tento model jsou lítost, empatie, soucit, úcta, svoboda a práva pacientů. Vývojové modely a teorie se zaměřují na změny související s procesy růstu a zrání a hlavním cílem modelů a teorií substituce je poskytovat náhradu za schopnosti pacienta, s ohledem na jeho rozhodnutí, vůli a fyzickou kontrolu (7,9).

#### *2.1.5.1 Vznik modelu a autorka*

Dorothea Elisabeth Oremová se narodila v roce 1914 ve městě Baltimore ve Spojených státech amerických. Do roku 1945 absolvovala základní ošetrovatelské vzdělání, později bakalářské a magisterské studium v oboru edukace. Mezi lety 1947 až 1957 pracovala jako privátní sestra a jako sestra konzultantka v nemocnici ve státě Indiana. V tomto období si začala všimnout, že lidé, kteří potřebují lékařskou péči, ne vždy vyžadují ošetrovatelskou péči. Ale že ošetrovatelskou péči vyhledávají pacienti, kteří nejsou schopni nebo se nemohou o sebe starat v takovém rozsahu a tak kvalitně, jak vyžaduje jejich zdravotní stav. V roce 1971 vydala knihu *Ošetrovatelství: Koncepce praxe*, ve které určila a porovnávala hlediska ošetrování v soukromí a v domácím prostředí a také základní myšlenky pro ošetrovatelské vzdělávání (4).

Filozofický základ modelu tvoří filozofie humanismu a práce psychologů Selyeho, Bertalanffyho, Fromma a Allporta. Dále se inspirovala modely Nightingalové, Hendersonové, Peplauové, Wiedenbachové, Orlandové a dalších (7). V roce 1973 byl model Oremové uveden do praxe a v roce 1983 bylo jeho dopracované a upřesněné znění publikováno v knize *Family Health* od Clements I., Roberts F. v kapitole *The Selfcare Deficit Theory of Nursing - Ošetrovatelská teorie deficitu sebezpečí* (4).

#### *2.1.5.2 Hlavní zásady modelu*

Jednou ze základních složek každého modelu jsou asumpce, tzv. předpoklady. U tohoto modelu je předpokládáno, že lidem je dána schopnost pečovat sami o sebe, jsou nezávislí a schopní řídit své chování a jednání, péči o sebe zvládá každý úplně sám, je zcela soběstačný. V rámci zachování rovnováhy organismu má jedinec schopnost, která v sobě odráží potřeby pacienta se o sebe postarat. Pokud péči zvládá jen částečně, nebo vůbec ne, pak je nutný profesionální ošetrovatelský zásah, který neustále podporuje zbylé schopnosti pacienta a je zaměřen na uspokojování potřeb způsobem, který navrácí a obnovuje soběstačnost. Nároky na péči ať soběstačnou, či závislou jsou

ovlivněny faktory, jako je věk, pohlaví, zdravotní stav, způsob života a dostupnost péče (4).

Plevová shrnula hlavní jednotky modelu v sedmi bodech, které formují fakta a hodnotový systém. *Cílem ošetrovatelství* je zajistit takovou úroveň soběstačnosti pacienta při poskytování péče tak, aby byl schopen uspokojovat své potřeby a udržovat zdravotní stav na optimální úrovni. *Pacient nebo klient* je bytost s projevy narušené, nebo nedostatečné sebeděče. *Rolí sestry* je zhodnotit schopnost sebeděče a poskytovat pomoc tak, aby se pacientova sebeděče zvyšovala, k hodnocení sebeděče slouží sestřím hodnotící škály a testy. *Zdrojem potíží* jsou překážky sebeděče, mezi které patří zhoršení zdravotního stavu, stáří, diagnostika chronického onemocnění a jiné. *Ohnisko zásahu* péče je oblast, ve které je deficit sebeděče, může být v jedné, ale i ve více oblastech. *Způsob zásahu* využívá tři systémů podle stupně sebeděče pacienta, a to plně kompenzující, částečně kompenzující a podpůrně výchovný. Ošetrovatelské intervence zahrnují činnosti pro uspokojení potřeb pacienta, vedení, podporu, edukaci a zajištění podnětů v prostředí. *Důsledky* má být dosažení co nejlepší úrovně sebeděče (7).

Metaparadigma ošetrovatelství zahrnuje osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství (7). Podle Oremové je každý jedinec ucelenou bytostí, jejíž motivací je dokázat a umět se postarat sám o sebe a tím udržet rovnováhu v organismu. Člověk má schopnost záměrně získat znalosti nezávislé péče, tj. sebeděče, a péče o závislé členy rodiny - o děti, rodiče, partnery. Učení je ovlivněno věkem, schopnostmi, prožíváním, společností a kulturou. Prostedí není přesně definované, je vnímáno jako nutný prostředek pro zvyšování sebeděče. Definici zdraví akceptovala plně podle definice WHO z roku 1974 (4,7).

Definice Světové zdravotnické organizace WHO je jeden z nejpopulárnějších pohledů na zdraví jako na fyzickou, duševní a sociální pohodu a ne pouze jako na nepřítomnost nemoci a slabosti. Existuje mnoho výkladů, co vlastně která pohoda, a tudíž část zdraví, znamená, například Wolinsky a Zusman hodnotí fyzické zdraví z medicínské strany, duševní jako hledisko štěstí každého jedince a sociální z pohledu sociálních rolí. Breslow zase fyzické zdraví hodnotí podle sedmi kategorií, duševní

podle osmi, z čehož jsou tři pozitivní a pět negativních, a sociální zdraví podle čtyř dimenzí (25).

Oremová tvrdí, že ošetřovatelství je zvláštní druh pomoci profesionálů těm, kteří si nedokáží zajistit sebezpečí, nedokáží být soběstační, a ti obvykle bývají nemocní nebo handicapovaní. Na druhou stranu je nutné poznamenat, že nemocný člověk nebo fyzicky postižený nemusí ošetřovatelské intervence potřebovat. Cílem modelu je dosáhnout co největšího stupně sebezpečí, zachovat zdraví a chránit se před nemocí nebo úrazem (10). Základní myšlenky modelu jsou obsaženy ve slově sebezpečí a jeho upřesnění. Sebezpečí jsou činnosti a takové chování, které jedinec koná z důvodu zachování zdraví a života, které je ovlivněno možnostmi a schopnostmi sebezpečí podle věku a prostředí (4). Soběstačnost jako osobitou schopnost individuálně plánovat, organizovat a vše provádět sám definuje NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (22).

Autorka rozlišuje tři druhy požadavků v sebezpečí. Univerzální požadavky souvisí se základními životními funkcemi a zahrnují dostatek a pravidelnost příjmu vzduchu, příjmu vody a potravy, dostatečné a správné vylučování moči, stolice a potu, rovnováhu mezi činností a odpočinkem, mezi samotou a společenským životem, časem pro sebe samotného a pro sociální vazby, vyvážeností jistoty a nebezpečí a schopností přizpůsobit se normě (9). Oremová klade důraz na soukromí, vhodné prostředí, potřebu psychické a fyzické aktivity, potřebu kontaktu s rodinou, přáteli, spolupracovníky a zajištění duchovní služby podle víry. Mimořádné potřeby vyplývají z příčin momentálního stavu, aktuálních potřeb a medicínských možností, patří sem specifické úpravy a potřeby, prevence a úleva stresu z tělesných příčin, jako je bolest a nepohodlí, z příčin duševních, jako je strach, úzkost, pocity viny, ze sociálních příčin, kam patří nedostatek rodinného zázemí, sociální a ekonomické problémy a neuspokojené duchovní potřeby (24). Vývojové požadavky sebezpečí souvisí s růstem, vývojem a životními etapami jedince a terapeutické požadavky sebezpečí souvisí s potřebami při narušeném zdraví nebo změnách, které mohou vyvolat nemoci, diagnostické, léčebné či rehabilitační výkony, následky lékařské péče a edukace u trvalých následků nemocí. Pavlíková (4) uvádí, že řízení sebezpečí znamená povzbuzení aktivity sebezpečí



jedinice, ale aby toho bylo možné dosáhnout, pacient musí vědět, proč se má o sebe starat, jak a co je nutné pro to udělat. Pacient musí být schopný vybrat, určit a vykonat nutné aktivity, posoudit situaci a mít možnost požádat o pomoc.

Důsledkem nerovnováhy v potřebách a v jejich uspokojování vzniká deficit sebeděče, který často vzniká v souvislosti s onemocněním, a je důvodem k poskytování odborné ošetrovatelské péče. Oremová rozdělila ošetrovatelskou péči do tří systémů. Podpůrně- výchovný ošetrovatelský systém- je vhodný při podpoře pacienta, aby se dokázal sám o sebe postarat. Částečně- kompenzační ošetrovatelský systém- používá se, když některé činnosti zvládá pacient sám, jiné mu pomáhají vykonávat sestry. Plně- kompenzační systém- je využíván při závislosti pacienta na ostatních, kdy potřebuje kompletní péči sestry (4).

Deficit v sebeděči je spouštěcím momentem pro poskytování ošetrovatelské péče a Oremová stanovila pět druhů pomoci pro tyto pacienty, které se mohou používat samostatně nebo v různých kombinacích. Je to zastoupení pacienta (4) nebo vykonání činnosti za něj (9), vedení pacienta, fyzická nebo psychická podpora pacienta, zajištění podporujícího prostředí a edukace pacienta. To znamená, že ve stavu, kdy pacient není schopen se o sebe postarat, péči o něj plně zajišťuje sestra, s úpravou stavu jsou ošetrovatelské činnosti nahrazovány spíše pomocnými a podpůrnými činnostmi s cílem udržet nebo dosáhnout co největší úrovně sebeděče (4). Taylor a Renpenning (10) ve své knize popisují teorii závislé péče, jejímž základem je sociální nebo společenská neschopnost se o sebe starat, a tudíž vzniká potřeba jejího vykonání jinou osobou. Proot (26) uvádí vzájemný vztah nezávislosti, rozhodování neboli sebeděče a možnosti volby s tím, že vše je ovlivněno stavem pacienta a prostředím.

### *2.1.5.3 Možnosti využití modelu*

Teoretické aspekty modelu je nutné začlenit do ošetrovatelské péče, která musí být systematická, individualizovaná a komplexní. Hledání způsobu, jak optimálně dosáhnout splnění potřeb pacientů, lze nazvat ošetrovatelským procesem. Ten má čtyři

fáze- získání informací o pacientovi a jeho potřebách, hledání problémů, naplánování činností k nápravě, úpravě nebo splnění potřeb, provedení těchto činností a zhodnocení, zda intervence byly dostatečné a došlo k úspěšnému vyřešení problémů. Je to vlastně cyklické uspořádání činností, protože pokud nedojde k uspokojení potřeb, je nutné přehodnotit problémy, naplánovat jiné činnosti a ty je nutné opět provést (20). Někdy je ošetrovatelský proces dělen na pět fází.

V modelu Oremové, který klade důraz na ošetrovatelskou dokumentaci, je ve fázi získávání informací nejdůležitější zjistit schopnosti soběstačnosti u pacienta. Vyhodnocení deficitu sebepéče je nutné specifikovat, zda se jedná o nedostatek znalostí, zručnosti, motivace, zda je deficit způsoben změnou v psychických nebo fyzických schopnostech pacienta (18), nebo zda souvisí s věkem. Přesná formulace ošetrovatelské diagnózy není podle Oremové důležitá, má pouze co nejvíce vystihovat problém pacienta (27). Plánování ošetrovatelské péče není v tomto modelu stanovené, jen je důležité najít a stanovit cestu k cílům společně s pacientem. Ošetrovatelské zásahy by měly pouze doplňovat schopnosti a činnosti pacienta. Hodnocení ošetrovatelské péče analyzuje zlepšování sebepéče (18). S modelem Oremové v České republice pracovaly Archalousová a Slezáková, Machová a Halmo (7).

## **2.2 Cévní mozková příhoda**

Cévní mozková příhoda, stroke, iktus, apoplexie neboli mozková mrtvice patří mezi cévní onemocnění mozku. Výskyt tohoto onemocnění se pohybuje cca mezi 150-200 tisíci případy na 100 000 obyvatel, a přestože dochází ke snižování rizikových faktorů, stojí na 3. místě příčin úmrtí, do jednoho roku po iktu umírá 40% pacientů a výskyt v naší republice je až 4x vyšší než v USA (28). Onemocnění je provázeno následky, které mohou být různé intenzity, od minimálního postižení přes dočasné až k trvalým, ale může končit i smrtí (29). Mezi následky je možné zařadit ztrátu hybnosti, citlivosti, poruchy řeči, rovnováhy a koordinace, poruchy vidění a ztrátu kontroly nad svěračem močového měchýře nebo análního otvoru (30). Seidl (28)

definuje cévní mozkovou příhodu jako náhle vzniklou lokální nebo celkovou poruchu funkcí mozku, která trvá déle než 24 hodin, eventuálně do smrti pacienta, a nemá nejspíše jinou než cévní příčinu. Patří mezi akutní stav ohrožující život pacienta a vyžaduje urgentní vyšetření a okamžitou terapii. Očekává se větší výskyt nemocných s cévní mozkovou příhodou, protože narůstá počet lidí s vyšším věkem (1) a tři čtvrtiny výskytu CMP jsou ve věku nad 65 let (3).

Cévní onemocnění mozku se dělí na TIA, RIND, PI a DI. Tranzitorní, transientní ischemická ataka TIA neboli ischemický deficit je krátkodobý příznak ložiskového nedostatečného prokrvení mozku, který odeznívá do 24 hodin od vzniku a nezanechává následky. Riziko vzniku cévní mozkové příhody po tranzitorní atace se pohybuje mezi 3 až 10 % během dvou dnů, 5% do 7 dnů, 9-17% do 90 dnů. Riziko vzniku CMP je ovlivněno těmito faktory- vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, zvýšená hladina tuků v krvi, kouření, obezita, věk a pohlaví (32). RIND- reverzibilní ischemický neurologický deficit- příčina je obdobná jako u TIA, příznaky přetrvávají až 7 dnů, nezůstávají následky. TIA a RIND patří mezi varovné příznaky hrozící mozkové mrtvice.

PI- progredující iktus- se projevuje postupným zhoršováním prokrvení mozku a prohlubováním nebo objevováním se příznaků, může trvat různě dlouhou dobu.

DI- dokončený iktus znamená, že se příznaky už nerozvíjí, zůstávají stejné minimálně 24 hodin (28).

### *2.2.1 Příčiny vzniku CMP*

Cévní mozkové onemocnění bývá nejčastěji komplikací aterosklerózy nebo hypertenze (31) a bývá z 80 % způsobeno akutní ischemií, která progreduje do malárie mozku, a z 20 % je hemoragické příčiny, která se jeví jako hemoragie, subarachnoidální krvácení nebo arteriovenózní malformace. Mnohem častěji bývají postižené mozkové tepny, žíly vzácně (28).

Ischemická cévní mozková příhoda bývá způsobena stenózou, ta je často důsledkem aterosklerózy, nebo uzávěrem tepny trombózou, embolizací- tzv. obstrukční neboli okluzivní příčinou anebo neobstrukční, jejíž příčinou je pokles průtoku krve mozkovými cévami (31). Důsledkem ischemie mozkové tkáně vzniká malárie (28). Rizikové faktory vzniku aterosklerózy jsou považovány rovněž za rizikové faktory vzniku ischemické cévní mozkové příhody. Seidl (28) i Ambler (31) dělí faktory na ovlivnitelné a neovlivnitelné, a faktory mají potencující se účinek, to znamená, že se jejich účinek násobí a nejen sčítá. Mezi neovlivnitelná rizika patří černá rasa, věk, nejvíce příhod je mezi 65 a 75 lety, a pohlaví, častější je výskyt u mužů, po klimakteriu se však riziko zvyšuje i u žen. Další neovlivnitelné vlivy jsou genetické, zeměpisné, klimatické a socioekonomické. Ovlivnitelné faktory zevní jsou nikotinismus, obezita, zvýšený přísun tuků ve stravě, nedostatek pohybu a stres. Mezi možné ovlivnitelné patří hypertenze, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, nemoci srdce a cév. Jakákoli forma proběhlého cévního postižení mozku zvyšuje výskyt dalšího postižení mozkových cév. Pokles průtoku krve může být způsoben, mimo jiné, náhlou zástavou oběhu z jakékoli příčiny, hypovolemickým a kardiogenním šokem, anebo vaskulitidami, které se vyskytují při lupus erythematoses, polyarteriitis nodosa a u temporální arteriitis, další příčinou ischemie mohou být také poruchy srážlivosti a viskozity krve (28).

U ischemické mozkové příhody, která tvoří až 70% všech mozkových příhod, je patologickým mechanismem porucha perfuse tkání okysličenou krví. Při jejím poklesu dochází velice brzy k zástavě syntézy bílkovin ve tkáních. Pokud se průtok krve sníží více než o polovinu, zůstává zachována struktura tkáně, ale v této oblasti jsou zastaveny mozkové funkce. Tuto oblast nazýváme penumbra neboli ischemický polostín, na nějž je zaměřena léčba (33). Penumbra je ischemicky změněná tkáň, která při rychlé reperfusi má šanci na obnovení svého původního stavu, ale bez časného obnovení průtoku je v tomto místě vysoké riziko vzniku dalších ireverzibilních změn, mozkového infarktu (34).

Hemorrhagická cévní mozková příhoda je důsledkem samovolného zakrvácení do mozkové tkáně, které vzniká porušením cévní stěny, a provázejícím důsledkem bývá edém mozku. Mezi nejčastější příčiny patří hypertenze, a to až v polovině případů,

aneuryzma, choroby krve, vaskulitidy, léčba antikoagulancii a abusus drog. K přímému poškození cév dochází po náhlém vzestupu tlaku krve, obvykle po rozčilení, zvýšené aktivitě (28) a může se jednat o náhlý masivní jednorázový děj, nebo mírné krvácení může pokračovat hodiny a dny (31).

Mezi další příčiny cévní mozkové příhody mohou patřit poruchy srdečního rytmu, zejména fibrilace síní, oproti pacientům bez fibrilace síní bylo zaznamenáno vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody o 10% u mužů a u žen dokonce o 25%. Avšak při správné léčbě antikoagulancii je riziko vzniku sníženo o 64% oproti 22 % poklesu při antiagregační terapii. Preparáty kyseliny acetylsalicylové nejsou považovány za preventivní léky pro vznik cévní mozkové příhody, zatímco Warfarin je považován za profylaktický lék proti vzniku ischemické cévní mozkové příhody (35).

### *2.2.2 Příznaky CMP*

Příznaky neboli klinický obraz cévní mozkové příhody není zcela snadné přesně popsat, protože je ovlivněn tím, která část mozku je postižená, k poškození jak velké cévy došlo, jak je postižená část zásobena kolaterálním oběhem, jak rychle příhoda proběhla, záleží také na věku pacienta, jeho celkovém stavu a na ostatních chorobách (36). Přesto je možné z několika příznaků vyzorovat hrozící riziko vzniku iktu.

Mezi ně patří zvýšená denní únava a noční nespavost, časté bolesti hlavy, závratě, poruchy koncentrace, pozorování, myšlení. Mezi varovné příznaky, které by měly jedince přinutit vyhledat lékaře, patří: brnění, mravenčení, náhlý pocit tíhy na končetinách, oslabení síly, zejména stisku, klopýtnutí, nedoslýchavost, pocit ztuhlé tváře nebo jazyka, poruchy vidění, Pfeiffer (33) sem dále řadí manuální neobratnost a afázii expresivní nebo percepční. Tyto příznaky mohou trvat několik vteřin až minut, zmizí bez následků, mohou se opakovat i několikrát během dne (29) a samy odezní. Pokud však příznaky trvají dny až týdny a zůstávají ložiskové příznaky, například horší pohyblivost, snížená citlivost, menší obratnost v pohybu, hovoříme o lehké až středně těžké mozkové příhodě. Těžká mozková příhoda bývá často provázena ztrátou vědomí

a může končit i smrtí pacienta, mívá následky těžké a trvalé a vznikají při ní hemiplegie (33). Ischemická ataka se převážně dostavuje v době, kdy je průtok krve mozkem zpomalený, nejčastěji ve spánku, často se vyskytuje i v souvislosti s jídlem (36).

### *2.2.3 První pomoc u pacienta s CMP*

Cévní mozková příhoda je akutní stav ohrožující život postiženého člověka a hlavní zásadou první pomoci je zajistit dostatečné prokrvení mozku a udržovat vhodný tlak krve, aby byla perfuse tkání adekvátně zajištěna. Pacient je při těžké mozkové příhodě v nepřírozené nebo zhroucené poloze, často po pádu, je bezvládný a svalový tonus bývá snížený. Mívá různý stupeň kvantitativní poruchy vědomí, kterou hodnotíme pomocí Glasgow Coma Scale. Postižený bývá ohrožený na životě uzávěrem dýchacích cest, zejména uvolněným kořenem jazyka, zvratky nebo zbytky potravy. Poruchy vědomí bývají spojené také se ztrátou obranných reflexů, mezi které patří i kašlací reflex, a tudíž hrozí riziko aspirace žaludečního obsahu při zvracení. V souvislosti s poškozením nervových center může docházet k poruchám srdečního rytmu až k zástavě oběhu, čímž je perfuse mozku ještě více snižována. Další komplikací může být porucha termoregulace, kdy je pacient ohrožen hypotermií (37).

První pomoc v domácím prostředí zahrnuje přivolání lékařské pomoci a mezitím péči o průchodnost dýchacích cest, při zástavě oběhu laickou kardiopulmonální resuscitací a protišoková opatření, při zvracení je nutné pacienta uložit do polohy na boku. Přednemocniční lékařská péče zahrnuje orientační neurologické vyšetření, včetně hodnocení GCS, zajištění dýchacích cest, změření hladiny krevního cukru, stabilizaci stavu pacienta a jeho urgentní transport na neurologické oddělení nebo na specializované iktové jednotky (1), kam by měl být směřován i pacient s lehčí nebo středně závažnou mozkovou příhodou. Lékař výjezdové posádky by podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví (38) měl kontaktovat nejbližší iktové centrum na speciálně vyčleněný „Ictový telefon“ a po konzultaci s lékařem podle Triáž příznaků, kde hlavním

rozlišovacím kritériem je doba od vzniku klinických příznaků, rozhodnout, na které pracoviště bude pacient převezen. U pacientů je hodnocen tzv. „čas 0“, je to čas, kdy začaly obtíže pacienta, a tuto informaci získáváme buď od postiženého samotného, nebo od rodiny. V případě, že se pacient s příznaky probudí, je časem 0, kdy se pacient naposledy cítil normálně, bez potíží (39). Hodnocení pacienta probíhá podle FAST-Face Arm Speech Test a také podle CPSS – Cincinnati Prehospital Stroke Scale (40).

#### 2.2.4 Léčba CMP

Pacient je přijímán na iktové jednotky nebo na jednotky intenzivní péče neurologického nebo interního typu, kde by po základním neurologickém vyšetření mělo být co nejrychleji provedeno zobrazovací vyšetření, nejvhodnější je CT vyšetření nebo magnetická rezonance, a léčba je potom určena typem mozkové příhody.

U ischemického iktu je úspěšná včasně nasazená léčba- „čas je mozek“(28, s. 196). Seidl (28) hovoří o terapeutickém okně, což je doba od vzniku iktu do stanovení diagnózy, který považuje 3 hodiny za bezpečnou dobu, kdy lze provést intravenózní trombolýzu, a tím znovu zprůchodnit cévní řečiště. Smyslem léčby je obnovit průtok krve penumbrou, a tím zmenšit ischemické ložisko. Až do šesti hodin od vzniku příhody lze provést intraarteriální trombolýzu karotickým řečištěm, ve specifických případech lze trombolýzu provádět až do 48 hodin od vzniku mozkové příhody (2). Revascularizace zahrnuje tři různé děje- rekanalizaci neboli znovu zprůchodnění tepny, reperfuzi, která je závislá na mikrovaskulární perfusi a na kolateralizaci, kdy jsou vytvářeny anastomózy drobných arterií (34). V následujících dnech je jako prevence dalších příhod podávána antiagregační nebo antikoagulační terapie. Důležitou součástí léčby je rehabilitace, která brání spasticitě, zlepšuje hybnost a zajišťuje soběstačnost (28).

Základem léčby hemorrhagické mozkové příhody je snížit edém mozku, a to buď neurochirurgicky, dekompresí, nebo konzervativní léčbou podáváním antiedematózních léků. Také u tohoto typu je podstatnou složkou léčby cvičení a polohování (28).

### *2.2.5 Zvláštnosti ošetrovatelské péče u pacienta s CMP*

Ošetrovatelská péče a ošetrovatelské intervence závisí na závažnosti cévní mozkové příhody, na stavu pacienta a na stupni poruchy jeho soběstačnosti. Zpočátku je většina činností prováděna ošetřujícím personálem, ale je nutné alespoň pasivně pacienta do činností zapojovat. Vedle sledování stavu a změn vědomí je základem ošetrovatelská péče o dýchací cesty – zajišťovat jejich průchodnost, čistotu, zvlhčovat vdechovaný vzduch, odsávat sekrety, dále se zaměřujeme na hygienickou péči, výživu, která bývá zpočátku parenterální, nebo enterální, často nasogastrickou sondou. Zaměřujeme se také na péči o vyprazdňování, spánek a odpočinek, ale nesmíme opomenout péči psychosociální, nejen z pohledu pacienta, ale také z pohledu rodiny, práce a sociálního zajištění. Pacienti po CMP mívají poruchu řeči, a proto je vhodné si domluvit komunikační možnosti (41).

Důležité je zajišťování správné polohy pacienta a jeho končetin jako prevence kontraktur a spasmů, jako součást rehabilitace k rychlejšímu návratu soběstačnosti a pomáhá také v prevenci dekubitů. Polohování pacienta by mělo být prováděno co nejdříve po stabilizaci životních funkcí, je totiž i terapií a rozlišujeme 4 základní polohy- na paretické straně, na zdravé straně, na zádech a na břiše, avšak nesmíme opomenout prevenci pádů. Je nutné procvičovat postižené končetiny do stejného rozsahu, jako jsou zdravé. Dále je kladen důraz na co nejrychlejší posazení a tím omezení pozice vleže na minimum (33). K posouzení závažnosti cévních mozkových příhod slouží Rankinova škála, je sice orientační, ale charakterizuje postižení podle určitých parametrů (Příloha 1). Úroveň postižení 0 znamená, že je pacient bez příznaků, úroveň 1 má patrné, ale funkčně bezvýznamné příznaky, úroveň 2, kdy pacient není schopen všech původních aktivit, ale zvládá běžné denní činnosti hodnocena ADL, IADL, úroveň 3 pomoc pacientovi je nutná při IADL, chodí samostatně bez pomoci další osoby, úroveň 4 potřebuje pomoc jiné osoby při chůzi a při základní sebeobsluze podle ADL, úroveň 5 znamená velmi těžké poškození, trvalý pobyt na lůžku a nutnou ošetrovatelskou péči, úroveň 6 znamená smrt pacienta (42). Abychom správně dokázali ohodnotit pacientovu soběstačnost, její deficit a vývoj, musíme provést



objektivní sledování a hodnocení standardizovanými testy. Základním vyšetřením je fyzikální vyšetření sestrou, které je v této práci zaměřené na možné specifické poruchy u pacientů s cévní mozkovou příhodou, zejména na hybnost- stabilitu, stoj, chůzi, abnormální pohyby, motoriku a řeč (Příloha 2), kdy vyšetřujeme pomocí smyslů – pohledu, pohmatu a je možné ho provádět i bez pomůcek (43).

K hodnocení soběstačnosti a výkonnosti patří Barthelové test základních všedních činností (44) neboli Index podle Barthelové (42). Barthelové ADL- Activity Daily Living- vychází z Katzova ADL, rozšiřuje ho a má jiné bodové hodnocení (Příloha 3). Index nezávislosti v každodenních aktivitách- Index of Independence in Activities of Daily Living- Katz ADL stanovuje úroveň sebeobsluhy v šesti základních aktivitách (Příloha 4). Poskytuje standartní hodnocení pacienta, ale nenabízí posuzování mírných změn ve schopnostech pacienta, hodnotí pouze reálné provedení, ale ne variabilitu schopností. Mezi aktivity Katz zahrnul koupání, oblékání, používání toalety, přemisťování, kontinenci a jezení. Nezávislost ve vykonávání těchto aktivit, kdy není nutná asistence, dohled ani vedení, je ohodnocena 1 bodem, závislost, ať ve formě asistence, vedení, dohledu nebo úplného vykonání činnosti, je ohodnocena 0 body. Hodnocení součtu bodů je následovné: 6 bodů – úplná nezávislost, 4 body- lehčí závislost, 2 body- těžká závislost a 0 bodů- úplná závislost (42, s. 99).

Zkoumané činnosti podle testu Barthelové jsou najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, Barthelová přidala chůzi po rovině a chůzi po schodech. Hodnocení najedení a napití, oblékání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC a chůze po schodech provedené bez pomoci, samostatně je hodnoceno 10 body, s pomocí 5 body a pokud pacient není schopen činnost provést, bodové ohodnocení je 0 bodů. Koupání a osobní hygiena při provedení samostatně, nebo s pomocí je hodnoceno 5 body a při neschopnosti provedení 0 body. Přesun lůžko-židle a chůze po rovině je v maximální hodnotě 15 bodů modifikováno a odstupňováno podle schopnosti pacienta na 10, 5 a 0 bodů. Celkové hodnocení stupně závislosti je dáno součtem všech bodů. Pacient se součtem 96-100 bodů je nezávislý, 65-95 bodů znamená lehkou závislost,

45-60 bodů je závislost středního stupně a v rozmezí 0-40 bodů hovoříme o vysoké závislosti (44).

Pro svou práci jsem test Barthelové modifikovala podle Šlechtové (45) činnostmi, které jsou pro běžný život velice důležité a v originálním testu zahrnuté nejsou. Tyto činnosti zahrnují hybnost i motoriku- stoj bez opory, chůze za použití pomůcek, chůze po nerovném terénu, zdvihnutí předmětu ze země, otáčení, zapínání knoflíků, obutí, vázání klíčky, úprava účesu. Bodové hodnocení jsem přizpůsobila testu Barthelové, to znamená, že činnost plně zvládnutá pacientem je hodnocena 10 body, činnost s dopomocí je ohodnocena 5 body a nezvládnutí činnosti 0 body. Celkový maximální počet bodů je po této modifikaci vyšší o 90 bodů, tj. 190 bodů. Nezávislý pacient má součet bodů 190-185, lehká závislost je dána součtem mezi 180 až 125 body, závislost středního stupně je mezi 120 až 85 body a vysoká závislost je určena rozmezím 80 až 0 bodů. Výpočet nového bodového hodnocení jsem provedla podle výpočtů u testu Barthelové, kde je hranice tvořena 95, 65 a 40 % z celkového počtu bodů, výsledky jsem zaokrouhlila směrem nahoru. Tímto testem byl každý respondent hodnocen při každém setkání a na závěr podle bodového součtu bylo zhodnoceno, zda došlo ke zlepšení sebepečce v základních všedních činnostech.

Další hodnotící škálou je test instrumentálních všedních činností IADL- Instrumental Activity Daily Living (Příloha 5), týká se náročnějších výkonů, které jsou nutné pro nezávislé fungování jedince (42), ale k jejich posuzování musí být pacient ve svém domácím prostředí. Na vykonávání těchto činností je totiž nutný nejen určitý stupeň motoriky, ale i stabilita mentálního stavu. Do tohoto hodnocení patří- telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a finance (44). Bodové ohodnocení je při zcela samostatném vykonání činnosti 10 bodů, při dopomoci 5 bodů a při neschopnosti činnost vykonat 0 bodů. Nezávislý pacient má součet bodů 76-80, částečně závislý 41-75 bodů a závislý 40-0 bodů. Lawtonova IADL škála- Philadelphia Geriatric Center IADL Scale je shodná s výčtem činností, ale je podrobnější v hodnocení, kdy jsou však činnosti hodnoceny body v rozmezí 1 až 0, a tudíž je celkové hodnocení ne úplně dobře definovatelné (Příloha 6). Funkční míra nezávislosti- FIM-Functional Independence Measure (Příloha 7) je test

hodnotící 18 fyzických a psychických složek v 7 úrovních, které ovlivňují sebeobsluhu. Mezi složky patří: jídlo/ pití, osobní hygiena, koupel (sprcha), oblékání (svlékání) horní poloviny těla, oblékání (svlékání) dolní poloviny těla, použití WC, kontrola močení, kontrola defekace, přesun z postele na židli (vozik), přesun na toaletu, přesun do vany (sprchy), chůze (jízda na vozíku), schody, rozumění, vyjadřování, sociální interakce, řešení problémů a paměť. Posuzované úrovně jsou úplná samostatnost, modifikovaná samostatnost, supervize (dohled), minimální asistence, střední asistence, velká asistence a úplná asistence. FIM lze hodnotit v tabulce nebo graficky (42, s. 102).

Testování vývoje soběstačnosti- TVS (Příloha 8) zahrnuje hodnocení soběstačnosti nemocného v pravidelných časových intervalech a jeho záznam do grafu se provádí vždy odlišnou barvou, aby bylo možné vývoj posoudit (44). Do hodnocení patří 8 oblastí, které mohou být hodnoceny 0 až 5 body podle schopností pacienta. Patří sem osobní hygiena, pohyblivost, spánek a odpočinek, výživa, vědomí- orientace, verbální komunikace, oblékání a svlékání, vyměšování stolice a moče.

Test ošetřovatelské zátěže podle Svanborga-modifikace podle Staňkové (Příloha 9) je vhodné používat při změně ošetřovatelského prostředí. Mezi posuzované položky patří pohybová schopnost pacienta, osobní hygiena, jídlo, inkontinence moče a stolice, návštěva toalety, dekubity a spolupráce s nemocným. Bodové hodnocení je různé a podle součtu bodů je při maximálním počtu zcela závislý a při součtu 0 bodů zcela soběstačný (44).

Cliftonova škála soběstačnosti, BRS, CAPE, Clifton Assesment Procedures for the Elderly, bývá využívána při příjmu pacienta do jiné než domácí péče. Má za úkol posoudit vývoj stavu, rozvoj soběstačnosti při dlouhodobém pobytu a při jeho propuštění slouží ke snazší orientaci pečovateli v soběstačnosti pacienta (46). Hodnocení je provedeno 0 až 2 body. Mezi hodnotící ukazatele patří 18 položek- koupání a oblékání, chůze, inkontinence moči nebo stolice, pohybový režim během dne, orientace v prostoru, vzhled, chování venku, pokud by byl ponechán sám, pomoc ostatním, snaha o tvořivou nebo užitečnou práci, styk s ostatními, reakce na žádost o činnost, zda rozumí sdělením, jak komunikuje, snesitelnost chování ve dne a v noci, zda obviňuje ostatní, hromadí věci, spí v noci a je v ní hodnoceno i smyslové vnímání

zrakem a sluchem (47). Celkové hodnocení není dáno součtem bodů, ale měl by být posuzován vývoj z časového hlediska (Příloha 10).

#### *2.2.6 Komplikace CMP- zdravotní, sociální, ekonomické, poruchy soběstačnosti*

Mezi zdravotní komplikace pacientů patří zhoršování příznaků, progresivní onemocnění, která může končit až smrtí pacienta. Další komplikace mohou být způsobeny lokálním postižením mozku a z toho vyplývající poruchy řeči, sluchu, zraku, motoriky a chování, poruchy soběstačnosti jsou pro pacienty s CMP příznačné. Pokud přetrvává porucha polykání, pacient bývá převeden na enterální výživu přes perkutánní endoskopickou gastrostomii. Porucha vyprazdňování ve smyslu inkontinence je rovněž komplikujícím faktorem.

Sociální a ekonomické komplikace vyplývají nejčastěji z poruch motoriky a mobility a z toho vyplývá invalidizace pacienta, postižený člověk se může stranit společnosti, mění se rodinné vztahy. Je tedy nutné řešit zaměstnání, sociální dávky, příspěvky a důchodovou výměru a není výjimečné, když tato nemoc změní celé rodiny, které se stávají pečovateli, je nutné změnit nebo přizpůsobit bydlení, zajistit kompenzační pomůcky. Více než 30 % pacientů je stíženo cévní mozkovou příhodou ve věku mladším šedesáti let a je nutné u nich včas a kvalitně zajistit pracovní rehabilitaci. Hodnocení stupně postižení je možné podle IC IDH International Classification of Functioning, Disability and Health, která hodnotí změny funkce na orgánu nebo systému, změnu činnosti, kterou jedinec provádí, a změnu v rolích jedince vzhledem ke společnosti (48). Dále pacienty po CMP můžeme hodnotit výkonovými testy, jako je test schopnosti vstát ze sedu na židli, test rychlosti chůze, chodecká aktivita, test rovnováhy, test síly svalového stisku, test zdvižení a přenesení břemene, test zámek-klíč, test vaření čaje nebo zabalení balíku (42).

Ministerstvo práce a sociálních věcí novelou zákona č.108/2006 Sb. s účinností od 1. 1. 2012 zavedlo systém pro posuzování stupně závislosti podle schopnosti zvládat základní životní potřeby. Rozdělilo je do 10 oblastí základních životních potřeb,

36 úkonů a 129 činností, aby byla nezávislost a potřeba sociální pomoci dostatečně ošetřena (49). Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (50).

### *2.2.7 Následná péče pro pacienty s CMP- hospitalizační, sociální, domácí péče*

Pacient bývá po stabilizaci stavu přeložen z jednotky intenzivní péče nebo iktové jednotky na standartní oddělení neurologického nebo interního typu. Iktová jednotka je oddělení, kde se zabývají zejména léčbou pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou. Samozřejmě je lékař neurolog, sestry specialistky a rehabilitační pracovníci, kteří provádí i rehabilitaci řeči (31). Dále by takový pacient měl být zařazen do rehabilitačního cvičení, ať ambulantního, lůžkového nebo lázeňského.

V případě dobrého sociálního zázemí je pacient propuštěn do domácího ošetřování, kde je hlavním poskytovatelem péče rodina a okolí. Rodina je sociální prostředí, které má vliv na způsob života a na uspokojování potřeb, zajišťuje léčebný režim a řeší nejen zdravotní otázky, ale i kontaktní, konzultační a poradní záležitosti (51). Pomoc však mohou zajišťovat agentury domácí péče, kde pracují registrované sestry z různých klinických oborů, tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění, nebo pečovatelské služby, jejichž služby jsou hrazeny klienty.

Pro ostatní pacienty je možnost péče na odděleních dlouhodobé nebo následné péče. Dále pacient může být v domech s pečovatelskou nebo sociální službou. Například v Holandsku jsou pacienti po mozkové mrtvici krátkodobě hospitalizováni na rehabilitačním oddělení, aby byl možný přechod od závislosti k nezávislosti, kde se jim věnuje speciálně vyškolený tým pracovníků (26). Pacient v terminálním stádiu může být hospitalizován v hospici.

Votava (48) uvádí, že pro pacienty po cévní mozkové příhodě je velice důležitá rehabilitace, a to již od akutní fáze, ideálně do 3 dnů od začátku nemoci, protože její

následky tvoří zhruba 25% z celkového počtu osob s těžkým pohybovým deficitem. Následky na pohybovém systému můžeme rozdělit na tři fáze- fáze ochablosti, kdy se ztrácí nebo snižuje svalová síla, spasticity, kdy je zvýšené svalové napětí a sval se nedaří natáhnout, a rehabilitace, která by měla zajistit nezávislost postiženého a návrat soběstačnosti (30). Každý člen ošetrovatelského týmu by měl pacienta polohovat, provádět pasivní cvičení, postupně zařazovat aktivní cvičení zdravými končetinami, které má význam jako prevence trombóz, ale zároveň slouží jako opora pro postiženou končetinu. Návrat hybnosti je dříve patrný na dolní končetině než na horní a objevuje se v rozmezí 1 až 33 dní. Zlepšování stavu trvá několik měsíců, někdy až 5 let, je tedy důležité rehabilitační cvičení měnit podle vývoje nemoci a podle postižení. Rehabilitace se zaměřuje na návrat mozkových funkcí, na prevenci sekundárních poruch, na nácvik činností a pohybů k dosažení co největší soběstačnosti, na nácvik řeči a na motivování pacienta pro aktivní plnohodnotný život (48).

Pokud se postižení nedaří zmenšit, pacientovi jsou doporučeny kompenzační pomůcky. Mezi pomůcky pro osobní potřebu patří různé úchopové systémy, speciální přístroje, mycí pomůcky, oblékací nástavce, madla, nástavce, podavače a na úpravu celkové hybnosti francouzské hole a chodítka. Mezi další pomůcky patří pomocná zařízení lůžka- bedničky, hrazdičky, žebříčky. Neméně důležitá je úprava bytu, aby se snížilo riziko pádu. Až u 36% postižených přetrvává ještě měsíc od příhody inkontinence, kterou je nutné řešit speciálním cvičením nebo inkontinenčními pomůckami. Často to bývá důsledkem zavedení permanentního katetru v akutní fázi (48) a je nutné vyhodnotit, zda k poškození citlivosti močového měchýře došlo v souvislosti s mozkovou příhodou. K nácviku kontinence je nutné provádět speciální cvičení 50 krát až 100 krát za den, aby bylo dosaženo dobrého výsledku, u mužů k nácviku ovládnutí sfinkterů pomáhá pouštění a zastavování proudu moči. Důležité je bránit vzniku močové infekce, eventuálně ji co nejdříve léčit antibiotiky nebo antimykotiky (52).

Nejen pro pacienty, ale i pro rodinné příslušníky je důležité mít dostatek informací, a tak mimo článků a knih je možné vyhledat internetové servery, kde jsou rady, možné způsoby pomoci i příběhy lidí po cévní mozkové příhodě. U pečujících je nutné

pomýšlet na riziko stresu z péče, a proto je vhodné u nich provádět testy k včasnému rozpoznání vyčerpání ze stálé péče.

Stresový test pro pečovatele hodnotí osoby poskytující péči nebo nejbližší pečovatelé. Úkolem je označit každou položku slovy „někdy“, „často“, „obvykle“, podle toho, jak ji kdo vnímá (53). Hodnocení je podle počtu odpovědí – pokud je odpověď na jednu nebo více položek „obvykle“, nebo „často“, je vhodné vyhledat pomoc pro pečovatele (Příloha 11). Stupnice poskytování péče stanovuje hodnoty potřeb pečovatele vzhledem k potřebám opečovávaného (53), je rozdělena 10 větnými definicemi a pečovatel by si měl najít oblast, která ho nejlépe vystihuje. Vyhodnocení stanovuje prioritu potřeb pacienta nebo pečovatele (Příloha 12).

### 3 Cíle, hypotézy, výzkumné otázky

#### 3.1 Cíle a výzkumné otázky

Ve výzkumné části byly stanoveny dva cíle. Cílem č. 1 bylo zjistit možnosti nápravy deficitu sebeděče u pacientů po cévní mozkové příhodě. Cílem č. 2 bylo zjistit, zda prostředí, ve kterém pacient žije, má vliv na rozvoj sebeděče. Výzkumné otázky pro uvedené cíle byly stanoveny takto:

- 1/ Je domácí prostředí stimulem k rychlejšímu návratu sebeděče pacientů po CMP?
- 2/ Vnímá respondent problematiku svého postižení stejně jako jeho okolí?
- 3/ Je pro pacienta přínosnější vykonávání sebeděče s deficitem, nebo perfektní provedení činnosti jeho okolím?
- 4/ Vnímá pacient následnou léčbu (rehabilitace, ergoterapie) jako rychlejší způsob k návratu sebeděče?

#### 3.2 Operacionalizace pojmů

*Sebeděče*- takové činnosti a chování, které jsou pro jedince nutné z důvodu zachování zdraví a života. Možnosti a schopnost sebeděče jsou ovlivněny věkem, schopnostmi a prostředím (4).

*Deficit*- výraz nerovnováhy, převýšení potřeb nad zdroji (54).

*Cévní mozková příhoda*- je náhle vzniklá porucha mozkové funkce na cévním podkladu, která trvá déle než 24 hodin. Projevuje se ložiskově nebo globálně a často zanechává invalidizující následky (2).

*Respondent*- klient, pacient, který je součástí výzkumu.



## **4 Metodika**

### **4.1 Použitá metoda**

Pro výzkum byl zvolen kvalitativní výzkum (55), ve kterém byl používán individuální polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor (Příloha 13). Jednu skupinu tvořilo 8 pacientů s cévní mozkovou příhodou, a druhou pečující osoby. Otázky byly otevřené, speciálně připravené pro každou skupinu a přizpůsobené pořadí setkání. Rozhovor s pacientem obsahoval 26 otázek, z čehož 6 bylo při prvním setkání, 10 otázek při druhém setkání a 10 při třetím setkání. Objektivními technikami sběru dat u skupiny respondentů bylo zjevné a přímé pozorování, fyzikální vyšetření celkového stavu prováděné sestrou zaměřené na stabilitu, stoj, chůzi, hybnost, abnormální pohyby a řeč. Soběstačnost respondentů byla hodnocena podle škály Barthelové a její modifikace s upřesněním činností podle Šlechtové, testu instrumentálních všedních činností IADL, který však bylo možné hodnotit až při druhém a třetím setkání s respondentem, hodnocení funkčního stavu FIM s grafickým znázorněním a testem ošetrovatelské zátěže podle Svanborga. U pečujících osob byl výzkum prováděn individuálním rozhovorem, pro objektivizaci stresovým testem pro pečovatele a hodnocením stupnice poskytování péče. Rozhovor s pečujícími obsahoval 12 otázek, prvních 6 bylo kladeno při prvním setkání, druhých 6 při druhém setkání. Rozhovory byly zpracovány metodou otevřeného kódování, analytickou indukcí a zpracovány technikou vyložení karet a narativní analýzou.

### **4.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Do výzkumného souboru bylo vybráno účelově 8 respondentů podle těchto kritérií: 1) pacient s diagnózou cévní mozková příhoda, 2) následné ložiskové postižení dominantní strany těla, ve smyslu hemiparéza nebo hemiplegie, 3) věková hranice mezi 65 a 75 lety, 4) podle Rankinovy škály důsledků cévní mozkové příhody hodnocení

stupněm 4, což znamená těžkou disabilitu pacienta, 5) začátek prvního pozorování do 7 dnů od vzniku cévní mozkové příhody a 6) porucha řeči. Podle pohlaví jsem mezi respondenty zvolila 50 % zastoupení mužů a 50% zastoupení žen. Výběr pacientů byl proveden po dohodě s lékařem neurologického oddělení, fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou. Další rozčlenění respondentů bylo provedeno po propuštění z nemocničního prostředí, kde byli zastoupeni 4 respondenti z domácího prostředí a 4 respondenti z jiného sociálního prostředí. Za sociální prostředí bylo považováno jiné prostředí než domácí, to znamená oddělení následné péče, domy s pečovatelskou službou, domovy sociálních služeb a domovy důchodců. V současnosti se v okrese Teplice pohybují doby pro umístění nových klientů do sociálních domů od několika měsíců až po několik let, bohužel ani akutní nevhodná sociální situace pacienta nedokáže postup urychlit, a proto pacienti, kteří potřebují péči, bývají umístěni na oddělení následné péče. Pokud se sociální situace do tří měsíců nevyřeší, jsou přeloženi na sociální lůžka. Z tohoto důvodu byla čtveřice pacientů hodnocena na oddělení následné péče, které bylo považováno za jiné sociální prostředí než nemocniční, protože péče o klienty je na tomto oddělení zaměřena zejména ošetrovatelským, nikoli medicínským směrem.

Nižší počet respondentů byl zvolen vzhledem k časové linii výzkumu, která byla 2 až 4 měsíce od začátku výzkumu, dále s ohledem na vytváření individuálních návrhů ke zlepšování sebepéče a k posuzování a hodnocení změn ve vývoji sebepéče u klientů. Součástí výzkumu v následném prostředí byly i pečující osoby, které měly vliv na pacienta a na návrat nebo změnu v jeho sebepéči. Mezi pečující osoby byly zahrnuty v domácím prostředí osoby v přímé péči a v sociálním prostředí osoby, které respondentovi věnovaly nejvíce možností a podnětů k obnově sebepéče.

### **4.3 Realizace výzkumu**

Výzkum byl proveden ve třech setkáních s respondenty a ve dvou s pečujícími osobami. První setkání s klientem probíhalo v Krajské zdravotní, a.s., v nemocnici

Teplíce o.z. na neurologickém oddělení. Druhé setkání s klienty bylo v jeho domácím prostředí v rozmezí čtyř až šesti týdnů od prvního setkání a během tohoto setkání byly osloveny i pečující osoby. Třetí setkání probíhalo také v domácím prostředí klienta za čtyři až šest týdnů od druhého setkání a do výzkumu byla opět zahrnuta pečující osoba. Výzkum trval od listopadu 2014 do února 2015. Nutnou podmínkou výzkumu byla ochota se výzkumu zúčastnit, spolupráce a navození důvěry mezi respondentem, pečovateli a mnou.

## 5 Výsledky

### 5.1 Rozhovory s respondenty

#### *Respondent 1*

První respondentkou byla žena, 71 let, přijatá pro ischemickou cévní mozkovou příhodu na iktovou jednotku intenzivní péče, po dvou dnech byla přeložena na standartní oddělení. Byla to její první mozková příhoda, při které došlo k postižení dominantní pravé poloviny těla ve smyslu hemiplegie a zároveň byla postižena vyjadřovací schopnost bradylálií a dysartrií. Z obecné anamnézy lze vyčíst, že se léčila s hypertenzí už roky, užívala Enap a Prestarium, jiné onemocnění neměla, nekouří, alkohol pije příležitostně. Pracovala jako pokladní v obchodě, nyní je již v důchodu. Ze sociální anamnézy jsem se dozvěděla, že je vdaná, má 2 děti a žije s manželem v rodinném domku.

#### *1. setkání s respondentkou*

Respondentka prodělala mozkovou příhodu před třemi dny a byla hospitalizována na standartním neurologickém oddělení. Pacientka je ležící v lůžku, hemiplegické končetiny jsou polohovány, horní končetiny jsou uloženy do extenčního postavení a dolní proti zevní rotaci, motoriku na postižené straně lze hodnotit stupněm 1, kdy byl patrný svalový záškub a v obličeji byl patrný mírný pokles ústního koutku, dále byla žena orientovaná, bradylálická, dysartrická. Podle modifikovaného testu Barthelové byla ohodnocena 15 body, to znamenalo vysokou závislost, IADL nebylo v nemocnici možné hodnotit. Funkční míra nezávislosti se ve většině sledovaných aktivit pohybovala mezi úplnou a maximální závislostí klienta, v komunikaci a sociálních schopnostech byla respondentka hodnocena vyšší úrovní a grafické znázornění je provedeno modrou barvou. V celkovém výsledku to znamená nutnou dopomoc jiné osoby, test ošetrovatelské zátěže se součtem bodů 22 patřil k hodnocení závislého pacienta.

Při rozhovoru na otázky odpovídala pomalu, vzhledem k motorické afázii byla řeč někdy hůře slyšitelná. Respondentka udává pocity studu, zmaru, nepochopení, proč zrovna ona prodělala „mrtvici“. Na varovné příznaky mozkové příhody si nevzpomíná, snad jen, že ji občas bolela hlava, „poslední dobou víc, i když na to netrpím“. Jednoho dne při chůzi došlo k zakopnutí a pádu, po kterém se nemohla zvednout a „blábolila“. Manžel zavolal sanitku, která ji odvezla do nemocnice na jednotku intenzivní péče. Sebepéči hodnotí jako samostatnost, nezávislost a nejvíce jí vadí, že nic nemůže sama, a bojí se, jak to bude dál, i když od začátku příhody se to hodně zlepšilo. Velkou oporu vnímá ve své rodině a přátelích, doufá, že si ji vezmou domů, a bude se snažit vrátit do „formy“. Obdivuje práci sester a je vděčná, že jí pomáhají, sama by nic nezvládla, ale je ráda, když „mají čas a dají mi žínku do ruky a můžu si umýt obličej“. Paní se cítí „divně“, protože špatně mluví, rodina se snaží jí pomáhat, mluví na ni pomalu, „dopovídávají za ni slova“, často však přikývne i na jinou věc, než kterou chtěla sama říct. Od začátku příhody se jí zlepšilo mluvení, ale ráda by víc cvičila, aby se aspoň dokázala sama napít, přitáhnout k postranici, hlavně by chtěla chodit a vše zvládat, ale sestřičky (fyzioterapeuti) tam chodí jen jednou denně a to je málo. Uvědomuje si, že je to „na dýl“. Chce se znovu vše naučit, ale moc tomu nevěří. „Pokud bych šla domů, museli by to tam předělat, protože mám postel nahoře a tam už nevylezu. Kdo ví, jestli vůbec budu chodit, natož schody“. Žádné kompenzační pomůcky dosud nepoužívala, doufá, že bude chůzi zvládat s hůlkou, s vozíkem by to nebylo možné.

Podle modelu Oremové došlo u respondentky k deficitu sebepéče podle oblasti terapeutických požadavků sebepéče a v současném stavu je nutný plně kompenzační ošetrovatelský systém, tudíž zastoupení nebo jednání za pacienta. Po konzultaci s fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou bylo paní doporučeno cvičení, kdy zdravá končetina posiluje s postiženou, proplétá prsty a dochází k protahování postižené končetiny, dále je zdůrazněna nutnost polohování končetin do správné pozice, aby nedocházelo ke vzniku kontraktur a je doporučena stimulace podle Bobath. K rozvíjení řeči a schopnosti mluvení bylo doporučeno práce se slovníkem pro afatiky, dále aby paní co nejvíce mluvila, četla a aby prováděla orofaciální stimulaci- špulit ústa,

usmívat se, mračit se, byla také nabídnuta možnost kontaktovat logopeda. V případě propuštění domů bude nutné poskytovat kvalifikovanou ošetrovatelskou péči a je na rozhodnutí rodiny, zda bude schopna péči zvládat, nebo zda bude zapotřebí pomoc domácí péče, nebo bude nutné umístit pacientku na oddělení následné lůžkové péče.

## ***2. setkání s respondentkou***

Naše druhé setkání proběhlo po 4 týdnech od prvního setkání u respondentky doma. Z nemocnice byla propuštěna sedmý den od příhody do ošetrování rodinou. Žena je sedící v křesle, postiženou končetinu má položenou na madle křesla, hybnost je na stupni 2, což znamená pohyb končetiny ve směru gravitace, avšak na pravé horní končetině se objevuje flekční spasmus, dolní končetiny jsou ve flexi zabalené do deky, opřené o plošky nohou, sed bez opory je nestabilní. Ústní koutek již není tolik pokleslý, lepší pohyblivost se projevila i na řeči, kdy však stále přetrvává dysartrie a občasné pauzy na rozmluvení. Přesto, že hodnocení modifikovaným testem Barthelové bylo vyhodnoceno na 55 bodů, znamená stále vysokou závislost ve všedních činnostech, IADL má hodnotu 10 bodů, což je závislost v instrumentálních všedních činnostech, funkční míra nezávislosti se pohybuje mezi úplnou, maximální až úplnou nezávislostí, v oblasti komunikace, v grafickém znázornění červená barva. V testu ošetrovatelské zátěže bylo skóre 21 bodů, které ukazuje na závislost pacienta.

„To koukáte, jak mi to sluší,“ byla slova, kterými mě respondentka přivítala, a doplnila je podáním levé ruky. S vývojem svého stavu je nespokojená, je sice ráda, že se rozmluvila, ale dalo jí to hodně práce. Zlepšování v pohybové složce je však minimální, nutně potřebuje někoho, kdo jí pomůže, nedokáže se sama ani zvednout z postele, vadí jí ta závislost na někom jiném. Bojí se, že už to „nerozchodí“, protože to trvá moc dlouho. Ruka jí brněla a teď už jen padá dolů. Sama si zkouší cvičit, každý den přichází dcera, protože se nepodařilo zajistit fyzioterapeutku domů, a cvičí s ní ještě víc, posiluje končetiny a masíruje jí záda. Rodina se o ni stará, snaží se jí pomáhat,

nedávají jí postižení najevo, upravili kvůli ní bydlení, chtějí jí vše usnadnit, přesto by si chtěla zkusit sama, i s nedostatky, a ne být jen opečovávaná. Ví, že to dělají s láskou a nechce je zraňovat, tak o tom nemluví, ale své postižení si uvědomuje. Má často pocity zimy a tak usíná „pod více dekama, ale pak je mi horko a nedokážu se z toho vymotat, a tak zase někoho potřebuju“. Chtěla by se víc hýbat, aby něco doma zvládla, připadá si zbytečná. Rodina si z půjčovny kompenzačních pomůcek půjčila mechanický vozík, na kterém pacientku vozí po bytě a výhledově chtějí paní vyvézt i ven, ale to se jí moc nechce, „jak na ni budou lidi koukat“.

### ***1. setkání s pečující osobou***

U této respondentky nebylo snadné určit pečující osobu, protože se v péči střídal manžel, dcera a vnučky. Zvolila jsem však manžela, protože je s respondentkou mnohem více času než ostatní. Při rozhovoru chtěl sedět u paní, aby věděla, co mi říká.

Na úvodní otázku definoval sepepěči jako schopnost zvládnout se starat sám o sebe a nikoho k tomu nepotřebovat. Uvědomuje si, jak jeho paní moc trápí, že nechodí, a když něco potřebuje, tak na něj volá, ale on s tím problémem nemá, protože jí vše rád pomůže, hlavně co se týká jídla a domácnosti, o hygienu se stará dcera. Je moc rád, že ji má doma, a je pyšný „jaký kus práce dokázali“. Kvůli manželce omezil své koníčky a věří, že až to bude lepší, že se k nim opět vrátí. Mrzí ho, že toho nezvládá tolik a že potřebuje tak velkou pomoc od dcery, která pomáhá nejen paní, ale vlastně i jemu. Ve stresovém testu pro pečovatele na všechny otázky z 11 odpověděl nikdy, na stupnici poskytování péče označil svůj způsob péče jako občasnou nadměrnou zainteresovanost.

Podle modelu Oremové byla rodině navržena změna ve smyslu poskytování úrovně ošetrovatelské péče na úroveň částečně kompenzační, kdy je vhodné některé činnosti ponechat na pacientovi, v jiných mu pomáhat, např. v hygieně a příjmu potravin. V pohybovém režimu bude zatím stále nutné ponechat plně kompenzační systém. Ve způsobu pomoci bude vhodné zastoupení pacienta v některých činnostech, jeho vedení a fyzická a psychická podpora pacientky. Na uvolnění vznikajících kontraktur

bylo navrženo míčkování a masáže, polohování končetiny a také konzultace s ortopedem nebo rehabilitačním lékařem k vytvoření peroneální pásky pro zpevnění dolní končetiny, k nácviku chůze je nutná i pevná obuv. Pacientka i rodina s návrhy souhlasí a zařídí vše potřebné.

### ***3. setkání s respondentkou***

Třetí setkání proběhlo v domácím ošetřování za 6 týdnů od druhého setkání, což znamená zhruba za 10 týdnů od vzniku cévní mozkové příhody. Respondentka sedí na židli, sed je stabilní, opírá se oběma rukama o stůl, postižená pravá horní končetina se hůře zapojuje do hybných stereotypů, je v mírné flexi, dlaň a prsty jsou podložené měkkým míčkem, hybnost je na stupni 3, ale pouze v zápěstí, lokti a ramenním kloubu, protože prsty jsou po vyndání míčku ve flexi, spíše v kontraktuře. Dolní končetiny jsou flektované v koleni, má připnutou peroneální pásku a je schopna stoje a chůze s oporou chodítka. Změny v obličeji již nejsou patrné. Řečové schopnosti se výrazně vylepšily, respondentka hovoří tiše a pomalejším tempem, některá slovíčka si vybavuje delší dobu a hůře vyslovuje. Zlepšení stavu se odrazilo i na objektivizaci stavu testováním. V testu Barthelové byl součet bodů 85, což znamená závislost pacienta na ošetřovatelské péči, v testu IADL je hodnocena stupněm závislá, neboť dosáhla 20 bodů. Zlepšení se odrazilo i v hodnocení FIM, kdy úplná závislost zůstává pouze při koupání a v chůzi po schodech, grafické označení je provedeno zelenou barvou. V testu ošetřovatelské zátěže došlo rovněž ke snížení bodového hodnocení na 16 bodů, což sice znamená závislost pacienta, ale s mírným zlepšením.

„Jsem tak šťastná, že jsem doma“. Má radost z toho, jak se jí zlepšil obličej a že dokáže pohnout rukou. Mrzí ji, že nehýbe prsty, protože „to už dobrý nikdy nebude“. Bojí se, co by bylo, kdyby se o ní rodina přestala starat nebo až to nebudou zvládat, dcera totiž čeká miminko, tak neví, jak to bude dál- „ale do ústavu mě snad nedají“. Chodí sice s chodítkem, ale špatně, páska jí drží „pevnou nohu“, není na ni zvyklá, pořád běhala, než jí to potkalo, a teď si sama nemůže dojít ani na záchod.



Manžel jí stále pomáhá, „už miň, jak jsme se minule domluvili, a to je fajn“, protože to pociťuje jako přínos, rodina se s jejím postižením smiřuje. Když přijde návštěva, dělali by rádi všechno za ni, ale cítí se hrdá, když může odmítnout i když se jí to nepovede. Doma jí předělali koupelnu, ale stále ji nedokáže využít, vozík už vrátili, aby ji donutili trochu chodit, protože stále spoléhala na pomoc okolí. Naučit se znovu chodit bylo hodně těžké, možná kdyby začala dřív, mohlo to být lepší. Snaží se, protože chce všem dokázat, že se nevzdá. Od minule se hodně zlepšila, pilně s dcerou trénovaly každý den, přesto si myslí, že kdyby cvičila víc, určitě by jí to pomohlo. Nicméně ví, že okolí dělá, co může, tak to nechává být. Ráda by jela do lázní, protože tam prý dokáží hodně pomoci, a doufá, že i jí by to prospělo. Mluvení se docela zlepšilo, jen „jakoby neměla sílu v hlase“ a občas se objevují problémy s rozpomenutím si na slova. Ráda by dosáhla chůze o holi a používání normálního příboru, protože teď používá ten speciální, těší se, až bude moct pochovat a povozit vnouče.

## ***2. setkání s pečující osobou***

Rozhovor s manželem byl plný optimismu, začal slovy: „Je šikovná, jak pěkně chodí“. Rodina i okolí se snaží podporovat její samostatnost, ale nenápadně jí pomáhají, protože její radost z úspěchu „jí žene dál“. Chtěla by hodně věcí dělat sama, bohužel to díky postižení prstů nejde, nedokáže se třeba doobléknout, zapnout, učesat na postižené straně. Odmítá pomoc lidí, kteří s ní nejsou v denním kontaktu, jako jsou přátelé a vzdálení příbuzní, chce všem dokazovat, jak „je dobrá“. Sama už ale zvládne sníst připravené jídlo a umýt se. Učení oblékání bylo hodně náročné, ale paní si už zvládne obléct tričko, halenu sama. Dcera jim ještě pomáhá, ale to brzy skončí a manžel se obává toho, co bude. Ve stresovém testu se na dvě otázky z 11 objevila odpověď – někdy, což by mohlo znamenat brzkou nutnost vyhledávání další pomoci, a na stupnici poskytování péče se objevuje hodnocení ve smyslu trvalé nadměrné zainteresovanosti.

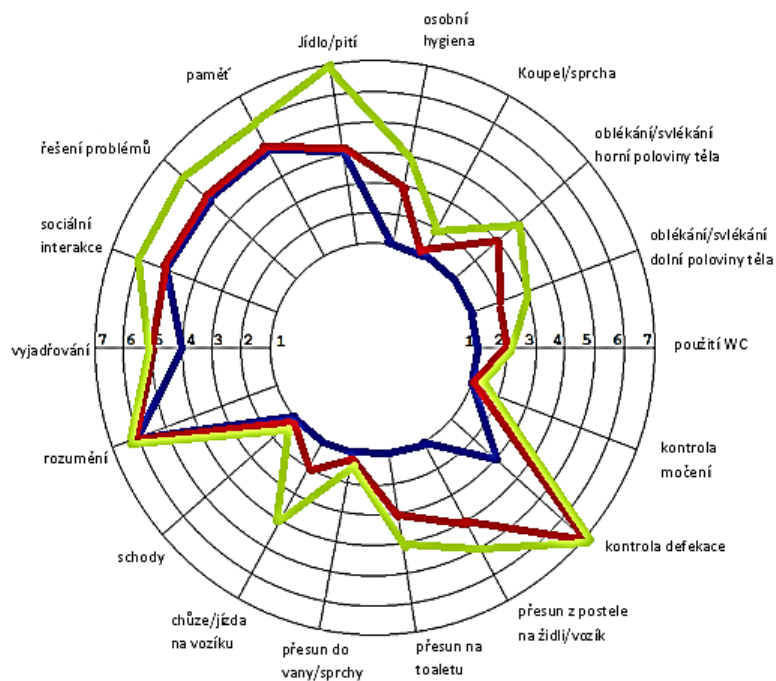
Ačkoli docházelo k mírnému zlepšování sebepéče respondentky, u rodiny docházelo k pozvolnému vyčerpání, a začaly se objevovat pocity nejistoty.

Podle modelu Oremové bylo již možné ve více činnostech aplikovat částečně kompenzační systém péče a ponechat plně kompenzační systém pouze na chůzi po schodech a na koupel. Z ošetrovatelských činností bylo vhodné ponechat zastoupení pacienta, fyzickou a psychickou pomoc a zajištění podpůrného prostředí. Rodině bylo doporučeno vyhledání agentury domácí péče, která v ošetrovatelské péči zastoupí rodinu a je schopna provádět i rehabilitační cvičení a nácvik sebeobsluhy. Je zcela vhodné ponechat míčkování, posilování končetin, masáže a po domluvě s ošetřujícím lékařem vyhledat lázeňskou léčbu, která by byla přínosem nejen pro pacientku, ale i pro její rodinu. U respondentky došlo ke zlepšení na úrovni řečové a v úrovni hrubé motoriky, jemná motorika se na postižené straně nezlepšila, zvládá válcový úchop a vážne relaxace předmětu. Soběstačnost pacientky se zlepšila, nicméně deficit sebepečce přetrvává a bude vyžadovat čas k úpravě.

Tabulka č. 1- Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 1

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetrovatelské<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
| 1. setkání | 15 bodů                         | Nehodnoceno | 22 bodů                       |
| 2. setkání | 55 bodů                         | 10 bodů     | 21 bodů                       |
| 3. setkání | 85 bodů                         | 20 bodů     | 16 bodů                       |

## Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 1



(Kalvach Z., 2011)

7 úplná samostatnost

6 modifikovaná samostatnost

bez pomoci druhé osoby

5 supervize (dohled)

s dopomocí druhé osoby

4 minimální asistence (méně než 25%)

3 střední asistence (25% až 50%)

2 velká asistence (50% až 75%)

1 úplná asistence

### Vysvětlivky:

Modrá barva- 1.sefkání s respondentem

Červená barva- 2.sefkání s respondentem

Zelená barva- 3.sefkání s respondentem

## ***Respondent 2***

Druhým respondentem byl muž, 69 let, přijatý pro ischemickou cévní mozkovou příhodu na iktovou jednotku intenzivní péče, odkud byl druhý den přeložen na standartní oddělení pro nedostatek lůžek. Tento muž již jednu mozkovou příhodu měl před 5 lety, ale zůstal zcela bez následků. U současné CMP došlo k postižení dominantní levé části těla, kdy dolní končetina je hemiplegická a horní končetina hemiparetická, objevuje se dysartrie a prvky anamnestické afázie. V obecné anamnéze lze kromě prodělané cévní mozkové příhody vyhledat ještě diabetes mellitus na dietě a na léčbě perorálními antidiabetiky – Siofor 500 mg a hypertenzi léčenou lékem Agen 5 mg, pacient kouří více než 20 cigaret denně, alkohol pije občas, spíše pivo. Před touto příhodou ještě pracoval jako dispečer dopravy u spediční firmy, dříve jako řidič. V sociální anamnéze lze vyčíst, že je ženatý a má dceru, bydlí v panelovém domě, ve 3. patře.

### ***1. setkání s respondentem***

U respondenta proběhla cévní mozková příhoda před čtyřmi dny a byl hospitalizován na standartním oddělení. Pacient seděl s oporou, plošky nohou byly opřené o bedničku, byl zajištěný proti pádu polštáři u levého boku, protože levá dolní končetina byla plegická, horní končetina byla flektována v zápěstí a v lokti, prsty ruky byly sevřené, ale bylo možné je pasivně otevřít. Motorika na postižené straně byla hodnocena na dolní končetině stupněm 0, což znamená žádný pohyb a jedná se o plegii, na horní končetině v lokti stupněm 3, pacient je schopen provést i pohyb proti gravitaci, v zápěstí stupněm 1, kdy se objevuje kontrakce bez pohybu. V obličeji nebyla patrná změna, pokles ústního koutku byl naznačen pouze při úsměvu. Podle fyzikálního vyšetření byl muž orientovaný, řeč byla ovlivněna dysartrií, kombinovanou s anamnestickou afázií, kdy v rozhovoru byly pauzy, během kterých jsme spolu s pacientem hledali vhodné slovo, které chtěl pacient vyjádřit. Podle modifikovaného

testu Barthelové byl ohodnocen 15 body, což znamenalo vysokou závislost, funkční míra nezávislosti, grafické znázornění je provedeno modrou barvou, se ve sledovaných aktivitách pohybovala mezi úplnou a maximální závislostí respondenta, což znamená nutnou dopomoc jiné osoby, v komunikaci a sociálních schopnostech dosahoval respondent vyšších úrovní. Test ošetrovatelské zátěže se součtem bodů 28 patřil k hodnocení závislého pacienta.

Rozhovor byl ovlivněný poruchou tvorby řeči, pacient se cítil zahanbený, že „mu to nemluví“, přesto chtěl v rozhovoru pokračovat. „To mám z toho mýho kouření, už jednou mě to kleplo a já si nedal říct“, těmito slovy pacient začal rozhovor o své nemoci. Vzápětí přiznal svou obavu, jak to bude dál v práci a vlastně, co s ním bude, když není schopný nic dělat. Varovné příznaky u téhle příhody nebyly, jen se rozčílil, vstal ze židle, podlomila se mu noha a už nevstal. Seběpěče podle něj znamená udělat si všechno sám a nikoho nepotřebovat, což on už potřebuje a toho se vždy bál, nejvíce mu vadí, že se nemůže postavit na nohy a že se nedokáže ani najíst. Doufá, že mu rodina pomůže, nikoho jiného nemá a do „ústavu nikam nechce“. Vadí mu, že se okolí přetvařuje, jak to vše půjde, a přitom mají starosti. Pomoc personálu obdivuje, jak rychle a dobře svou práci zvládají, není mu příjemné, že ho myjí a nemají na něj čas, chtěl by to zkusit taky sám. Když tam nikdo není, zkouší si aspoň dávat do dlaně míček, jak mu to poradila fyzioterapeutka, a občas i skleničku a cvičí i loket s pomocí druhé ruky „jako že pije“. Problémy s řečí si nepřipouští, nemá tolik příležitostí mluvit, všichni mluví za něj. Za dobrý nápad považuje dotykový počítač, kdy zkouší pravou rukou psát, ale občas se neumí vyjádřit. Drobné zlepšení vnímá v motorice ruky a v řečových schopnostech, přesto mu chybí větší zájem personálu a více cvičení, které si nahrazuje sám. Obává se, jak to bude s chozením, když neovládá nohu a nikdy žádné kompenzační pomůcky nepoužíval, a jak se dostane domů po schodech.

Podle modelu Oremové došlo k deficitu sebepěče podle oblasti terapeutických požadavků sebepěče, které je nutné plně kompenzovat ošetrovatelskými zásahy, tudíž zastupovat za pacienta. Po rozboru stavu pacienta s fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou byla doporučena vyšší frekvence cvičení pod odborným dohledem, také častější autotrénink zejména levé horní končetiny, a to nejen míčkem, ale i druhou

nepostiženou končetinou, opírání se o dlaň s napjatými prsty, dále posilování lokte, zatím propínat s výdrží a ohýbat do největší flexe. Cvičení dolní končetiny je závislé na další osobě, která ji musí ve správné poloze zafixovat ve flexi, ale také několikrát denně protahovat, aby se předešlo spasticitě svalových skupin. Je nutné rozvíjet řečové možnosti, vzhledem k technickým schopnostem respondenta např. pomocí počítače a možné komunikace, posilování paměťových stop křížovkami, kvízy apod. Vzhledem k předpokladu propuštění pacienta do domácí péče je nutná konzultace s rodinou a její schopnosti zajistit péči a cvičení.

## ***2. setkání s respondentem***

Druhé setkání s respondentem proběhlo doma za 5 týdnů od prvního setkání, kam byl propuštěn osmý den po mozkové příhodě. Muž sedí v mechanickém vozíku, odstrkuje se pravou dolní končetinou, pravá horní končetina reguluje směr, levá dolní končetina je zafixována řemínkem k vozíku, hybnost je na stupni 0, s nastupující spasticitou, a levá horní končetina je položena na opěrátku, drží se dlaní okraje, hybnost lokte stupeň 4, pohyb proti odporu, zápěstí stupeň 3, pohyb i proti gravitaci, prsty jsou uvolněné, stupeň hybnosti 2, pohyb pouze ve směru gravitace, natažení prstů provádí pravá ruka. Chůze ani stoj nejsou možné, levá noha je zcela plegická, sed jen s výraznou oporou zad a pevnou fixací pánve. Zlepšení se projevilo v řečové oblasti, řeč byla bohatší, poruchy ve výslovnosti přetrvávají. Hodnocení modifikovaného testu Barthelové bylo 45 bodů, což stále znamená vysokou závislost. Součet bodů v IADL byl 15 bodů a ukazuje na závislost v instrumentálních aktivitách, funkční míra nezávislosti se pohybuje od úplné závislosti po modifikovanou nezávislost, díky kompenzačním pomůckám až po úplnou nezávislost v komunikaci a v grafu je naznačena červenou barvou. Bodové hodnocení ošetřovatelské zátěže je 18 bodů, což znamená snížení ošetřovatelské zátěže, přesto je to stále závislý pacient.

Respondent v rozhovoru uvádí svou radost, že je doma, ale zároveň bezmoc ze své závislosti. Pohyblivost dolní končetiny je ve špatném stavu, nedaří se to zlepšit,

dokonce ji musí mít připevněnou, aby nepadala, „ale co je horší, ta noha mě bolí a já s ní nehnu, musím někoho volat“. Motorika horní končetiny se výrazně zlepšila v lokti, mírně v zápěstí, prsty dokáže chytit a udržet předmět. Jako výraznou pomoc označuje cvičení několikrát za den s manželkou, která ho nutí i do rozvíjení řeči. Chce to ještě hodně času, ale neví kolik. Dcera také pomáhá hlavně s přesuny, protože žena nemá sílu. Jako velký hendikep vnímá, že nemůže jít ven, v domě není výtah a pohybuje se pouze na vozíku. Péči druhých přijímá s pokorou, snaží se dělat si i něco sám, „spíš potají, aby se na něj nezlobily“, protože to nezvládá tak dobře. Rád by se naučil chodit a hýbat rukou, rád by se vrátil do práce, což vzápětí vyvrací s tím, že by to nezvládal a že by se styděl. Používat vozík pro něj bylo náročné, chtěl ho, aby nemusel jen ležet, ale udává, že jeho pohodlí je na úkor rodiny, která si jeho postižení uvědomuje a chce to řešit, chybí mu odborné cvičení a větší důslednost.

### ***1. setkání s pečující osobou***

Pečující osobou byla zvolena manželka, která s respondentem žije, dcera žije v jiném bytě. Manželka sebebepěči definuje jako schopnost zvládat vše sám anebo si umět poradit. Jako problematickou oblast u manžela vidí neschopnost pohybu, nemožnost se obsloužit a změny v chování. Snaží se mu vycházet vstříc a pomáhat mu, aby toho nemusel moc dělat a aby se necítil „špatně, že mu to nejde“. Uvědomuje si, jak je to náročné a jak moc vděčí dceři, že jí pomáhá. Manžela má ráda a váží si ho, chtěla by pomoci, jen neví jak. Musela omezit svou práci na zahradě, protože tam pán nedorazí a bojí se ho nechat samotného. Ve stresovém testu pro pečovatele odpovídala na dvě otázky někdy a na stupnici poskytování péče ji nejvíce vystihla odpověď 7- trvalá nadměrná zainteresovanost.

Podle modelu Oremové přetrvává deficit v oblasti terapeutických požadavků, kdy se propojují plně a částečně kompenzační ošetrovatelské systémy. Podle posouzení stavu pacienta a rozhovoru s ním bylo navrženo, aby plně kompenzační systém byl ponechán v oblasti koupání a pohyblivosti, avšak částečně kompenzační systém je

vhodné zavést například při zvedání z lůžka, přesunu na křeslo, rozšiřovat soběstačnost v přijímání jídla a pití a také v základní hygieně, zapojování aktivity obou horních končetin anebo v učení činností pravou končetinou, je nutné stále pasivně protahovat a posilovat levou dolní končetinu jako prevenci spasticity. Mezi další doporučení patřilo podporovat pacienta psychicky a bylo by vhodné upravit prostředí, aby se pacient mohl více pohybovat po bytě, a dále domluvit možnost rehabilitačního cvičení například agenturou domácí péče. Veškeré nácviky činností a posilování sebepečce bylo pacientovi a rodině předvedeno, doporučeny byly změny v rozmístění nábytku a úpravách bytu. Rodina si domácí rehabilitaci zařídí u obvodního lékaře.

### ***3. setkání s respondentem***

Třetí setkání s respondentem proběhlo doma za 4 týdny od druhého setkání, což znamená zhruba 11 týdnů od mozkové příhody. Pacient sedí v mechanickém vozíku, pravá noha vozík odstrkuje, levá je zapřena na stupačce již bez fixace, stupeň pohyblivosti je na stupni 1, kontrakce bez pohybu, pravá ruka řídí vozík, levá ruka přidržuje madlo na kolech, stisk není ale pevný, stupeň pohyblivosti v zápěstí a prstech je 3, čili provedení pohybu proti gravitaci. Stoj je možný pouze s pevnou oporou, kde je největší váha na pravé noze, po úpravě pozice levé končetiny dochází k mírnému přenesení váhy i na ni, chůze možná není. Změny v řeči od minulého setkání nejsou, stále trvá pomalá řeč, dysartrie některých slov a vybavování slov zůstává na stejné úrovni. Objektivní hodnocení podle modifikace testu Barthelové bylo 70 bodů, což je stále vysoká závislost, testování IADL bylo stejné jako u předchozího hodnocení- 15 bodů, zůstává tedy závislost, funkční míra nezávislosti byla zlepšena v samostatnosti při příjmu potravy, v kontinenci, použití WC a v přesunech, úplná závislost zůstala pouze v koupání, chůzi a pohyblivosti po schodech, grafické znázornění bylo provedeno zelenou barvou. I v testu ošetřovatelské zátěže došlo snížením závislosti ke zlepšení a počet bodů byl 10. Rodina podle naší domluvy zajistila domácí rehabilitační sestru, která dochází dvakrát denně a zlepšuje mobilitu pacienta.



Respondent v rozhovoru udává svou spokojenost s možností pohybovat se po bytě a s nadějí, že po úpravách v létě bude šance vjet i na balkon. Svůj největší deficit vnímá v neschopnosti chůze a problémech s úchopem levé ruky, nicméně s postupným zlepšováním a s postupující náhradou pravé ruky je spokojený. Rodina se snaží na něj přenášet některé činnosti, aby byl nucený něco dělat sám, což sice z počátku nevnímal úplně pozitivně, ale díky tomu se dokázal mnohé naučit a v těchto činnostech pomoc odmítá. Manželka se o něj stále stará, a pokud je zapotřebí tak mu pomůže, jako pozitivní uvádí, že pomohl sobě i jí tím, že je schopen se sám přesunout z lůžka na vozík nebo i na WC. Vnímá čas jako šanci na zlepšení a stále věří, že to „půjde“, podle rehabilitační sestry ještě šance na chůzi je, používá rehabilitační motorové šlapadlo a stav nohy se zlepšil, dokáže se na ni trochu postavit. Návštěvy rehabilitační sestry uvádí jako velice přínosné, je rád, že se mu věnuje a cvičení inovuje. Za nejmenší hendikep považuje své problémy s řečí, sice se snaží, ale cítí, že už to lepší nebude. Není ochoten si připustit péči někoho jiného než své rodiny. Nejhorší pro něj je myšlenka, že by náprava již nebyla možná a zůstal by odkázaný na ostatní, na svou rodinu, chce si vybojovat zpět svou pozici a rád by se vrátil do práce

## ***2. setkání s pečující osobou***

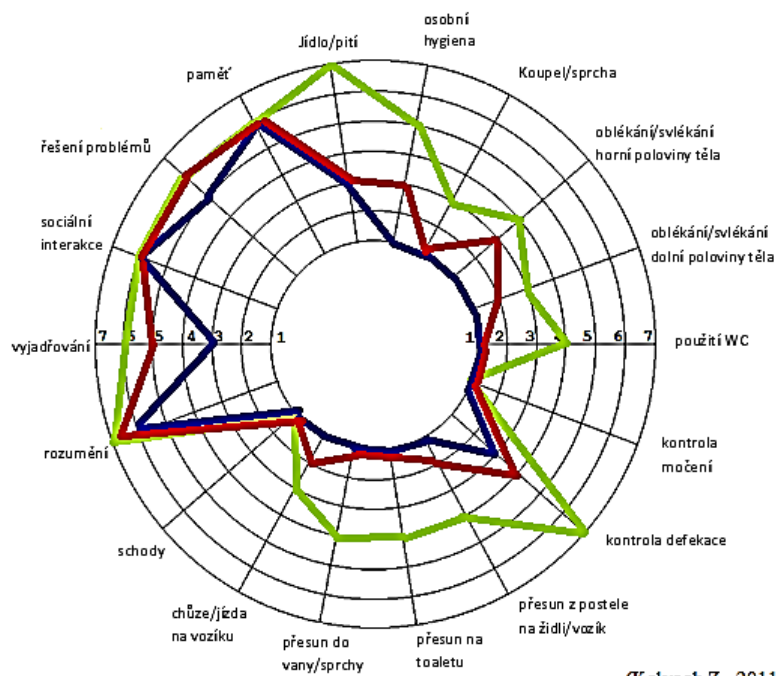
Manželka při rozhovoru hovořila o radosti z toho, jak je manžel nyní spokojený a jak se snaží. Přínosem pro ni bylo, že se sám začal přemísťovat. Velice kladně hodnotí přítomnost rehabilitační sestry, díky které se pán více snaží, a pokroky jsou znatelné. Manželka už se snaží některé činnosti nechávat na něm, ráda by ho postupem času nechala chvíli doma a šla ven. Její manžel je svéhlavý a rád by se postavil na nohy, přesto si myslí, že to nezvládne, ačkoli jej bude podporovat, jak jen to jde. Udává změnu ve vztahu k manželovi, kdy z nemocné chudinky se snaží dostat do pozice hlavy rodiny, a vnímá ho opět jako silného. V současné době pomoc dcery využívá málo, vše s manželem zvládají. Ve stresovém testu se objevila pouze jedna odpověď někdy, na stupnici poskytované péče se ztotožnila s popisem stupně 4- povšechná podpora.

U pacienta došlo ke zlepšení pohyblivosti horní končetiny, ale dolní končetina zůstávala víceméně nehybnou. Podle modelu Oremové je vhodné posouvat stále více činností do oblasti částečné kompenzační, plně kompenzační péči ponechat na koupel a na chůzi po schodech. Vzhledem k emočnímu posunu pacienta je vhodné zavádět podpůrné prostředí a edukovat pacienta, jeho zastupování a vedení nechat pouze na výjimečné případy, aby jeho samostatnost byla podpořena i jeho samostatným rozhodováním. Další rehabilitační péče je jistě přínosem jak pro pacienta, tak pro odlehčení manželce, která by chvíle cvičení mohla využít pro sebe. Stále je nutné cvičení několikrát denně a posilování a uvolňování svalových skupin, je důležité neopomíjet pravou nepostiženou stranu, která by mohla být přetěžována.

Tabulka č. 2- Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 2

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetrovatelské<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
| 1. setkání | 15 bodů                         | nehodnoceno | 28 bodů                       |
| 2. setkání | 45 bodů                         | 15 bodů     | 18 bodů                       |
| 3. setkání | 70 bodů                         | 15 bodů     | 10 bodů                       |

## Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 2



(Kalvach Z., 2011)

7 úplná samostatnost

6 modifikovaná samostatnost

bez pomoci druhé osoby

5 supervize (dohled)

s dopomocí druhé osoby

4 minimální asistence (méně než 25%)

3 střední asistence (25% až 50%)

2 velká asistence (50% až 75%)

1 úplná asistence

Modrá barva-

1.sefkání s respondentem

Červená barva-

2.sefkání s respondentem

Zelená barva-

3.sefkání s respondentem

### ***Respondent 3***

Třetím respondentem byl muž, 73 let, přijatý pro ischemickou formu cévní mozkové příhody na jednotku intenzivní iktové jednotky a po třech dnech byl přeložen k doléčení na standardní oddělení. Tato příhoda byla jeho první, došlo k postižení pravé dominantní poloviny těla ve smyslu hemiparézy a došlo k postižení tvorby řeči dysartrií. Pacient se před příhodou léčil s fibrilací síní, hypertenzí a hypertrofií prostaty a užíval léky Warfarin 3 mg, Betaloc ZOK 50 mg a Tamsulosin 0,4 mg. Dříve pracoval jako učitel, nyní je v důchodu, ale občas doučuje. Žije s manželkou, děti nemají, nekuřák, abstinent.

#### ***1. setkání s respondentem***

Respondent prodělal mozkovou příhodu před 4 dny, to znamená, že na standardním oddělení je jeden den. Pacient leží v lůžku, hemiparetické končetiny jsou zapolohovány polohovacím hadem, horní končetina je volně položena přes okraj, dolní končetina je v mírné flexi s vypodložením paty. Motoriku horní a dolní končetiny lze hodnotit stupněm 2, což znamená schopnost provedení pohybu ve směru gravitace. Muž byl dysartrický, jeho řečový projev byl špatně srozumitelný, odpovídal sice málo slovy, ale v kategoriích a byl orientovaný. Hodnocení modifikovaným testem Barthelové součtem 25 bodů řadí respondenta do vysoké závislosti, funkční míra nezávislosti, graficky je znázorněna modrou barvou, se pohybuje v rozmezí úplné závislosti až nezávislosti, a to v rozumění a paměti, a to znamená, že ve většině činností pacient vyžaduje asistenci.

Rozhovor s respondentem vyžadoval dostatek času a empatie, bylo nutné dělat pauzy k odpočinku, protože srozumitelnost se chvílemi značně zhoršovala. Respondent byl velice vstřícný, byl rád, že si ho někdo všimá a že není „odepsaný“. Svou nemoc bere jako zlo, nicméně ji přijímá s pokorou, nechce si to dělat ještě těžší. Že by se

mohlo jedit o mozkovou příhodu, ho napadlo, když mu vypadla knížka z ruky, dřívější příznaky si neuvědomuje. Manželka byla v té době pryč, nebyl schopen se ani pohnout a zavolat si pomoc, zůstal sedět v křesle, a když se pokusil vstát, upadnul, ležel několik hodin na zemi a byla mu zima. Soběstačnost hodnotí jako víru v sebe sama a dokázat si vše sám obstarat. Moc by si přál, aby se vše vrátilo k původnímu stavu, protože manželka by se o něj jinak nedokázala postarat, sama je nemocná a nesmí se namáhat. Přiznává lítost nad tím, že nemají děti, protože by měl kdo pomoci. Manželka se trápí, péči o něj nezvládne, její smutek mu nepomáhá. Omezení si uvědomuje v oblasti pohybu ať horní nebo dolní končetinou, neschopnost si dojít, kam potřebuje, a je mu nepříjemné někoho obtěžovat. Sestry dělají podle pacienta svou práci dobře, ale ne moc osobně, „jen aby to bylo hotové“, přál by si mít jednu sestru k ruce, která by mu pomáhala a ne jen opečovávala. Hybnost se mu od začátku příhody zlepšila, končetiny už nejsou „cizí“, sice je to málo, ale věří, že to půjde k lepšímu. Fyzioterapeutky, by podle respondenta, měly chodit častěji, líbí se mu přístup ergoterapeutky, která se snaží soběstačnost podporovat. Už se mu zlepšilo i mluvení, ze začátku nebyl schopen mluvit vůbec, jen kýval hlavou, teď už si dokáže říct, levou rukou psát neumí.

Podle modelu Oremové je určen deficit sebeděče u respondenta podle oblasti terapeutických požadavků sebeděče vzhledem k postižení způsobených CMP. Potřeby pacienta je nutné uspokojovat plně kompenzačním ošetrovatelským systémem, v příjmu potravy a hygieně je možné využít i částečně kompenzačního systému. Konzultace s fyzioterapeutkou byla v duchu zvýšených pohybových potřeb pacienta, kdy byla doporučena zvýšená frekvence návštěv u pacienta, individuální cvičení zejména horní končetiny, posilování zdravou rukou, stimulace dlaně balonkem, prevence dekubitů a kontraktur a nácvik sedu s oporou dolních končetin. Pro pacienta by vzhledem ke zlepšení od začátku příhody byla vhodná vířivka nebo léčba teplem a balneoterapie. Rozvoj řeči je nutné stimulovat hlasitým čtením, opakováním slov a nutností mluvit, protože ošetrující personál občas slovní komunikaci ani nevyžaduje, jako vhodná se nabízí konzultace s logopedem, nebo používání afatického slovníku. Vzhledem k tomu,

že pacient nejspíše nebude propuštěn do domácího prostředí, bylo by přínosné pacienta hospitalizovat na rehabilitačním oddělení.

## ***2. setkání s respondentem***

Druhé setkání proběhlo za 4 týdny od prvního setkání, to znamená téměř pět týdnů od vzniku mozkové příhody, na oddělení následné péče. Pacient je umístěn na čtyřlůžkovém pokoji, koupelna a WC nejsou na pokoji. Respondent sedí na posteli, pravá dolní končetina je vypořožena polštářem do flexe, horní končetina je volně položena na přikrývce, hybnost končetin je na stupni 3, to znamená, že pacient je schopen provést pohyb i proti gravitaci. Sed je možný pouze s oporou. Řečové schopnosti jsou stále pozměněné dysartrií, zhoršená artikulace zhoršuje srozumitelnost. Hodnocení testem Barthelové se zlepšilo, bodové skóre bylo 55 bodů, které ale stále spadá do hodnocení vysoké závislosti. IADL je obtížně hodnotitelné, přesto součet bodů byl 10, tedy závislost v instrumentálních všedních činnostech, funkční míra nezávislosti se stále pohybuje mezi úplnou závislostí a úplnou nezávislostí, v grafu zobrazeno červenou barvou. Bodové hodnocení testu ošetrovatelské zátěže se skóre 15 bodů znamená závislost pacienta na ošetrovatelské péči.

Respondent se cítí nespokojeně, chtěl by dělat některé věci sám, ale sestřičky, ač jsou milé, vstřícné, ochotné, se k němu chovají jako k neschopnému, ale pomoc zatím neodmítá, má obavy, že by mu pak třeba nepomohly. Nemocniční prostředí je sice dobré, ale stále je pacientem, který nemá moc prostoru, aby sám něco udělal. K postižení motoriky si začíná uvědomovat i svůj deficit v řeči, kdy mu často někdo nerozumí a otázky kladou tak, aby na ně byla jednoslovná odpověď. Nejvíc mu vadí, že s nimi málo cvičí, fyzioterapeut dochází jednou denně, a myslí si, že by to mohlo být intenzivnější, aby dokázal vstát a jít, protože pak má šanci, že se dostane domů, žena se o něj nemůže starat, pokud nebude schopen s malou dopomocí vstát a udělat pár kroků, sice za ním dochází každodenně, ale je stále smutná, nedokáže mu pomoci a on vnímá, jak mu to ubírá sílu. Vnímá zlepšení své pohyblivosti od začátku příhody, s pomocí se

posadí a má přislíbeno trénování stoje a pak i chůze, je moc rád, že už si dokáže udržet knížku a číst si. Nechutná mu jídlo a chtěl by mít své oblečení.

### ***1. setkání s pečující osobou***

Za pečující osobu byla zvolena staniční sestra, jelikož je v každodenním kontaktu s pacientem, tudíž dokáže pozorovat změny a vývoj soběstačnosti, a účastní se sesterských i lékařských vizit, kdy má možnost změny nebo úpravy režimu pacienta.

Sebepéči hodnotí jako být sám sebou, dokázat si poradit a vše udělat sám. U tohoto pacienta vnímá jako největší deficit změnu v pohyblivosti a v řeči, jeho nespokojenost s vývojem jeho stavu, protože by chtěl jít domů, ale žena se nedokáže o něj v tomto stavu postarat, vzhledem k postupnému zlepšování by šance na propuštění být mohla. Pomoc neodmítá, nicméně z výrazu tváře je zřejmé, že mu je něco nepříjemné, ale důvod nikdy neprozradí. Zapojování do činností není možné, protože personálu je málo a pacientů hodně, není na to čas, ale snaží se, aby se pacienti co nejvíce myli sami a byli schopni se sami najíst. Fyzioterapeuti pacienta navštěvují jednou denně a logopedie zatím naordinována nebyla. Testování pro pečovatele není možné provádět.

Podle modelu Oremové bylo doporučeno poskytování péče v některých činnostech z plně kompenzačního systému přesunout do částečně kompenzačního, více zapojovat pacienta a zajistit dostatek času k nácviku soběstačnosti. Plné zastoupení nebo vykonávání činností za pacienta bude ještě nutné ponechat při koupání a při pohybu mimo lůžko, nicméně při pohybu na lůžku by bylo vhodné vedení pacienta a fyzická podpora, aby lépe zvládal sebeobsluhu na lůžku, například provádění hygieny na lůžku. Dále po dohodě s fyzioterapeuty a lékařem byla domluvena vyšší četnost cvičení se zaměřením na posilování končetin, nácvik sedu a předat doporučení rodině, aby přinesla pevnou obuv. Návrh na logopedickou péči nebyl přijatý, v zástupu byla doporučena hojnější komunikace s personálem, a tím zajištění podpůrného prostředí pro rozvoj řečového potenciálu. Edukace pacienta souvisí s podporou částečně kompenzačního systému péče.

### ***3. setkání s respondentem***

Naše třetí setkání proběhlo za čtyři týdny od druhého setkání, to znamená zhruba devět týdnů od vzniku cévní mozkové příhody, respondent je stále hospitalizován na oddělení následné péče, na stejném pokoji. Respondent je sedící na lůžku, dolní končetiny svěšené dolů a zapřené ploškami nohou o podlahu, horní končetiny jsou opřené o lůžko, hodnocení hybnosti je na pravé horní končetině stupněm 4, schopnost provedení pohybu proti slabému odporu, pravá dolní končetina je stále na stupni 3, provedení pohybu i proti gravitaci. Zlepšení řeči je patrné, ale nepříliš výrazné, dysartrie trvá, i když v mírnější formě. Vývoj soběstačnosti pacienta se objevil i na bodovém hodnocení testů, podle modifikace testu Barthelové respondent dosáhl 75 bodů, což je hranice vysoké závislosti, v IADL hodnocení byl součet 15 bodů, což stále znamená závislost v instrumentálních všedních činnostech, funkční míra nezávislosti, v grafu značena zelenou barvou, se pohybuje od úplné závislosti až do úplné nezávislosti, nově například v příjmu jídla a v ovládnutí sfinkterů, a v testu ošetřovatelské zátěže byl součet 11 bodů, tedy člověk závislý na ošetřovatelské péči.

Respondent udává svou spokojenost s vývojem svého stavu, protože hybnost se mu o hodně zlepšila, dokáže stát s oporou a s chodítkem ujde pár metrů, dokáže se přesunout z lůžka na křeslo, sice s dopomocí, ale stav se stále lepší a to je šance dostat se domů, žena už v bytě nechala udělat změny, aby bylo možné se tam pohybovat s chodítkem a koupila mu nové lůžko. Pokud to bude možné, rád by ještě cvičil pod dohledem i doma. Největší problém stále vnímá ve své pohyblivosti a i v řeči, protože pokud chce rychle něco říct, jeho řeč se stává nesrozumitelnou. Jeho úspěchy jsou podloženy zvýšenou prací fyzioterapeutů, kteří s ním cvičili dvakrát za den a naučili ho přesunům a chůzi v chodítku, a sestry mu nechávaly více prostoru, aby činnosti zkoušel sám. Potřebuje čas, který mu umožní se ještě zlepšit a ne být tak závislým na ostatních, vše se znovu učit je moc těžké. Snaží se cvičit i mimo dobu s fyzioterapeuty, moc mu pomáhá, když ho někdo chválí, co vše dokáže. Nejtěžší bylo naučit se sedat, tím se mu posílila horní končetina a už se o ni dokáže trochu opřít, a pak chůze v chodítku, „aby nohy poslouchaly“. Za skvělé považuje návrat ovládnutí



sfinkterů, a tím snížení péče o něj. Řečové schopnosti se mu podařilo zlepšit díky novému pacientovi, který za ním chodí a tráví spolu hodně času. Chtěl by toho ještě hodně změnit a zlepšit a vrátit se k učení.

## ***2. setkání s pečující osobou***

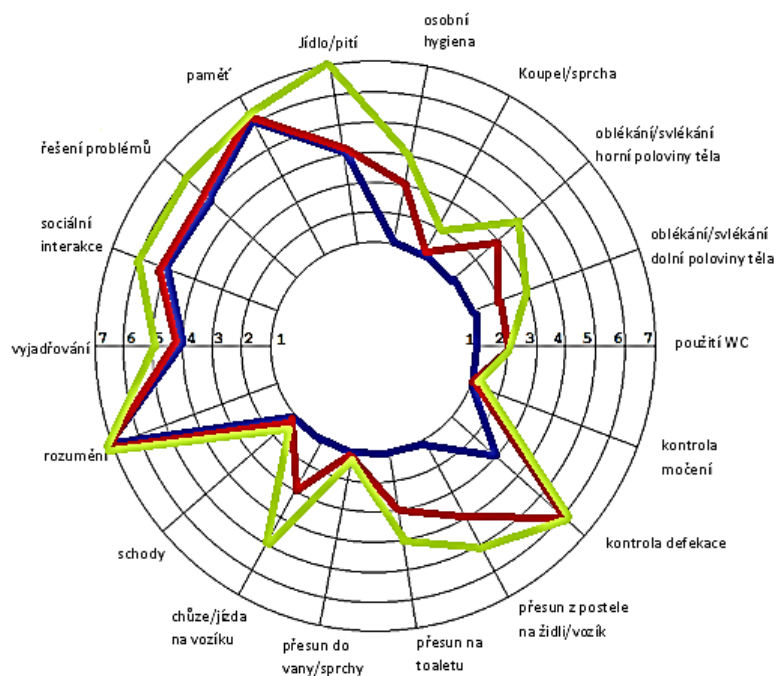
Staniční sestra ohodnotila vývoj pacientovo soběstačnosti jako velice příznivý, pacient má vůli a snahu se zlepšit, bylo by pro něj přínosné, kdyby mohl jít domů. Sestry se po naší minulé schůzce snažily nechávat péči na jeho pokoji až na konec, aby měly dostatek času a mohly pacientovi věnovat více možností k nácviku sebedpéče, pouze mu dopomáhat, přesto byly momenty, kdy na trénování nebyla příležitost, například koupel. Spolupráce s fyzioterapeuty byla dobrá, pacient má chuť se nové věci učit a zapojovat se víc a víc, přesto má pocit, že obtěžuje, proto zkouší některé činnosti i sám, stal se soběstačným v jídle a v pohyblivosti v lůžku, dokáže se i s pomocí posadit. Velkou, zejména psychickou, oporou se mu stal nový pacient, který mu nahrazuje přátele.

Vývoj soběstačnosti pacienta se jeví jako příznivý, přesto lze poukázat na to, že pokud by pacient měl větší a výraznější podporu prostředí, jeho soběstačnost by mohla být na ještě lepší úrovni. Pro pacienta by velkým přínosem byl návrat do domácího prostředí a domácí fyzioterapie. Podle modelu Oremové bylo personálu doporučeno plně kompenzační systém ponechat pouze ve vyhraněných činnostech, jako koupel a chůze po schodech, v ostatních činnostech nahradit částečně kompenzačním anebo podpůrně výchovným systémem, je vhodné zajistit vhodné podpůrné prostředí, aby docházelo k rozvoji pacienta a vedením pacienta zvýšit jeho sebeobsahu. Pokud bude pacient moci být propuštěn do domácího ošetřování, bude nutné manželku poučit o možnostech domácí fyzioterapie nebo ošetrovatelské péče, naučit ji manipulaci s pacientem. Jistě neopomenutelné je stále se věnovat rozvoji řeči a soběstačnosti. Pokud pacient zůstane v péči oddělení, bylo by vhodné péči stále podporovat dostatkem rehabilitace a dostatkem času věnovaného pacientovi.

Tabulka č. 3- Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 3

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetrovateľské<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
| 1. setkání | 25 bodů                         | nehodnoceno | 17 bodů                       |
| 2. setkání | 55 bodů                         | 10 bodů     | 15 bodů                       |
| 3. setkání | 75 bodů                         | 15 bodů     | 11 bodů                       |

### Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 3



(Kalvach Z., 2011)

- |                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| 7 úplná samostatnost                 | bez pomoci druhé osoby |
| 6 modifikovaná samostatnost          | bez pomoci druhé osoby |
| <hr/>                                |                        |
| 5 supervize (dohled)                 | s dopomocí druhé osoby |
| 4 minimální asistence (méně než 25%) |                        |
| 3 střední asistence (25% až 50%)     |                        |
| 2 velká asistence (50% až 75%)       |                        |
| 1 úplná asistence                    |                        |

#### Vysvětlivky:

- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Modrá barva-   | 1.setkání s respondentem |
| Červená barva- | 2.setkání s respondentem |
| Zelená barva-  | 3.setkání s respondentem |

#### ***Respondent 4***

Čtvrtou respondentkou byla žena, 70 let, kterou hospitalizovali pro ischemickou cévní mozkovou příhodu na iktové jednotce, kde byla paní hospitalizována čtyři dny, pátý den byla přeložena na standartní oddělení. Důsledkem zůstala hemiparéza pravé poloviny těla, včetně poklesu ústního koutku, a vyjadřování expresivní afázií, citově zabarvenou. V obecné anamnéze pacientky nejsou žádná interní onemocnění, žádnou medikaci neužívá, abusus alkoholu ani cigaret není. Sociální anamnéza udává, že žena dříve pracovala jako dětská sestra, je vdaná, žije s těžce postiženým manželem v domě s pečovatelskou službou, děti má 2 a žijí v zahraničí.

#### ***1. setkání s respondentkou***

Respondentka je šestý den po prodělání cévní mozkové příhody a je hospitalizována na neurologickém oddělení. Žena leží v lůžku na pravém boku, je zapoložována molitanovým polštářem, po domluvě s ošetřujícím personálem je paní uvedena do polohy na zádech, aby bylo možné lépe vyšetřit motoriku, která je na horních i dolních končetinách ohodnocena stupněm 2, tedy pohyb ve směru gravitace, v obličeji je patrný pokles ústního koutku. Vyjadřování je komplikováno expresivní afázií s citově zabarvenými výrazy a lehkou dysartrií, kdy některá slova splývají do sebe. Hodnocení testem Barthelové bylo vyhodnoceno 25 body, tedy vysoká závislost pacienta, funkční míra nezávislosti se pohybuje mezi minimální závislostí a úplnou závislostí, graficky je znázorněna modře, a opět ukazuje na nutnou pomoc jiné osoby, a v testu ošetřovatelské zátěže součet bodů 24 ukazuje na pacienta závislého na ošetřovatelské péči.

Během rozhovoru s respondentkou bylo někdy nutné ujasnit si význam slov, ne vždy byla dobrá výslovnost, pospojování slov a citově zabarvené výrazy byly často obsahově nesrozumitelné a bylo nutné se ujišťovat, zda pochopení významu bylo správné. Respondentka často mluví o hrůze a neštěstí, které ji potkalo, a hlavně má

velké starosti, jak to bude dál. Že se jedná o mozkovou příhodu, ji napadlo hned, protože už několik dní měla „těžkou ruku“, což přikládala fyzické námaze, a mozková příhoda se projevila večer, kdy usedla do křesla a nebyla schopna vstát. Seběpečí hodnotí jako být soběstačný, nikoho nepotřebovat a vše zvládat sám. Jako největší osobní problém vnímá svou nepohyblivost a jak „divně mluví“, ale největší starosti jí dělá, co bude s manželem. Manžel si její postižení neuvědomuje, děti se budou snažit přijet a zařídit vše potřebné, navštěvuje ji pečovatelka a kamarádka, které „to nesou špatně“. Z počátku se pousmívaly nad její řečí, ale když mluví pomalu, je jí rozumět a na zdrobnělé výrazy jsou zvyklé, protože tak občas mluvila, musela ale hodně změnit rychlost mluvení a i co chce říct, musí někdy rozmýšlet. Cítí se sama a je jí smutno. Je ráda, že jí sestřičky pomáhají, starají se o ni dobře, některá má víc času a nechává paní možnost, aby některé věci zvládala sama, a to ji baví, protože od začátku se to o trochu zlepšilo, a věří, že to půjde i dál. Moc ráda cvičí s fyzioterapeuty a váží si ergoterapeutky, která dochází každé ráno a učí, jak zvládat sám hygienu a jídlo. Od začátku příhody se jí zlepšilo mluvení i pohyblivost, nedokázala ani pohnout končetinou, teď už se zvládne trochu obsloužit a říct, co chce. Ráda by se co nejrychleji postavila na nohy a zkusila chodit.

Podle modelu Oremové je možné najít deficit sebepečce v terapeutických požadavcích vzhledem k hemiparetickému postižení a je nutné kombinovat plně kompenzační a částečně kompenzační ošetřovatelský systém. Po dohodě s fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou byla doporučena vyšší frekvence cvičení, zejména posilování horních a dolních končetin, posilování dotykových vjemů v dlani, dále posilování stabilizace trupu a nácvik sedu a stoje u lůžka, je nutné působit preventivně proti kontrakturám vhodným aktivním i pasivním cvičením a dostatečným polohováním. Z hlediska modelu je vhodné více činnosti přesouvat z plně kompenzačního do částečně kompenzačního, a tím postupně snižovat závislost pacienta. Rozvoj řeči je možný stimulací, to znamená co nejvíce s pacientkou mluvit, poskytnout jí možnost četby, ale také posilováním sebedůvěry, pokles ústního koutku bude vhodné autotréinkem posilovat- špulit, foukat, cenit zuby, zkusit se ze široka usmívat. Vzhledem k sociální situaci pacientky a k postupnému zlepšování hybnosti bude

nejspíše doporučena hospitalizace na rehabilitačním oddělení nebo oddělení následné péče.

## ***2. setkání s respondentkou***

Druhé setkání s respondentkou proběhlo za 5 týdnů od prvního setkání, to znamená zhruba za 6 týdnů od vzniku příhody, na oddělení následné péče, kam byla pacientka po dalších třech dnech přeložena z neurologického oddělení. Je umístěna na pokoji, které nemá vlastní sociální zařízení, spolu s dalšími třemi pacientkami. Je ležící, dolní končetiny má zapolohované do mírné flexe molitanovými polštáři, horní končetiny leží na příkrývce. Sed je nestabilní, je nutné ji zapřít polštáři, stoj je možný pouze s oboustrannou oporou, hybnost dolní končetiny zůstává na stupni 2, horní končetina se zlepšila na stupeň 3, tedy provedení pohybu i proti gravitaci. Pokles ústního koutku je stále patrný, zlepšení je minimální, totéž se týká i vyjadřování, stále přetrvává dysartrie, expresivní afázie se již tolik nemanifestuje. Bodové hodnocení modifikovaným testem Barthelové bylo 30 bodů, tedy zlepšení soběstačnosti pouze minimální a znamená stále vysokou závislost, IADL má hodnotu 5 bodů, tedy závislost v instrumentálních všedních činnostech. Funkční míra nezávislosti se v hodnocení činností pohybuje mezi dohledem až úplnou závislostí, graficky červená barva, a test ošetrovatelské zátěže je hodnocen 19 body, tedy snížením bodového hodnocení, nicméně stále trvá závislost na ošetrovatelské péči.

Respondentka měla ze setkání radost, starají se o ni dobře, ale cítí se osamělá a udává svůj smutek, jak pomalu zlepšování postupuje. Manžel byl umístěn do stacionáře se stálou péčí, ale co bude s ní, je nejisté. Těžko zvládá svou nepohyblivost, nedokáže se ani postavit, ani pořádně sedět, jen se zlepšila hybnost ruky, že už se dokáže lépe obstarat sama. Vnímá postupné zlepšování, ale vadí jí, kolik času už strávila v nemocnici a stále to není dobré. Péči o ni zvládají sestry dobře, ostatní za ní nechodí a děti ještě nemohly přijet. Zvykla si, jak jde všechno sestřím snáz, sama se cítí špatně, protože se jí spousta věcí nedaří, jak by chtěla, a je pro ni snazší si

o pomoc říct. Pomalu si zvykala na oddělení, už je vcelku spokojená, není sama, s ostatními si povídá, nicméně domov to není, ráda by se vrátila, ale má obavy, že to nebude možné. Fyzioterapeuti s paní rehabilitují, ale ona se bojí si stoupnout, někdy cvičení i odmítá, protože jí „to nejde“. Na horní končetinu jí občas přikládají molitanovou dlahu, která, jak si myslí pacientka, zlepšila hybnost ruky. Když potřebuje odvézt na vyšetření, musí být ve vozíku podložena polštářem, aby nespadla, a to se moc stydí.

### ***1. setkání s pečující osobou***

I u této respondentky byla zvolena za pečující osobu staniční sestra, která mohla každý den posoudit změnu ve stavu pacienta. Z rozhovoru vyplývá, že tato pacientka zpočátku pomoc a péči odmítala, pak si přivykla a nerada se péče vzdává, nácviky sebezpečí odmítá, někdy sice zkouší sama, ale jen snadné výkony, které po neúspěchu opět přenechává na sestřích. Uznává, že důslednost sester k nácvikům sebezpečí není tak velká. Fyzioterapeut s paní rehabilituje, ale ta cvičení odmítá, bojí se o sebe, přesto ke zlepšení stavu pozvolna dochází. Velký vliv má i nejasná sociální situace a výhled do budoucna, paní je osamělá, mezi pacienty si našla přátele.

Podle modelu Oremové je i nadále vhodné převádět více činností do částečně kompenzačního systému a pomáhat pouze, když je to nutné. Pohybovou stránku by bylo vhodné podporovat zajištěním vhodného prostředí, to znamená zajistit bezpečnost, vhodnou obuv, dostatek personálu, aby nedošlo k pádu pacientky, pokračovat a zintenzivnit fyzioterapii, vést pacientku k větší soběstačnosti a provádět za ni pouze nevyhnutelné činnosti- koupel, přesuny, chůzi. Vzhledem k emočním problémům by bylo vhodné zajistit dobrovolníka, který by mohl pomoci i k rozvoji řeči. Dále je nutné kontaktovat rodinu a domluvit si výhledově situaci pro propuštění, pacientka není soběstačná a bude nutné zajistit domácí péči nebo jinou sociální službu.

### ***3. setkání s respondentkou***

Třetí setkání proběhlo za čtyři týdny od druhého setkání, to znamená přibližně deset týdnů od vzniku cévní mozkové příhody, na oddělení následné péče. Hospitalizace pokračuje pro postupné zlepšování pacientky, které se odrazilo i na mírném zlepšení objektivního hodnocení pomocí testů. Pacientka sedí, dolní končetiny zapřené o stoličku, horní končetiny jsou položeny na stolku, v pravé dlani má molitanový míček pro zlepšení úchopu, hybnost pravé horní končetiny je na stupni 4, tedy pohyb i proti mírnému odporu, hybnost dolní končetiny je na stupni 2, tedy provedení pohybu pouze ve směru gravitace, chůze je stále nemožná, stoj s oboustrannou podporou. V obličeji je stále patrný pokles ústního koutku a řeč je více srozumitelná. Modifikovaný test Barthelové byl ohodnocen 55 body, IADL 10 body a test ošetrovatelské zátěže 11 body, i přes navýšení bodového zisku se stále jedná o pacienta vysoce závislého na péči ve všedních či instrumentálních činnostech. Funkční míra nezávislosti, grafické hodnocení zelenou barvou, se v kontrole defekace, příjmu potravy a pití a rozumění dostala na 7 bodů, tedy úplnou nezávislost, ostatní činnosti se pohybují od mírné až po úplnou závislost.

Respondentka je od minulého setkání spokojená, pohyblivost horní končetiny se výrazně zlepšila, dokáže se sama najíst, ale hybnost dolní končetiny se stále nelepší, stát dokáže pouze s výraznou pomocí jen chvíli, a jak přiznává, postiženou končetinu šetří, má strach ji zatížit. V sedu je mnohem stabilnější a jistější, už se udrží i na vozíku a přivítala by třeba procházku venku. Nikdo za ní nechodí, jen si telefonuje s dětmi a pečovatelkou, takže jí pomáhají sestřičky, bere je jako svou rodinu a cítí se tam v bezpečí. Je ráda, že za ni činnosti vykonávají, nerada něco kazí, takže pomoc neodmítá, naopak vyhledává. Vnímá zlepšení v časové linii, znovu učit by se chtěla, nicméně tato péče jí vyhovuje, a tak se některým nácvikům bránila, teď už jí nikdo nic nenabízí. Jako nejtěžší vidí chůzi, fyzioterapeuti jí nabízeli chodítko, které ale odmítla, chtěla by být více silná, protože nevěří, že by to bylo možné. Cvičení se jí líbí, posiluje horní končetinu, otáčí s ní, cvičí, i když tam nikdo není, ale dolní končetinu jakoby zanedbává, nemá motivaci, aby se hýbala. Zlepšení řeči si uvědomuje, protože se sestry



často ptají jen jednou a rozumí jí, a navíc začala číst pacientce vedle, ale občas si nemůže vzpomenout na nějaké slovo. Svou situaci nevnímá jako neštěstí, je to jiná cesta života, která ji donutila změnit své hodnoty. Ví, že domů už nebude možné se vrátit, ráda by byla s manželem, ale nejspíš to možné nebude, nedokáže se postarat ani o sebe.

## ***2. rozhovor s pečující osobou***

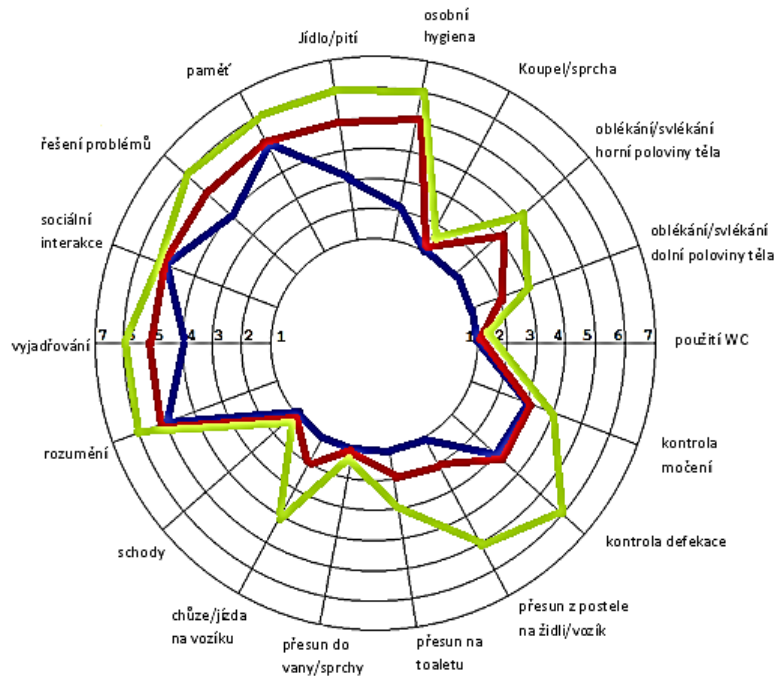
Staniční sestra popisuje výrazné zlepšení fyzického stavu pacientky, nicméně její odmítání a neochota k učení se projevuje ve větší míře. Snaží se být milou, ráda se nechává obstarávat, ale při pokusu o nácvik nějaké činnosti nespolupracuje. Nebylo snadné pacientku naučit jíst a osobní hygienu vykonávat ve větší míře samostatně, mobilita pacientky je narušená jejím postižením, ale význam cvičení jakoby si neuvědomovala. Ke zlepšení v sebeděči došlo a mohlo „by to být ještě mnohem lepší“, ale velkou úlohu má psychická stránka pacientky, přínosem vidí potřebu pomáhat jiné pacientce. Vzhledem k těmto zlepšením je možné pacientku stále hospitalizovat, bude však nutné zajistit podpůrné prostředí, ve kterém se o paní po propuštění postarají.

Ačkoli dochází k postupnému zlepšování fyzického stavu, je nutné se zaměřit i na psychický stav. Pro pacientku by jistě byla přínosná konzultace s psychologem, který by navrhl způsob terapie, díky kterému by se mohlo snížit odmítání a návrat sebeděče by tak mohl být rychlejší. Je nutné stále pokračovat ve cvičení, v posilování a protahování, protože končetiny musí být zvýšeně stimulované proti vnitřní rotaci a plantární flexi. Cvičení by mělo být více zaměřeno na dolní končetinu, možností by mohlo být i použití dlahy na hlezenní kloub končetiny, tím dosáhnout zpevnění končetiny a snížení nejistoty pacientky, horní končetinu je vhodné i nadále posilovat zejména silovým cvičením a ponecháním větší samostatnosti při činnostech, respektovat neúspěchy a podporovat pacientku. Dále by byla vhodná konzultace se sociální sestrou a plánování propuštění pacientky nejspíše do sociálního zařízení vzhledem k neúčasti rodiny na péči.

Tabulka č. 4 - Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 4

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetrovateľskej<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------|
| 1. setkání | 25 bodů                         | Nehodnoceno | 24 bodů                        |
| 2. setkání | 30 bodů                         | 5 bodů      | 19 bodů                        |
| 3. setkání | 55 bodů                         | 10 bodů     | 11 bodů                        |

### Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 4



(Kalvach Z., 2011)

7 úplná samostatnost

6 modifikovaná samostatnost

bez pomoci druhé osoby

5 supervize (dohled)

s dopomocí druhé osoby

4 minimální asistence (méně než 25%)

3 střední asistence (25% až 50%)

2 velká asistence (50% až 75%)

1 úplná asistence

#### Vysvětlivky:

Modrá barva- 1.sefkání s respondentem

Červená barva- 2.sefkání s respondentem

Zelená barva- 3.sefkání s respondentem

## ***Respondent 5***

Pátou respondentkou byla žena, 68 let, její diagnózou k přijetí byla ischemická cévní mozková příhoda. Jednalo se o její první ataku, při které došlo k postižení dominantní poloviny těla, a to právě, hemiplegií a zároveň k postižení řeči těžkou dysartrií. Z obecné anamnézy vyplývá, že se žena léčila s hypertenzí už několik let, užívala Indap, dále s refluxní chorobou jícnu, užívala Helicid, a také s vertebroalgickým syndromem, kdy při bolestech užívala Tramal. Abusus cigaret není, alkohol příležitostně. Dříve pracovala jako řidička, později ve výrobě kovů jako kontrolor. Podle sociální anamnézy je vdaná, má 3 děti, žije v panelovém domě.

### ***1. setkání s respondentkou***

Mozková příhoda u respondentky proběhla před třemi dny a po překladu z jednotky intenzivní péče je druhý den hospitalizována na standartním oddělení. Pacientka je ležící, uložena do polohy na zádech, na antidekubitní podložce, pravostranné končetiny jsou uloženy na polohovacích pomůckách v mírné flexi, stoj ani sed nejsou možné. Motorika končetin je od začátku zlepšena, hybnost horní končetiny je na stupni 3, tedy schopnost provedení pohybu i proti gravitaci, dolní končetina zůstává na stupni 0, to znamená úplná plegie. V obličeji patrné změny nejsou, přesto je řečová schopnost změněna těžkou dysartrií a při únavě až motorickou afázií, proto bylo nutné setkání rozdělit na dvě sezení v průběhu dne. Podle fyzikálního vyšetření je žena orientována, podle modifikovaného testu Barthelové byla ohodnocena 15 body, tedy vysokou závislostí, ve funkční míře nezávislosti, graficky označena modrou barvou, se pohybuje mezi úplnou závislostí ve většině činnostech, přes maximální závislost v příjmu jídla a osobní hygieně, až po nezávislost v rozumění. Test ošetrovatelské zátěže je ohodnocen 24 body, značí tedy závislého pacienta.

Respondentka udává pocity smutku a zmaru, nic takového by nikomu nepřála. Sice už pár dní pozorovala, že ji brní ruka, ale vždy to přešlo a pak z ničeho nic se jí

podlomila noha a nemohla se zvednout. Sebepečí definuje jako „stačit si sám pro sebe, nikoho nepotřebovat“. Svě největší postižení si uvědomuje ve všech oblastech, nejvíce v pohyblivosti a řeči, vadí jí, že je závislá na pomoci ostatních. Rodina jí je nablízku, snaží se jí pomáhat, koupili jí matraci a její postižení chtějí změnit, „prostě se to stalo“, chtějí si ji vzít domů a vše tomu přizpůsobit. Od příhody se její stav o dost zlepšil, vnímá to zejména na hybnosti pravé horní končetiny, protože nebyla schopna rukou ani pohnout, v současné době se dokáže s pomocí druhé ruky napít, a proto jí vadí, když někdo z personálu provádí činnosti automaticky a nedá jí možnost si to zkusit sama. Práce sester je podle ní velká pomoc, musí pečovat o tolik pacientů a přitom být vstřícné a nedat najevo své problémy. Neví, jak bude pokračovat vývoj hybnosti dolní končetiny, protože ta je zcela „chromá“, ale ráda by se naučila znovu chodit. Problémy s řečí zvládá těžce, ale od začátku příhody, kdy nemohla mluvit vůbec a dorozumívala se jen příkyvováním, se rozmluvila a myslí si, že to ještě půjde zlepšit. Je jí nepříjemné, že je inkontinentní a nedokáže se obstarat sama.

Podle modelu Oremové je schopnost sebepečce narušena v terapeutických požadavcích a je nutné poskytovat péči systémem plně kompenzačním, zastupovat za pacienta, protože vyžaduje úplnou péči pečující osoby, nebo částečně kompenzačním, kdy některé činnosti zvládá pacient sám a jiné musí za něj vykonávat sestra. Fyzioterapeuti a ergoterapeutka doporučili provádět několikrát denně intenzivnější cvičení, posilování, přitahování, silová cvičení, masáže a stimulaci reflexních bodů pod jejich vedením, dále aby pacientka několikrát denně sama prováděla posilování a protahování zdravou končetinou, vhodná je také dotyková stimulace ve dlani nebo na plosce nohy. Je doporučeno polohování horní končetiny do funkční ruky, to znamená střídání flexe a zevní rotace, nacvičování úchop, dávat palec do opozice a prsty do mírné flexe. Dále je doporučena peroneální páska na dolní končetinu jako prevence spasticity a zároveň jako stimulační prostředek pro chodidlo. Je důležité pacientku posazovat s oporou plosek a bylo by vhodné zajistit pevnou obuv pro pozdější nácvik chůze. Řečový deficit je možné zmírňovat hlasitým mluvením, četbou, opakováním a cviky na obličejové svaly. Důležité je posilovat soběstačnost pacientky a dát jí možnosti vykonávání činností samostatně. V případě propuštění je

nutné zajistit buď lůžko na rehabilitačním oddělení, nebo při propuštění domů je vhodné zajistit domácí návštěvy fyzioterapeuta.

## ***2. setkání s respondentkou***

Druhé setkání s respondentkou proběhlo za čtyři týdny od prvního setkání, to znamená téměř pět týdnů od mozkové příhody, v domě její dcery. Pacientka byla propuštěna sedmý den hospitalizace na žádost rodiny. Paní je sedící v polohovatelném lůžku, na kterém je antidekubitní matrace, dolní končetinu má podloženou antidekubitním válcem, horní končetina je volně pohyblivá. Sed je možný s malou oporou, stoj pouze s peroneální páskou a s výraznou oboustrannou podporou, chůze možná není. Hybnost horní končetiny se zlepšila na stupeň 4, tedy schopnost provést pohyb i proti odporu, dolní končetina je na stupni 2, provedení pohybu ve směru gravitace. V řečovém projevu přetrvává dysartrie lehčího stupně, motorická afázie se již nevyskytuje. Objektivizace stavu pacientky testy prokázala výrazné zlepšení, v modifikovaném testu Barthelové byl součet bodů 65, ale přesto znamená vysokou závislost pacienta, součet bodů v IADL byl 20 bodů, tedy hodnocení závislého pacienta v instrumentálních všedních činnostech, funkční míra nezávislosti, v grafu značená červenou barvou, ukazuje, jak se většina činností z úplné závislosti dostala do pozice různých stupňů asistence a úplná samostatnost se rozšířila na více oblastí. Snížení potřeby ošetřovatelských intervencí se ukázalo i v testu ošetřovatelské zátěže, který byl ohodnocen 15 body, to sice ještě stále znamená závislého pacienta, přesto je zátěž nižší.

Respondentka se cítí spokojeně, že je mezi svými blízkými, dcera si ji vzala domů, protože bydlí v domku, kde nejsou schody a je tam více prostoru na pohyb s pomůckami. Za svůj největší deficit vnímá nemožnost chůze a také změny v řeči, jinak je s vývojem svého stavu vcelku spokojená. Těchto úspěchů mohla dosáhnout jen díky své rodině, která ji maximálně podporuje, několikrát denně s ní cvičí, dohlížíjí, aby cvičila sama, dvakrát v týdnu dojíždí na rehabilitaci a obden na masáže. Rodina jí zajistila velké množství rehabilitačních a balančních pomůcek, dlahu na dolní

končetinu, a až dojde ke zlepšení stability dolní končetiny, začne trénovat chůzi v chodítku a potom s francouzskými holemi. Ze začátku jí hodně pomáhali, její postižení vnímali stejně s respondentkou jako stav, který bylo zapotřebí řešit, ale postupem času snižovali pomoc, a tím zvyšovali nutnost se sama naučit, nechali ji dělat věci i špatně a pak je poopravili, teď už toho zvládá mnohem víc než v nemocnici. Cítí se dobře, když už není tolik závislá na pomoci ostatních, a věří, že ještě dalšího zlepšení dosáhne, závisí to na čase a její vůli. Potěšilo ji, že s ní chodí na nákupy a že zvládne i z vozíku nakoupit. Moc ráda se bude učit dál, od dalšího týdne začne docházet i na logopedii, aby mohla ještě lépe mluvit.

### ***1. setkání s pečující osobou***

Po dohodě s rodinou byl za pečující osobu zvolen manžel, který se k dceři nastěhoval spolu s manželkou a společně s dcerou poskytuje největší péči. Sebepéče podle něj znamená zvládat všechno sám a umět si poradit. Za největší problém u své ženy považuje, že se „to vůbec stalo“, ale jsou rozhodnutí se o ni postarat a pomáhat jí celá rodina, která je oporou nejen jí, ale i jemu. Jako závažný deficit své manželky uvádí neschopnost vlastního pohybu a neobratnost při některých činnostech, řeč problematicky nevnímá. Zpočátku bylo těžké paní pomáhat, a přesto jí dávat možnost, aby vše dělala sama. Má radost z každého úspěchu a činnosti, které nám přijdou běžné, jsou pro ni „vítězstvím nad sebou sama“. Ve svém životě si musel přehodnotit některé své dřívější priority a upravit si pracovní dobu, aby se mohli s dcerou u ní střídat, nechtějí jí být stále za zády, ale aby věděla, že je někdo na blízku. Jako velice dobré uvádí možnosti pomůcek ať hygienických, či pohybových. Ve stresovém testu pro pečovatele jeho odpověď na všechny otázky byla nikdy, na stupnici poskytování péče ho nejvíce vystihoval bod 4, tedy povšechná podpora.

Podle modelu Oremové je vhodné do péče zahrnout podpůrně výchovný systém a nadále podporovat pacienta fyzicky i psychicky. Posilování a protahování končetin je velice důležité, dále je nutné se zaměřit na správnou pozici dolní končetiny, její posílení

a tím možnost stabilnějšího stoje a možnost chůze. Je nutné se zaměřit na výběr vhodné obuvi, s pevnou patou a špičkou. Při nácvičku sedu je nutné se zaměřit na správné postavení kyčlí a kolen a zapřít plosky nohou o pevnou podložku. Plně kompenzační systém ponechat pouze ve vyhraněných činnostech, ale i tam se v blízké době snažit aspoň o zavedení částečně kompenzačního systému. Tento přístup rodiny je pro rozvoj pacientky a její soběstačnosti velice příznivý, je nutné neopominout trénování řečových schopností za aktivizace obličejových svalů a asistence logopeda.

### ***3. setkání s respondentkou***

Třetí setkání s respondentkou proběhlo čtyři týdny od druhého setkání, tedy přibližně devět týdnů od mozkové příhody, stále bydlí u dcery i se svým manželem. Je stabilně sedící, dokáže se s peroneální páskou postavit s oporou francouzské hole na zdravé straně a s oporou na zdravé polovině těla ujde několik metrů. Hybnost horní končetiny je téměř normální, stupeň hybnosti je na stupni 5, tedy normální síla a pohyb proti odporu, kdy se rukou dokáže i vzepřít a postavit se, ale hybnost prstů ještě nedovoluje sevření do pěsti, dolní končetina je na stupni 4, tedy schopnost provedení pohybu proti odporu. Chůze je vedena cirkumdukci pravé nohy a je nutné ji zpevňovat dlahou, protože stabilita kloubu není úplná. Vyjadřovací schopnosti se výrazně zlepšily, dysartrie se objevuje ve složitějších slovech a pokud se ve slově vyskytuje více tvrdých souhlásek za sebou, logopedie však využita nebyla. Jasně zlepšení stavu a schopnosti sebepéče se objevuje i v hodnocení testů, modifikovaný test Barthelové byl ohodnocen 140 body, a tím respondentku zařadil do lehké závislosti, IADL byl ohodnocen 35 body, což znamená člověka závislého v instrumentálních činnostech. Ve funkční míře nezávislosti je úplně závislá na pomoci při chůzi po schodech a při koupání se projevuje mírnou závislostí na pomoci ostatních, test ošetřovatelské zátěže, s 5 body, téměř vyjadřuje soběstačného člověka nezávislého na péči.

Respondentka v rozhovoru uvádí svou spokojenost s tím, čeho dosáhla, a cítí ještě možnost zlepšení chůze posílením dolní končetiny. Bylo pro ni hodně těžké docílit stoje



a začít chodit, byly to dlouhé hodiny cvičení, posilování a příprav, kdy spolupracovala celá rodina spolu s fyzioterapeutem, nebyla možnost jediného dne odpočinku. Nemá ještě odvalu jít někam sama, přesto doprovod využívá jen jako možnou pomoc. Je vděčná, že má svou rodinu a v nich takovou oporu, že jen díky nim dokáže být sama doma a obstarat se, i vzhledem ke své inkontinenci, což vnímá jako další velký hendikep. Všichni od určité doby postupně „dávali ruce pryč“ od pomáhání, což byl podnět k postupnému přivykání na svou vlastní sebeké. Za jedno z nejtěžších považuje získání sebejistoty a zlepšení hybnosti horní končetiny, tak aby byla schopna se na ní udržet. Posilování a protahování prstů si dlouho nikdo neuvědomil, protože cvičení s balonkem nedokáže naučit sevřít úplně pěst, vážne relaxace předmětu. Zlepšení řeči je následek nutné komunikace s fyzioterapeutkou a vysvětlování všech činností. Rodina pro ni zařizuje lázeňskou léčbu, aby se vše ještě rychleji vrátilo co nejvíce k normálu. Doufá, že potom se budou moci s manželem vrátit domů a že zvládne i obstarat domov, protože to za ni zatím dělají ostatní.

## ***2. setkání s pečující osobou***

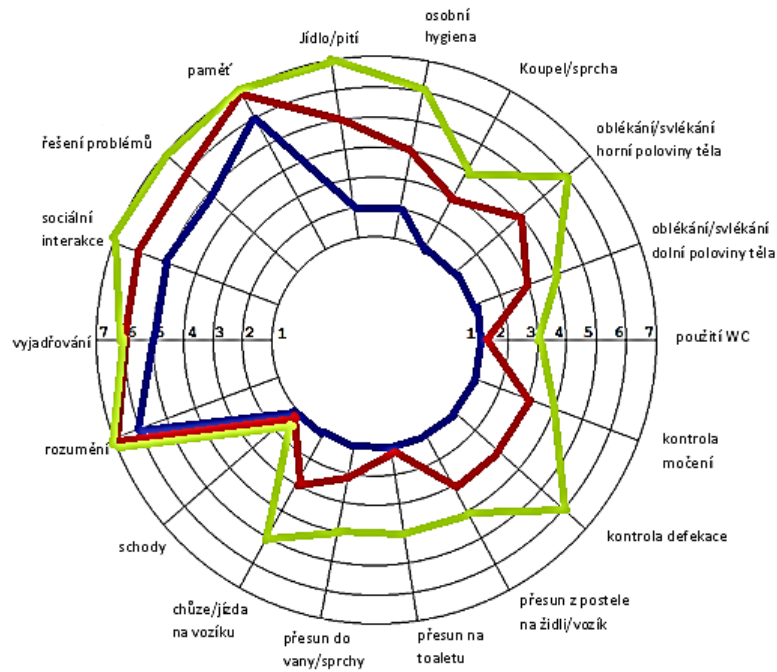
Manžel je s vývojem stavu velice spokojený, je rád, že už dokáže tolik věcí sama a má chuť se učit dál. Ještě někdy má pocit, že musí pomoci, ale dostává najevo, že žena už to zvládá. Velikým přínosem je pomoc dcery, která zařizuje hygienické potřeby jeho manželky a která se jí věnuje v rozvoji řeči a dalších schopností. Žena už je schopna se o sebe postarat i sama, stačí jí připravit jídlo, které si ohřeje, a on už mohl začít opět chodit do práce. Jako velice přínosné považuje chůzi a schopnost přesunu a stoje, protože tím jim odpadla fyzická zátěž. Rád bere svou ženu ven mezi lidi, trénuje si tím řeč a o to víc se snaží chodit. Věří, že pobyt v lázních bude pro ni velice přínosným a že se tamlepší i jistota a stabilita dolní končetiny. Přiznává však i mírné obavy, jak vše bude zvládat, až budou se ženou sami. Ve stresovém testu pro pečovatele odpověděl pouze na jednu otázku týkající se výhledu do budoucna někdy a ve stupnici poskytování péče se nejvíce přirovnal ke stupni 5, tedy k vyjádřené empatii.

Podle modelu Oremové je již téměř ve všech činnostech možné aplikovat pouze podpůrně výchovný systém, ojediněle částečně kompenzační systém péče, z ošetrovatelských činností je vhodné zajištění podpůrného prostředí a fyzická pomoc podle potřeby pacientky. Vývoj soběstačnosti u této respondentky má tendenci k dalšímu zlepšování a je tedy nutné nechávat pacientku vykonávat stále více činností, tím bude docházet k jejímu osamostatňování a zároveň k znovu učení činnostem. Předpokladem je, že lázeňská péče ještělepší motoriku pacientky, ale i v domácím prostředí bude nadále nutné se rehabilitaci věnovat, cvičení i nadále provádět, ať posilovací či protahovací, ale nemělo by se jednat pouze o jednostranné zatížení, naopak je vhodné posilování obou stran těla. Domácí prostředí je pro pacientku jasným přínosem, postupem času je vhodné zařadit více sociálních zkušeností.

Tabulka č. 5- Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 5

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetrovatelské<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
| 1. setkání | 15 bodů                         | nehodnoceno | 24 bodů                       |
| 2. setkání | 65 bodů                         | 20 bodů     | 15 bodů                       |
| 3. setkání | 140 bodů                        | 35 bodů     | 5 bodů                        |

### Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 5



(Kalvach Z., 2011)

|                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| 7 úplná samostatnost                  | bez pomoci druhé osoby |
| 6 modifikovaná samostatnost           |                        |
| 5 supervize (dohled)                  | s dopomocí druhé osoby |
| 4 minimální asistence ( méně než 25%) |                        |
| 3 střední asistence (25% až 50%)      |                        |
| 2 velká asistence (50% až 75%)        |                        |
| 1 úplná asistence                     |                        |

#### Vysvětlivky:

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Modrá barva-   | 1. setkání s respondentem |
| Červená barva- | 2. setkání s respondentem |
| Zelená barva-  | 3. setkání s respondentem |

## ***Respondent 6***

Šestým respondentem byl muž, 65 let, hospitalizovaný pro první ischemickou cévní mozkovou příhodu. Následkem zůstala těžká hemiparéza pravé poloviny těla, centrální paréza v obličeji s výrazným poklesem ústního koutku a s těžkou dysartrií. Z obecné anamnézy je možné vyčíst, že se pacient léčí s ischemickou chorobou srdeční a hypertenzí, užívá Agen, s diabetem mellitem na inzulinoterapii a má kataraktu v kontrolách očního lékaře, kouří příležitostně, alkohol pije občas. Dříve pracoval jako policista, nyní je v důchodu. Podle sociální anamnézy je rozvedený, dítě má jedno, bydlí sám v panelovém domě.

### ***1. setkání s respondentem***

Respondent je hospitalizovaný na standardním oddělení neurologického oddělení, kam byl přeložen po třídní hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Pacient je sedící v lůžku, horní končetiny má zapřené o jídelní stůl. Motoriku pravé horní i dolní končetiny lze ohodnotit stupněm 2, tedy schopnost provedení pohybu ve směru gravitace, v obličeji je výrazný pokles pravého ústního koutku. Komunikace je znesnadněná těžkou dysartrií s narušenou paměťovou stopou, kdy si pacient nedokáže určitě slovo vybavit a opisuje ho. Je orientovaný, stoj ani chůze nejsou možné, sed je stabilní pouze s oporou. Podle součtu bodů v modifikovaném testu Barthelové, 20 bodů, se jedná o vysoce závislého pacienta, ve funkční míře nezávislosti, grafické znázornění provedeno modrou barvou, je pouze v rozumné úplné nezávislosti, v ostatních činnostech se pohybuje od úplné závislosti po mírnou závislost.

Při rozhovoru se snaží odpovídat klidně, přesto je viditelná nervozita, zejména pokud si nemůže vzpomenout na určité slovo, srozumitelnost je často obtížná, protože pacient hovoří tichým hlasem. Přesto odpověď opakuje a často potřebuje navést otázkou. Na varovné příznaky si pamatuje, už několikrát ho brněla ruka, ale protože byl po fyzické námaze, přikládal to únavě, ale najednou mu poklesl ústní koutek

a nedokázal promluvit. Cítí se slabý a nepotřebný, všem pomáhal a kdo pomůže jemu. Nejvíc mu vadí, že se nemůže postavit na nohu, postižení horní končetiny vnímá jako méně zatěžující, i když nemožnost se sám najíst a umýt považuje za velice nepříjemnou, a postižení řeči a paměti si nepřipouští. Sebepečí definuje jako „udělat si všechno sám a nikoho k tomu nepotřebovat“. O jeho postižení ví jen dcera, která za ním několikrát byla a je z toho zoufalá, protože neví, co s ním bude dál. Nikoho jiného nemá a je si vědom toho, že sám být nedokáže. Péči sester vnímá jako velice dobrou, jsou vždy ochotné a milé, péči neodmítá, je to pro něj úleva, že se někdo stará. Při příjmu nedokázal mluvit, jen přikyvoval, po léčbě se to výrazně zlepšilo, a tak se snaží mluvit pomalu, aby mu rozuměli, uvádí, že chápe, jak je práce s ním obtížná. Od začátku příhody se mu však zlepšila i hybnost, měl pocit „těžkých“ končetin, kterými nemohl pohnout, v současné době dokáže aspoň končetinu udržet na stolku. Rád by se naučil chodit, třeba s hůlkou, aby jen neležel. Věří tomu, že cvičení všelepší, jen by to chtěl rychleji, má pocit, že času už uplynulo hodně a zlepšení tak výrazné není.

Podle modelu Oremové se u tohoto pacienta jedná o deficit schopnosti sebepečce v důsledku terapeutických požadavků a je nutné ve většině činností pacienta zastoupit, to znamená uplatnit plně kompenzační ošetrovatelský systém. Společně s fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou bylo navrženo posilovací cvičení na horní i dolní končetinu ke zvýšení svalové síly, zrychlení návratu sebepečce a ke snížení rizika vzniku kontraktur, dále posilování postižené strany stranou zdravou, byl doporučen stoj s oporou a nácvik chůze s chodítkem. Instrukce směrem k personálu byly, aby pacienta znovu učili činnostem, motivovali ho, nechávali na něm základní prvky sebeobsluhy, které se budou postupně navyšovat. Pokud by se podařilo v činnostech zastoupit zdravou končetinou nemocnou, byla by sebepečce rychlejší, avšak je to velice náročné, i vzhledem k vývojovým požadavkům sebepečce. Je vhodné končetiny polohovat alespoň v lůžku a předcházet tak dekubitům a spasticitě končetin. Řeč a ústa je nutné posilovat špulením, syčením, otevíráním úst, opakováním po personálu, hlasitou četbou a poupravováním správné výslovnosti, pokud možno zajistit logopeda. Co se týká propuštění pacienta, je velká pravděpodobnost, že nebude moct být propuštěn do domácího ošetřování, a tudíž bude nejspíše přeložen na oddělení následné péče.

## ***2. setkání s respondentem***

Druhé setkání s respondentem proběhlo za čtyři týdny od prvního setkání, tedy zhruba pět týdnů od cévní mozkové příhody, na oddělení následné péče. Pacient je ležící v lůžku, uložený na hemiparetický bok. Po uložení do polohy na zádech lze hybnost končetin hodnotit stupněm 2, tedy schopnost provedení pohybu pouze ve směru gravitace, k žádné změně v pohyblivosti nedošlo. Pacient stále není schopen, ani stojí ani chůze, sed je možný v lůžku s oporou dolních končetin, kdy jsou plošky nohou zapřené o pevnou podložku. Pokles ústního koutku je menší, dysartrie je mírně zlepšena a stále trvá porucha rozpomínání. Hodnocení modifikovaným testem Barthelové se projevilo pouze mírným zlepšením na 30 bodů, ve výsledku stále značí vysoce závislého pacienta, IADL je hodnoceno 5 body, tedy závislého pacienta. Funkční míra nezávislosti se pohybuje od úplné nezávislosti v rozumnění, modifikované samostatnosti v příjmu jídla a pití, protože pacient dokáže jíst pouze lžící, ostatní činnosti jsou vyjádřené od mírné závislosti až po úplnou závislost, graficky znázorněno červenou barvou. Součet bodů v testu ošetrovatelské zátěže byl 19 bodů a označuje pacienta závislého na ošetrovatelské péči.

Respondent se v řeči zaráží, nemůže si vzpomenout na některé slovo. Nesnaží se však význam opisovat, snaží se rozpomnout, občas vytvoří zkomoleninu slova. Dysartrie je stále komunikačním problémem, proto je spolupráce s ním považována za občas obtížnou. Pacient se necítí dobře, cvičení mu hybnost nezlepšuje a spíše si uvědomuje svou slabost a závislost. Nejvíce mu vadí, že nedokáže ani sedět ani chodit, ale je rád, že se alespoň dokáže už sám najíst. Stydí se za svou inkontinenci kvůli personálu, ale i kvůli okolním pacientům. Pomoc sestřiček je milá, snaží se mu vyjít vstříc a zvykl si na chod oddělení. Rodina o něj nemá zájem, nejspíš si myslí, že jeho stav není dobrý, neví, co s ním bude dál, nejspíš bude muset do „domova důchodců“, nedokáže si představit, co se děje s bytem, kdo ho bude platit. Rád by se naučil starat se sám o sebe, ale postižená ruka nedokáže nic udržet, zkouší si pomáhat druhou, ale ta je nešikovná, často se polije a nechce to přiznávat, aby se sestřičky nezlobily. Pomoc zatím odmítnout nedokáže, protože je závislý na péči. Připouští, že k mírnému zlepšení

řeči došlo, ale trvá mu delší dobu, než by něco řekl, a tak raději odpovídá jednoslovně. Doba od příhody mu přijde dlouhá, kdy už se něco mohlo změnit, učení se nebrání, jen má pocit, že to nepůjde.

### ***1. rozhovor s pečující osobou***

Rozhovor byl uskutečněn se staniční sestrou z oddělení následné péče. Největší deficit u tohoto pacienta sestra vnímá v poruše hybnosti. Vůli by měl, ale cvičení efekt nepřináší, proto je považován za pacienta zcela závislého na péči. Pomoc neodmítá, pokorně přijímá sesterskou péči, snaží se spolupracovat. Jsou mu nabízeny varianty, jak sebezpečí zlepšovat, fyzioterapeut se cvičení věnuje každodenně. Pohybové pomůcky zatím nejsou vhodné, pacient neudrží stabilitu ani v sedu. Za svůj úspěch považuje schopnost se najíst, pokud mu je jídlo připraveno. Komplikujícím faktorem je jeho osamělost a nejistota do budoucnosti.

Podle modelu Oremové přetrvává deficit sebezpečí podle terapeutických požadavků. Stále je u pacienta nutné některé činnosti ošetrovatelsky plně kompenzovat, zastupovat za pacienta při koupání, přesunech, zdvihání předmětů, při jiných je vhodné zavádět částečně kompenzační ošetrovatelský systém a pacientovi pomáhat fyzicky, jako například při hygieně, oblékání, vylučování, ale nepostradatelná je psychická pomoc. Podpůrně výchovný systém je vhodné spolu se zajištěním podpůrného prostředí volit u příjmu potravy a zvýšit posilování soběstačnosti levostranných končetin. Doporučila bych nácvik soběstačnosti v rámci lůžka, alespoň provádění osobní hygieny vsedě na lůžku, častější rehabilitační cvičení s fyzioterapeutem, ale i se sestrou, silová a uvolňovací cvičení, k polohování používat stabilizační pomůcky, například malý nafukovací míč, a tím posilovat hluboké svalové skupiny, vhodné by bylo i cvičení zdravou končetinou, která může protahovat končetiny paretické. Důležité je dbát na prevenci dekubitů a kontraktur a posilovat schopnost a stabilitu sedu. Je také vhodná aktivizace četbou, sledováním televize apod. Vzhledem k nutnosti posílení psychické

stránky pacienta bych doporučila kontaktovat dobrovolníky a k dořešení sociální situace sociální sestru.

### ***3. setkání s respondentem***

Třetí setkání s pacientem proběhlo za čtyři týdny od druhého setkání na oddělení následné péče, to znamená přibližně devět týdnů od cévní mozkové příhody. Respondent je sedící v lůžku s dolními končetinami svěřenými z lůžka a zapřenými o židli, pravý bok je podložený polštářem, horní končetiny má položené na jídelním stolku. Hybnost horních končetin lze hodnotit stupněm 2, tedy možností provedení pohybu ve směru gravitace, hybnost dolní končetiny je na stupni 3, tedy schopnost provedení pohybu i proti gravitaci. Pokles ústního koutku trvá, řečové dovednosti jsou zlepšeny, dysartrie přetrvává v mírné formě a poruchy paměti jsou rovněž zmírněny. Stoj je možný pouze s oboustrannou oporou, síla v ruce pacienta není dostatečná, chůze pacient zatím není schopen. Objektivní hodnocení pomocí testů ukázalo mírné zlepšení, v modifikaci testu Barthelové byl pacient ohodnocen 40 body, tedy stále vysokou závislostí, i v IADL je zlepšení o 5 bodů, přesto značí závislého pacienta v instrumentálních činnostech všedního dne, funkční míra nezávislosti se pohybuje v rozmezí úplné závislosti až úplné nezávislosti, v grafu značena zelenou barvou, a test ošetrovatelské zátěže se součtem 17 bodů znamená nepatrné snížení ošetrovatelské zátěže.

Respondent odpovídá klidně, soustředěně, pauzy v řeči se objevují méně a poruchy paměti nejsou tak časté. Udává „dobrý pocit“ z pokroku, kterého dosáhl, i když ví, že času uběhlo hodně a výsledek by měl být lepší, přesto neztrácí naději. Cítí se méně závislý, zkouší cvičit sám a hlavně se snaží zapojovat levou stranu těla. Nejvíce ho mrzí, že není schopen chůze ani samostatně stát, potřeboval by nějak zlepšit sílu v pravé ruce, jinak si její deficit moc nepřipouští. Někdy se domluví se sestrou, že by si chtěl nějakou činnost vyzkoušet sám, například oblékání, občas to „skončí komicky“, přesto



se nevzdává. Podle možnosti se mu fyzioterapeut věnuje častěji, zkouší s ním posilovat pomocí balonků a gumových pomůcek, provádí mu masáž zad. Rehabilitaci považuje za velice přínosnou, jen by byl rád, kdyby mohl cvičit častěji, cviky střídát nebo kdyby byla možnost cvičit v tělocvičně. Oceňuje péči sester, kdy ho již několikrát vzaly do koupelny, což mu bylo velice příjemné. Velice ho těší návštěvy dobrovolníků, dokonce ho občas vyvezou ven z pokoje, přinesou mu nějaké čtení a tím, jak si myslí, se mu zlepšuje paměť. Ze setkání se sociální sestrou vyplynula nutnost zajistit pro něj místo v domě se sociální péčí, nicméně čekací doby jsou poměrně dlouhé, a pomohla mu se zajištěním jeho bytu. Rád by se ještě zlepšil, aby nebyl odkázaný na ostatní. Je zklamaný ze své rodiny, ví, že jim ublížil, přesto by byl rád s nimi.

## ***2. setkání s pečující osobou***

I toto druhé setkání bylo se staniční sestrou, rodina o pacienta nejeví zájem. Hodnotí vývoj pacienta sice za pomalý, ale vcelku úspěšný. Jeho zlepšení v pohyblivosti a v soběstačnosti je velice příznivé, podporuje to pacientovu víru a snahu. Došlo ke zlepšení spolupráce vzhledem ke snížení komunikační bariéry, ale také díky práci dobrovolníků, kteří jsou pacientovými společníky, a i oni pomáhají návniku sebeobsluhy. Pomoc sester se snaží odmítat, chce být více soběstačným, a proto rád zkouší tytéž činnosti opakovaně, aby získal jistotu v jejich provádění. Velice přínosná je rehabilitační péče a k uklidnění pacienta jistě přispělo i vyřešení otázky jeho budoucnosti.

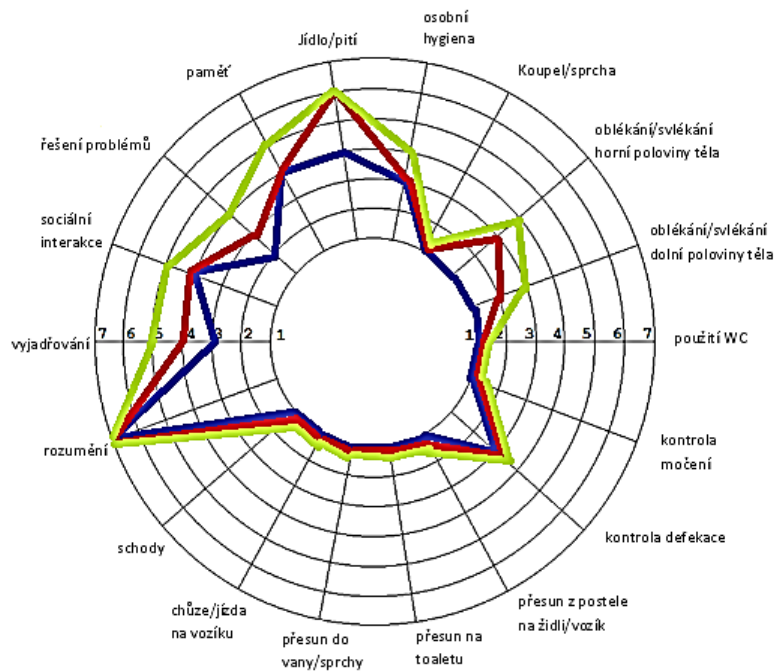
Ke zlepšování stavu pacienta dochází velice pozvolna, velkým dílem se na tom jistě podílí psychická stránka a obava o budoucnost. Podle modelu Oremové by bylo vhodné posilovat částečně kompenzační systémy ošetrovatelské péče, zajistit podpůrné a vhodné prostředí, usměrňovat a vést pacienta. Plně kompenzační systémy zatím ponechat na koupel a zajištění chůze a pohyblivosti pacienta. Je nutné zachovat zvýšenou frekvenci cvičení, posilovat končetiny oboustranně a uvolňovat masážími

nebo relaxačními metodami, posilovat na stabilizačních podložkách, nacvičovat přesun na vozík, dbát na důslednou prevenci kontraktur. Na horní končetinu by bylo možné pro zpevnění použít dlahu a tím umožnit pacientovi větší stabilitu stoje a postupně začít s nácvikem chůze s chodítkem, kdy je však nutné zajistit vhodnou pevnou obuv. Pokud by byla možnost, občas vyvézt pacienta ven na procházku, kde by díky vizuální a psychické stimulaci mohlo docházet ke zlepšování celkového stavu.

Tabulka č. 6 - Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 6

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetrovatelské<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
| 1. setkání | 20 bodů                         | nehodnoceno | 22 bodů                       |
| 2. setkání | 30 bodů                         | 5 bodů      | 19 bodů                       |
| 3. setkání | 40 bodů                         | 10 bodů     | 17 bodů                       |

### Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 6



(Kalvach Z., 2011)

|                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| 7 úplná samostatnost                  | bez pomoci druhé osoby |
| 6 modifikovaná samostatnost           | bez pomoci druhé osoby |
| 5 supervize (dohled)                  | s dopomocí druhé osoby |
| 4 minimální asistence ( méně než 25%) |                        |
| 3 střední asistence (25% až 50%)      |                        |
| 2 velká asistence (50% až 75%)        |                        |
| 1 úplná asistence                     |                        |

#### Vysvětlivky:

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Modrá barva-   | 1.sefkání s respondentem |
| Červená barva- | 2.sefkání s respondentem |
| Zelená barva-  | 3.sefkání s respondentem |

## ***Respondent 7***

Sedmým respondentem byla žena, 74 let, přijatá pro ischemickou cévní mozkovou příhodu na jednotku intenzivní péče, odkud byla po dvou dnech přeložena na standardní neurologické oddělení. Po této první mozkové příhodě zůstala ženě hemiparetická dominantní pravá polovina těla. Řečové schopnosti jsou narušené dysartrií, anamnestickou afázií a snížením intenzity hlasitosti. Z obecné anamnézy je zřejmá několik let trvající léčba hypertenze – Prestarium a Rilmenidin, dále gynekologická a ortopedická anamnéza, na bolesti užívá Movalis. Pracovala jako skladnice, nyní je ve starobním důchodu, před rokem ovdověla, žije sama v panelovém domě, syn bydlí ve vedlejším vchodě. Alkohol pije příležitostně, nekuřačka.

### ***1. setkání s respondentkou***

Respondentka prodělala mozkovou příhodu před čtyřmi dny a je hospitalizována na standardním oddělení. Je ležící v lůžku, pravostranné končetiny jsou zapolohované antidekubitními pomůckami, horní končetina je uložena do extenzní polohy, její hybnost je na stupni 1, tedy hmatní kontrakce bez pohybu, dolní končetina je v mírné flexi kolene a hybnost lze hodnotit stupněm 2, schopnost provést pohyb ve směru gravitace. I přes obtížné vyslovování a anamnestickou afázií lze respondentku hodnotit jako orientovanou. Objektivizované hodnocení testy prokázalo tyto výsledky, modifikace testu Barthelové byla ohodnocena 15 body, což znamená vysoce závislého pacienta, hodnocení činností podle funkční míry nezávislosti se pohybovalo mezi dohledem a úplnou závislostí, znázorněno modrou barvou, a test ošetřovatelské zátěže s hodnocením 22 bodů znamená vysokou ošetřovatelskou zátěž.

Komunikace byla narušována amnézií, srozumitelnost byla výrazně zhoršena tichým hlasem respondentky, bylo nutné dělat v rozhovoru pauzy. Respondentka se cítí velice smutně, opakovaně se ptá, „proč právě já“. Varovné známky mozkové příhody začaly zcela nenápadně, postupně přestala mluvit a později se rozvinula porucha

pohyblivosti. Sebepečce nebo soběstačnost podle respondentky znamená zvládat si vše udělat, dokázat žít sama a dokázat dělat něco i pro ostatní. Bojí se, jak to bude dál, dříve vše zvládala a nyní je závislá, doma nemá nikoho, kdo by se o ni staral, syn sice bydlí blízko, ale musí chodit do práce a se snachou si nerozumí. Mírné zlepšení vnímá pouze v řeči, když na ni někdo nespěchá, dokáže říct, co potřebuje. Často si ale na něco nemůže vzpomenout, a tak sestřičky dělají některé věci automaticky. Pohyblivost vnímá jako velice špatnou, levou rukou se dokáže jen stěží najíst a trochu umýt. Od začátku příhody je to stejné, jen si trochu více dokáže pomoci levou rukou. Moc by si přála trénovat a brzy vrátit svou samostatnost. Péče sester je velice vlídná, snaží se jí pomáhat, ale ona by chtěla také pomáhat jim a na to není čas, vše rychle a dobře udělají, občas si sice připadá jako „balík“, o to víc si pak připadá opuštěná. Byla by vděčná za společnost nebo za někoho, kdo by s ní trávil víc času. Vnímá, když s končetinami cvičí fyzioterapeuti, a tak věří tomu, že to není tak špatné, jen by to chtělo častěji cvičit. Nepohyblivost ji velice omezuje, nedokáže se ani v posteli otočit, nebyla zvyklá jen ležet. Na otázku, co je největší handicap, odpověděla, že ona sama sobě je přítěží, připadá si ještě víc zbytečná než dosud. Syn za ní občas na návštěvu přijde, jen na chvíli a chová se k ní odměřeně, jakoby mu byla nepříjemná.

Podle modelu Oremové je i u této respondentky deficit sebepečce stanoven podle terapeutických požadavků sebepečce, které vznikly postižením souvisejícím s onemocněním, jehož následky je nutné ve většině sebeobslužných činností plně kompenzovat ošetrovatelskou péčí. Pro pacientku by bylo přínosné zaměřit cvičení a nácvik sebeobsluhy i na nepostiženou levou končetinu, která by mohla být schopna deficit dominantní končetiny alespoň částečně kompenzovat. Po dohodě s ergoterapeutkou a fyzioterapeutkou je nutné zařadit fyzioterapii několikrát denně a ve spolupráci s ošetrujícím personálem více nacvičovat sebeobsluhu. Jsou vhodná protahovací cvičení, cvičení s balónkem, posilování zdravé končetiny, zdravou končetinou pomáhat postižené, nezbytně nutné je správné a časté polohování pacientky. V brzké době je nutné pacientku posazovat a stabilizovat její sed a začít se stojem. Jako možnost rozvoje řeči by byla vhodná častá komunikace a blízkost jiné osoby

a znamenalo by to jistě i zlepšení psychického stavu respondentky. Vzhledem k pomalému návratu soběstačnosti a nevhodnému sociálnímu prostředí bude nutné pacientku přeložit na oddělení následné péče.

## ***2. setkání s respondentkou***

Druhé setkání s respondentkou proběhlo za pět týdnů od prvního setkání, tedy přibližně za šest týdnů od mozkové příhody, na oddělení následné péče, kam byla přeložena sedmý den hospitalizace. Respondentka je ležící v lůžku, pravostranné končetiny jsou zapolohovány antidekubitními pomůckami, sed je možný pouze s oporou lůžka a zapřením pravého boku, stabilita je minimální, stoj není možný vůbec. Hybnost pravostranných končetin se zlepšila pouze na horní končetině a to na stupeň 2, tedy schopností provést pohyb ve směru gravitace, na dolní končetině stupeň 2 zůstává stejný. Komunikační dovednosti jsou stále ovlivněny těžkou dysartrií a mírnější formou anamnestické afázie. Hodnocení testy se příliš nezměnilo, pacientka stále zůstává vysoce závislou ve všech testech. Test Barthelové vykázal sice mírné zlepšení a to na 25 bodů, IADL má hodnotu 5 bodů, funkční míra nezávislosti, znázorněna červenou barvou, se pohybuje v rozmezí modifikované samostatnosti v rozumnění až po úplnou závislost ve většině činností, ošetrovatelská zátěž se snížila na 15 bodů.

Porozumění řeči respondentky je zlepšeno i díky větší síle v hlasu, přesto je nutné pomáhat jí hledat slova a dovysvětlovat si některé souvislosti. Při rozhovoru uvádí svůj stud a smutek, že se o mnoho její hybnost nezlepšila, ačkoli se intenzita cvičení zvýšila, končetiny „nechtějí poslouchat“. Má pocit, jakoby to sestřičky už vzdaly a raději za ní vše dělají samy, chtěla by to zkusit sama, ale pravou končetinou to nezvládá a levá je „nešikovná“. Sesterská péče je dobrá, přínosná, neodmítá ji, jsou k ní milé a ochotné, nerada obtěžuje, a tak se ani neptá, zda něco může udělat sama. Sice jí k lůžku dali pomůcky, aby se mohla přitahovat a zkusit otáčet sama, ale protože nemá v levé ruce sílu, nedokáže přetáhnout celé tělo, proto jí musí polohovat. Za nejtěžší považuje „naučit poslouchat ruce“, často jí říkají, že to chce ještě hodně času, ale pomalu přestává

věřit, že se to zlepší. Nemoc ji donutila zůstat v nemocnici, těžko se s tím vyrovnává, raději by byla doma, i proto by chtěla dokázat se o sebe postarat, třeba s nějakou pomocí. Cítí se velice opuštěně, syn nemá čas chodit na návštěvy a žádné kamarádky nemá, jen se dívá do stropu a cítí, jak jí ubývají síly.

### ***1. rozhovor s pečující osobou***

Za pečující osobu byla zvolena staniční sestra, opět z důvodu každodenního kontaktu s pacientkou a také kvůli možnosti ovlivnění léčebného režimu pacientky. Závažné důvody deficitu sebekpěče u této pacientky jsou podle ní psychické strádání a fyzické nelepšení paretických končetin. Paní pomoc personálu přijímá bez problémů, ale o péči navíc nežádá. Po přeložení se velice snažila, ale když viděla, že se stav nelepší, postupně ubývala i její snaha. Odmítá se znovu učit, a přesto by byla ráda, kdyby se vše zlepšilo. Na péči o pohyblivost pacientky se podílí zvýšenou intenzitou a frekvencí rehabilitace fyzioterapeuty, nicméně zlepšení hybnosti je pouze minimální.

U respondentky nedošlo k výrazné změně stavu soběstačnosti. Podle modelu Oremové je nutné ve většině činností stále využívat plně kompenzační systém péče, ale je nutné opakovaně a stále více do činností zavádět i částečně kompenzační např. při jídle nebo hygieně. Je nutné pacientce navýšit čas péče, aby bylo možné soběstačnost více rozvíjet. To vše musí být doplněno zvýšenou fyzioterapií a vhodným polohováním pacientky s častějším nácvikem sedu, a tím zvyšováním stability. Končetiny je nutné stále posilovat a protahovat, aby nedošlo ke spasticitě. Velice důležité je posilovat psychickou složku pacientky, jako vhodná se jeví návštěva dobrovolníka nebo spirituální služby. Vzhledem k sociální situaci pacientky bude vhodné kontaktovat sociální sestru a řešit otázku budoucího umístění pacientky.

### ***3. setkání s respondentkou***

Třetí setkání s respondentkou proběhlo za čtyři týdny od druhého setkání, tedy zhruba za devět týdnů od cévní mozkové příhody, pacientka je stále umístěna na oddělení následné péče. Respondentka sedí v lůžku, dolní končetiny má svěšené dolů a plošky nohou jsou zapřené o bedničku, horní má položené na jídelním stolku, hybnost horní končetiny se sice zlepšila na stupeň 3, tedy schopnost provedení pohybu i proti gravitaci, ale objevila se spasticita v lokti, dolní končetina je stále na stupni 2, což znamená schopnost provedení pohybu ve směru gravitace. Sed je stabilní s mírnou oporou, se zapřením chodidel o pevnou podložku, je schopna transportu na vozíku, stoj je zkoušen s oboustrannou oporou, chůze není možná. Zlepšení se ale projevilo v řečovém projevu, anamnestická afázie stále přetrvává, ale dysartrie již není tolik vyjádřena. Hodnocení pomocí testů ukázalo tyto výsledky, modifikovaný test Barthelové ukazuje na minimální zlepšení o 5 bodů na 30 bodů, IADL se nemění, tedy 5 bodů. Funkční míra nezávislosti se pohybuje od modifikované závislosti, kdy není nutná pomoc druhé osoby, např. v rozumění a vyjadřování, až po úplnou závislost zejména v činnostech souvisejících s pohybem, zeleně označeno v grafickém znázornění. Test ošetrovatelské zátěže vykazuje 13 bodů, tedy minimální posun od úplné závislosti pacienta.

Respondentka se cítí lépe, svůj pokrok vnímá ve schopnosti sedět a v lepší komunikaci. Když sedí, dokáže si číst anebo procvičovat ruku, ačkoli k posazení potřebuje pomoc. Na druhou stranu špatně snáší spasticitu horní končetiny, která sice nabírá sílu, ale „je k ničemu“. Postupně začíná věřit tomu, že teprve čas ukáže, co všechno je ještě možné zlepšit, a že je to také o její snaze. Rehabilituje ráda, nevyhýbá se cvičení, naopak se cítí velice dobře, když se k uvolnění využívá masáž, protože končetiny potom lépe dokáže procvičit. Sestřičky začaly s intenzivnějším nácvikem sebeobsluhy, péči provádí jen v nezbytných případech, jinak se snaží pacientku do činností zapojovat. Někdy ji nechají provést činnost špatně a pak jí vysvětlí a ukážou, jak to zvládnout. Jako nejtěžší vnímá naučit se chodit, dolní končetiny jsou slabé a neudrží se na nich. Byla moc ráda, že za ní přišel kněz



ze spirituální služby a vysvětlil jí nutnost její vůle při zvládnání této nelehké situace, i návštěvy dobrovolníků jsou potěšující, její rodina se od ní zcela odvrátila, ale respondentka své postižení neudává jako neřešitelné. Chtěla by se toho ještě víc naučit, aby byla schopna sama se o sebe postarat, jen neví, kolik času bude ještě zapotřebí. Se sociální sestrou se domluvily na zažádání o místo v domě se sociální službou, protože změna jejího stavu nevykazuje příliš velké pokroky, nemůže být sama a i tam je umožněno rehabilitování.

## ***2. setkání s pečující osobou***

Staniční sestra hodnotí vývoj soběstačnosti respondentky jako velice pomalý, nicméně po mírném vylepšení psychické stránky došlo i ke zlepšování v pohyblivosti. Jako nepříznivý bod se objevil nezáměr rodiny, ale byl spirituální službou zmírněn. Sestry přestaly činnosti automaticky za pacientku vykonávat, dávají jí možnost si některé činnosti vyzkoušet a vedou ji ke správnému provedení. Činnosti opakují, aby došlo k lepšímu zafixování způsobu, protože jsou převážně prováděny levou rukou. Bohužel vznikla spasticita v pravém lokti je komplikací dalšího nácviku. Řečové dovednosti jsou vcelku dobré, řeč je při pomalejším tempu dobře srozumitelná, amnézie na určitá slova již pro ni znamená nepřemýšlet o slově, ale rovnou ho opsat jinými výrazy. Pacientka je ochotná se znovu učit, avšak učení je vzhledem k věku velice obtížné.

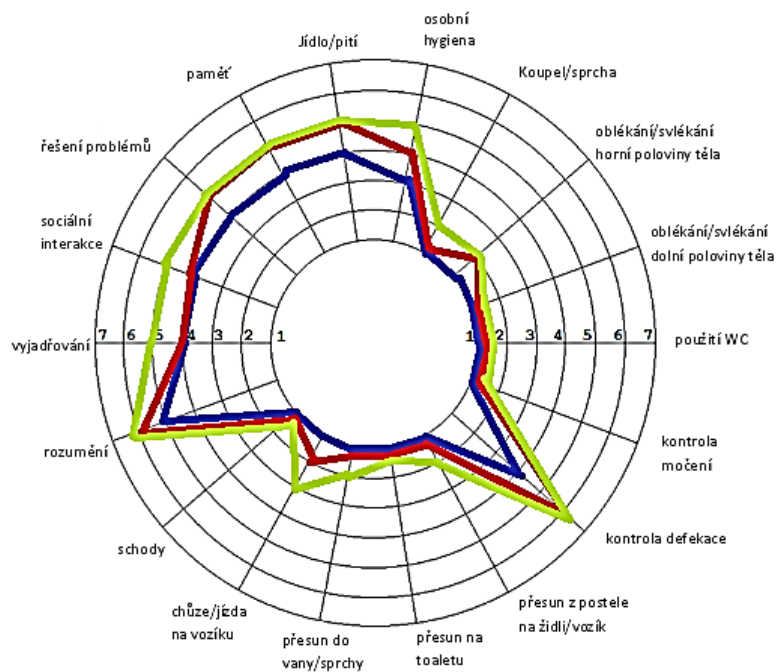
Zmírňování následků cévní mozkové příhody je velice pozvolné a vzhledem k době, která od cévní mozkové příhody uplynula, je návrat k úplné soběstačnosti nejistý. Pokud bude pacientka přeložena do domu se sociálními službami, bude vhodné i nadále intenzivně rehabilitovat ať formou individuálního cvičení, nebo pomocí přístrojů, které pomáhají k posilování svalstva horních i dolních končetin. Na horní končetinu by byla vhodná polohovací dlahy proti flekční spasticitě akra, dále je doporučeno prohřívání svalů a jejich masáž. Při nejistém stoji by bylo možné použít kolenní ortézu pro zpevnění a proti rekurvaci kolene. Podle modelu Oremové je nutné

stále více činností přesouvat z plně kompenzačního systému péče do částečně kompenzačního, činnosti z částečně kompenzačního přesouvat do podpůrně výchovného systému zajištěním podpůrného prostředí pro pacientku. Její fyzickou i psychickou podporu je vhodné zaměřit zejména na činnosti a možnosti sebepečce. Řečové dovednosti i nadále posilovat podporováním komunikace a četby.

Tabulka č. 7 - Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 7

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetrovatelské<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
| 1. setkání | 15 bodů                         | nehodnoceno | 22 bodů                       |
| 2. setkání | 25 bodů                         | 5 bodů      | 15 bodů                       |
| 3. setkání | 30 bodů                         | 5 bodů      | 13 bodů                       |

## Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 7



(Kalvach Z., 2011)

7 úplná samostatnost

6 modifikovaná samostatnost

bez pomoci druhé osoby

5 supervize (dohled)

s dopomocí druhé osoby

4 minimální asistence (méně než 25%)

3 střední asistence (25% až 50%)

2 velká asistence (50% až 75%)

1 úplná asistence

### Vysvětlivky:

Modrá barva- 1.setkání s respondentem

Červená barva- 2.setkání s respondentem

Zelená barva- 3.setkání s respondentem

## ***Respondent 8***

Osmým respondentem byl muž, 75 let, hospitalizovaný s diagnózou ischemická cévní mozková příhoda, která postihla dominantní pravou stranu těla, v první den hemiplegií, která se v dalším dnu zlepšila na hemiparézu. Protože se jednalo o respondentovo první mozkovou příhodu, i tento muž byl po dvoudenní hospitalizaci na iktové jednotce přeložen na standartní neurologické oddělení. Komunikační dovednosti byly narušeny těžkou dysartrií s mírnou anamnestickou afázií. V obecné anamnéze lze zjistit léčbu hypertenze, užívá Prestarium Combi, stabilní anginy pectoris, bez léčby, pouze v SOS dávce Nitromint sprej, pro chronickou žilní insuficienci užívá Detralex. Dříve pracoval jako strojvedoucí, je vdovec, žije s dcerou. Je silný kuřák, kouří zhruba 20 cigaret denně, pije občas, zejména si oblíbil pivo.

### ***1. setkání s respondentem***

Respondenta postihla mozková příhoda před pěti dny a již třetí den je hospitalizovaný na standartním oddělení. Pacient je ležící v lůžku, pravostranné hemiparetické končetiny jsou vypodložené, na dolní končetině je mírná kolenní flexe a hybnost končetiny lze hodnotit stupněm 2, schopnost provedení pohybu ve směru gravitace, horní končetina je hybná podle stupně 1, tedy viditelná kontrakce bez pohybu, a v obličeji je viditelný pokles ústního koutku. Pacient i přes výraznou komunikační bariéru je orientovaný. Hodnocení testem Barthelové prokázalo 20 body vysokou závislost pacienta v základních všedních činnostech, funkční míra nezávislosti se pohybuje nejvíce v úrovni 6, a to v rozumění, všechny ostatní činnosti se pohybují v nižších bodech až do úrovně 1, grafické znázornění je provedeno modrou barvou, a test ošetřovatelské zátěže s počtem 22 bodů prokazuje pacienta závislého na ošetřovatelské péči.

Rozhovor s pacientem byl vedený v příjemném duchu, respondent byl velice přívětivý a snažil se spolupracovat. Pro amnestickou afázií bylo někdy obtížné najít

vhodné slovo, které pacient chtěl říct, někdy pacient „výraz“ raději načrtnul na papír, je sice dominantní stranou pravák, ale protože ho v dětství přeučili z leváka, dokáže malovat levou rukou. Svou nemoc bere s nadhledem, „tak se to stalo, tak to je“, udává mírnou obavu, jak to vlastně bude dál, ale doufá, že se brzy dá do pořádku, protože za těch pár dní se o hodně zlepšil, nedokázal se vůbec pohnout a ani promluvit, spíš je mile překvapen, že to jde tak rychle. Varovné příznaky uvádí s úsměvem, protože po použití WC se už nemohl zvednout a ani nikoho zavolat, naštěstí se to stalo nad ránem, takže se dcera brzy vrátila z noční služby a našla ho. Nejvíc ho trápí nepohyblivost ruky, lepil si doma modely, jak to teď bude zvládat, neví, teprve na otázku, jak zvládá sebekpěči, si uvědomuje, že se vlastně sám ani nedokáže dostatečně najíst. Sebekpěče podle něj znamená na všechno stačit sám a řídit si život podle svých představ. Vadí mu, jak nic nezvládá a nemůže se obstarat, chce ale hodně cvičit, aby zase mohl chodit za kamarády „na pivečko“. Dcera jeho postižení nese těžce, sice říká, že to zvládnou, ale jakoby tomu sama nevěřila, necítí z ní chuť pomáhat, ale spíše strach, přesto ho chce vzít domů, jen co sám něco dokáže udělat. Pěče sester je velice aktivní a dobře provedená, někdy se stydí a rád by to zkoušel sám, nechce být na obtíž. Je rád, že s ním už cvičí a učí ho, jak začít vše zvládat zatím levou rukou. Svou nespokojenost uvádí s komunikací, málokdo má čas, aby si s ním promluvil, odhadují, co potřebuje, a chybí tam lidskost.

Podle modelu Oremové se u tohoto pacienta jedná o narušení sebekpěče v oblasti terapeutických požadavků vlivem hemiparézy. Některé činnosti sebekpěče je nutné plně kompenzovat, pacient není schopen je zvládat, jiné je možné kompenzovat jen částečně a je důležité pomoc snižovat a dovést pacienta k jeho samostatnému provedení, např. při jídle a hygieně je nutné více posilovat činnost levé horní končetiny a snažit se zapojovat i končetinu pravou. Bylo by vhodné pacienta co nejdříve stabilizovat do sedu a aktivizovat i dolní končetiny, rodina by měla zajistit vhodnou pevnou obuv. Navýšení frekvence cvičení a prodloužení doby cvičení by bylo jistě přínosné, stejně jako je nutná i klidová péče, to znamená polohovat pacienta, bránit tak vzniku kontraktur a atrofii svalstva, avšak podle tolerance pacienta. Posilování mimických svalů by mohlo zlepšit i kvalitu řeči a při aktivizaci pacienta nesmí být opomenut nácvik kognitivních

funkcí. Při předpokladu, že bude pacient propuštěn do domácího prostředí, by bylo vhodné zajistit rehabilitační cvičení i doma a vhodným a dostatečným způsobem posilovat schopnosti sebezpěče.

## ***2. setkání s respondentem***

Naše druhé setkání proběhlo za pět týdnů od prvního setkání, tedy zhruba za šest týdnů od prvního setkání, u respondenta doma. Pacient byl propuštěn nejprve na oddělení následné péče, kde došlo ke zlepšení stavu, a proto byl po 14 dnech propuštěn do domácího ošetřování. Respondent je sedící v křesle, hybnost dolní končetiny je na stupni 3, tedy je schopen hýbat končetinou i proti gravitaci, horní končetina je na stupni 2, tedy schopnost provést pohyb ve směru gravitace. Došlo ale k výraznému posílení levé horní končetiny, a tudíž je s peroneální páskou na dolní končetině schopen i stoje a začíná zkoušet chůzi s chodítkem, o francouzské holi si ještě není jistý. Pokles ústního koutku je menší a řečové schopnosti jsou rovněž zlepšeny, sice stále přetrvává dysartrie, ale rozpomínání je aktivnější. Objektivní hodnocení modifikovaným testem Barthelové prokázalo zlepšení na 90 bodů, a tudíž je respondent v kategorii středně závislého, v IADL dosáhl 20 bodů, čímž je závislým v instrumentálních činnostech, a ve funkční míře nezávislosti, která je značena červenou barvou, dosahuje úrovní od úplné nezávislosti až po úplnou závislost. Test ošetřovatelské zátěže byl vyhodnocen 11 body, tedy mírně závislého na péči jiné osoby.

Respondent se cítí velice dobře, je rád, že se toho dokázal tolik naučit a mohl jít domů. Dcera chodí do práce a nemohla by s ním být celý den, a tak teď, když mu připraví jídlo, zvládne si to i ohřát. Sice mu dlouho trvá, než udělá pár kroků, ale kdyby byl problém, zvládne dceři i zavolat. Pohyblivost se mu hodně zlepšila, zejména díky rehabilitaci na oddělení následné péče, kde byli studenti na praxi a měli na něj hodně času a trpělivosti, ale bylo mu nepříjemné, že sestřičky chtěly pomáhat, když už to sám uměl, a to ho ještě více nutilo k tomu, aby se rychleji učil. Svůj největší deficit uvádí v nepohyblivosti ruky, ale uvádí to slovy „levá se učí a pravá s ní“. Zkouší si cvičit

podle toho, co ho naučili, posiluje balónkem a pružinou. Občas mu připadá, jako by se mu ruka přes noc „zkrátila“, ale jakmile s ní začne více hýbat, je to lepší. Z nemocnice mu ještě doporučili domácí rehabilitaci, kdy za ním sestra dochází dvakrát v týdnu a kontroluje vývoj pohyblivosti, provádí masáž končetin a doporučuje další cvičení. Velký problém mu dělalo naučit se stát, naučit dolní končetinu „znovu poslouchat“ a už se těší na chůzi, zkouší to sám a někdy se sestřičkou. Doufá, že se naučí chodit o holích, „snad už to nebude dlouho trvat“, aby mohl vyjít mezi lidi. Je rád, že už si zase vzpomíná a že je mu i lépe rozumět, začal si doma zpívat, protože to mu vždy pomáhalo od starostí. Dcera mu moc nepomáhá, neumí to, musí se snažit sám, i když je to někdy hodně náročné a přece jen by byl za malou pomoc rád.

### ***1. setkání s pečující osobou***

Za pečující osobu byla zvolena dcera, která s otcem bydlí ve společném bytě již několik let. Sebepečce podle ní znamená udělat si všechno sám pro sebe. Postižení otce je pro ni velikým břemenem, nikdy si nepředstavila, že se něco takového může stát. Slíbila mu, že si ho vezme domů, ale měla velké obavy, protože představa, že se o něj bude muset starat, jí byla nepříjemná. Když se tolik snažil a naučil se o sebe starat, tak svolila. Pomáhá mu tím, že mu připraví jídlo, oblečení, léky, ale bojí se, jak to bude dál. Je snaživý, ale jí ta péče zmáhá. Změna to pro ni byla obrovská, sice se nepřestala věnovat svým zájmům a práci, ale je to pro ni psychicky velice náročné. Ve stresovém testu pro pečovatele na 4 otázky z 11 odpověděla často, na 4 někdy a na zbylé 3 nikdy. Na stupnici poskytování péče se ohodnotila mezi stupni zanedbání a lhostejnost.

Podle modelu Oremové bylo navrženo posouvat hranice činností z plně kompenzačních do částečně kompenzačních a dokonce se jeví možnost některé částečně kompenzační přesouvat do podpůrně výchovného systému, kdy je nutné pacientovi zajistit fyzickou a psychickou podporu vytvořením podpůrného prostředí vhodného pro rozvíjení schopností pacienta. V rehabilitaci je nutné pokračovat, stále zlepšovat hybnost pacienta a zaměřit se jeho vertikalizaci. Jako velkým problémem se ale jeví

psychické vyčerpání pečovatele, proto jsem navrhla zajistit pečovatelku nebo alespoň respitní službu pro respondenta v denním nebo týdenním stacionáři. Pokud to nebude dostatečné, bude nejspíše nutné zajistit sociální bydlení pro otce. Vhodnou intervencí by také mohla být konzultace s psychologem nebo psychiatrem.

### ***3. setkání s respondentem***

Třetí setkání s respondentem proběhlo za čtyři týdny od druhého setkání, tedy zhruba za deset týdnů od mozkové příhody. V této době došlo k zásadní změně u respondenta, dcera se pro psychické problémy ocitla v péči psychiatra a péči o respondenta převzala sousedka, ke které se respondent nastěhoval. Tím se vylepšila i situace dcery, chodí otce denně navštěvovat, respondent je ve vztahu spokojený a jeho nová pečovatelka též. Respondent je chodící o jedné berli, chůzi provádí cirkumdukci, zkouší i chůzi po schodech, hybnost dolní končetiny se zlepšila na stupeň 4, tedy schopnost provedení pohybu i proti odporu, kdy k chůzi již nepotřebuje ani dlahu, hybnost pravé horní končetiny je sice na stupni 3, kdy je možnost provedení pohybu i proti gravitaci, ale držení ruky je spastické v zápěstí a prstech. Pokles koutku v obličejí je stále patrný, ale menší než minule, řečové schopnosti jsou výrazně zlepšené, ale objevilo se několikrát opakování již vyřčeného. Podle modifikace testu Barthelové dosahuje respondent výsledku 130 bodů, což znamená lehkou závislost v základních činnostech všedního dne, v IADL 25 bodů, tedy stále závislost v instrumentálních činnostech. Ve funkční míře nezávislosti se pohybuje od velké asistence až po úplnou samostatnost, v grafické podobě značeno zeleně, a v testu ošetřovatelské zátěže dosahuje 2 bodů, tedy pacienta téměř nezávislého na péči ostatních.

Respondent udává své smíšené pocity ze situace, která nastala, jako by to byl sen, který ale dobře dopadl. Seběhlo se vše tak nějak rychle a teď má vlastně novou rodinu, která ho podporuje, snaží se mu pomáhat a vytvářet klidné prostředí. Zpočátku bylo těžké je přesvědčit, že spoustu věcí zvládá sám a potřebuje jen občas dopomocť, ale teď už je vše v pořádku. Nemoc ho donutila změnit prostředí, zvyky a přidala mu hodně



přátel a opory nejen pro něj, ale i pro dceru. Jako svůj největší problém uvádí špatnou pohyblivost horní končetiny a „motání se při mluvení“. Je spokojen s chůzí a schopností se o sebe postarat, vnímá to jako zlepšení, rád by své možnosti posunul ještě dál, aby mohl dosáhnout ještě lepší pohyblivosti. Nejhorší pro něj bylo začít si věřit, že to dokáže, a „přesvědčit sám sebe, že to půjde“. Cvičí s ním jeho partnerka, která byla dříve rehabilitační sestrou, vozí ho ven na procházky a „moc hezky se stará“.

## ***2. setkání s pečující osobou***

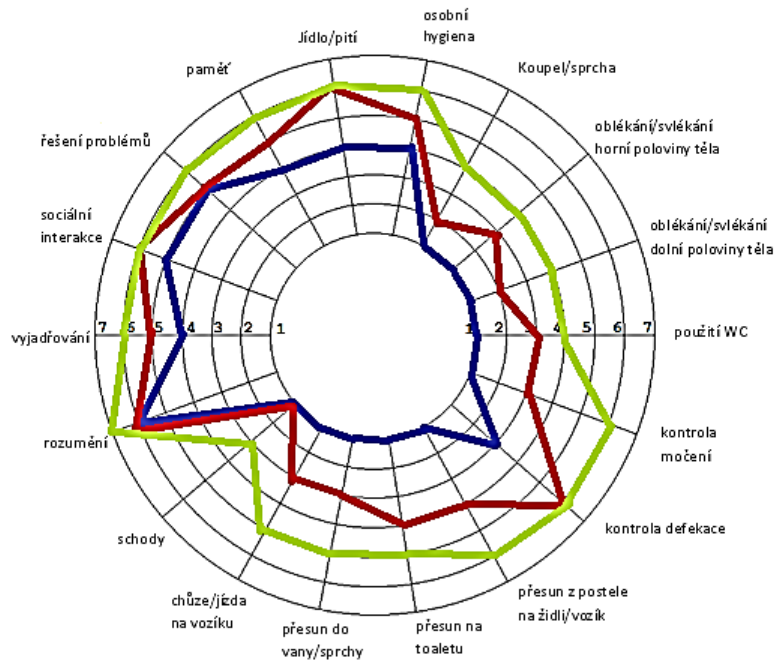
Při tomto setkání byla za pečující zvolena paní, která se o respondenta stará. Uvádí svou radost nad zlepšením stavu pacienta a bere svou pomoc jako normální, jen ji mrzí, že se řešení našlo, až když byl velký problém. Sama za sebe udává spokojenost, protože už je několik let vdova, necítí se tolik sama a její děti respondenta přijali vstřícně a pomáhají jim. Zpočátku chtěla veškeré činnosti dělat za něj, aby se nenamáhal, často pomoc odmítal proto, že to zvládal sám. Naopak by se chtěl učit stále víc a ona mu s tím ráda pomůže, ví, že by se chtěl naučit lépe chodit a hlavně rozhýbat horní končetinu. V testu pro pečovatele na deset otázek odpověděla nikdy, na jednu někdy a na stupnici poskytované péče se označila stupněm povšechná podpora.

Ve zdravotním stavu respondenta došlo k výraznému zlepšení, a tudíž i k výrazné změně v soběstačnosti. Je i nadále nutné pokračovat v nácviu chůze a sebeděče, zaměřit se zejména na zlepšování hybnosti pravé horní končetiny, na její posílení a na prevenci dalších spasticit. V rozvoji řeči bude vhodné se soustředit na případné změny, které by mohly souviset se změnami paměti nebo s projevem jiného onemocnění. Podle modelu Oremové je možné většinu činností přesunout do podpůrně výchovného systému, zajistit respondentovi podpůrné prostředí, v některých činnostech bude stále nutné ponechat částečně kompenzační systém a poskytovat fyzickou nebo psychickou pomoc. K dalšímu zlepšování jistě bude přispívat stabilní sociální a psychická situace, ale také dostatek času a respektu od pečujících osob.

Tabulka č. 8 - Souhrnné bodové hodnocení respondenta č. 8

|            | Modifikovaný test<br>Barthelové | IADL        | Test ošetřovatelské<br>zátěže |
|------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
| 1. setkání | 20 bodů                         | nehodnoceno | 22 bodů                       |
| 2. setkání | 90 bodů                         | 20 bodů     | 11 bodů                       |
| 3. setkání | 130 bodů                        | 25 bodů     | 2 body                        |

### Grafická podoba vývoje funkční míry nezávislosti 8



(Kalvach Z., 2011)

- 7 úplná samostatnost
- 6 modifikovaná samostatnost bez pomoci druhé osoby

---

- 5 supervize (dohled) s dopomocí druhé osoby
- 4 minimální asistence ( méně než 25%)
- 3 střední asistence (25% až 50%)
- 2 velká asistence (50% až 75%)
- 1 úplná asistence

**Vysvětlivky:**

- Modrá barva- 1.setkání s respondentem
- Červená barva- 2.setkání s respondentem
- Zelená barva- 3.setkání s respondentem

## 5.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Pro zpracování výzkumné části výsledků rozhovorů bylo zvoleno členění kategorizovaných oblastí do tří skupin. První skupinu tvořila data z prvního setkání s respondenty, druhou skupinu data z druhého a třetího setkání s respondenty, a třetí skupinu data z obou setkání s pečující osobou.

### 5.2.1. Kategorie výsledků rozhovorů z prvního setkání

Kódováním výsledků rozhovorů z prvního setkání vznikly následující kategorie:

- přítomnost emoce
- znalost definice sebedpěče
- potřeba opory
- potřeba péče
- přítomnost deficitu způsobeného cévní mozkovou příhodou.

Kategorie emoce se vyskytuje u všech respondentů. U respondentů 1,2,4,5,6 a 8 se objevují kódy nejistota, strach, obava z vývoje onemocnění a z budoucnosti, odpověděli tak třikrát muži a třikrát ženy, čtyřikrát respondenti, kteří byli později propuštěni do domácího ošetřování, a dvakrát respondenti, kteří byli později v jiném sociálním prostředí. Kódy stud, lítost nebo smutek se objevují u respondentů 1,2,3,5 a 7, to znamená dvakrát v odpovědích mužů, třikrát v odpovědích žen, třikrát u pacientů, kteří byli propuštěni do domácího ošetření, dvakrát u pacientů propuštěných do následné péče. Kódy naděje nebo snaha se objevují u respondentů 1,3,5,6 a 8, odpověděli tak tři muži a dvě ženy, třikrát respondenti, kteří později byli propuštěni do domácího prostředí, dvakrát respondenti z jiného sociálního prostředí.

Kategorie definice soběstačnosti se u všech osmi respondentů pojí s kódy samostatnost, druhým kódem definující soběstačnost respondenti 1,2,4,5,6 a 8 označují nezávislost na ostatních, respondent 3 jako víru sám v sebe, respondent 8 jako schopnost rozhodovat sám o sobě, respondentka 7 jako schopnost pomáhat ostatním.

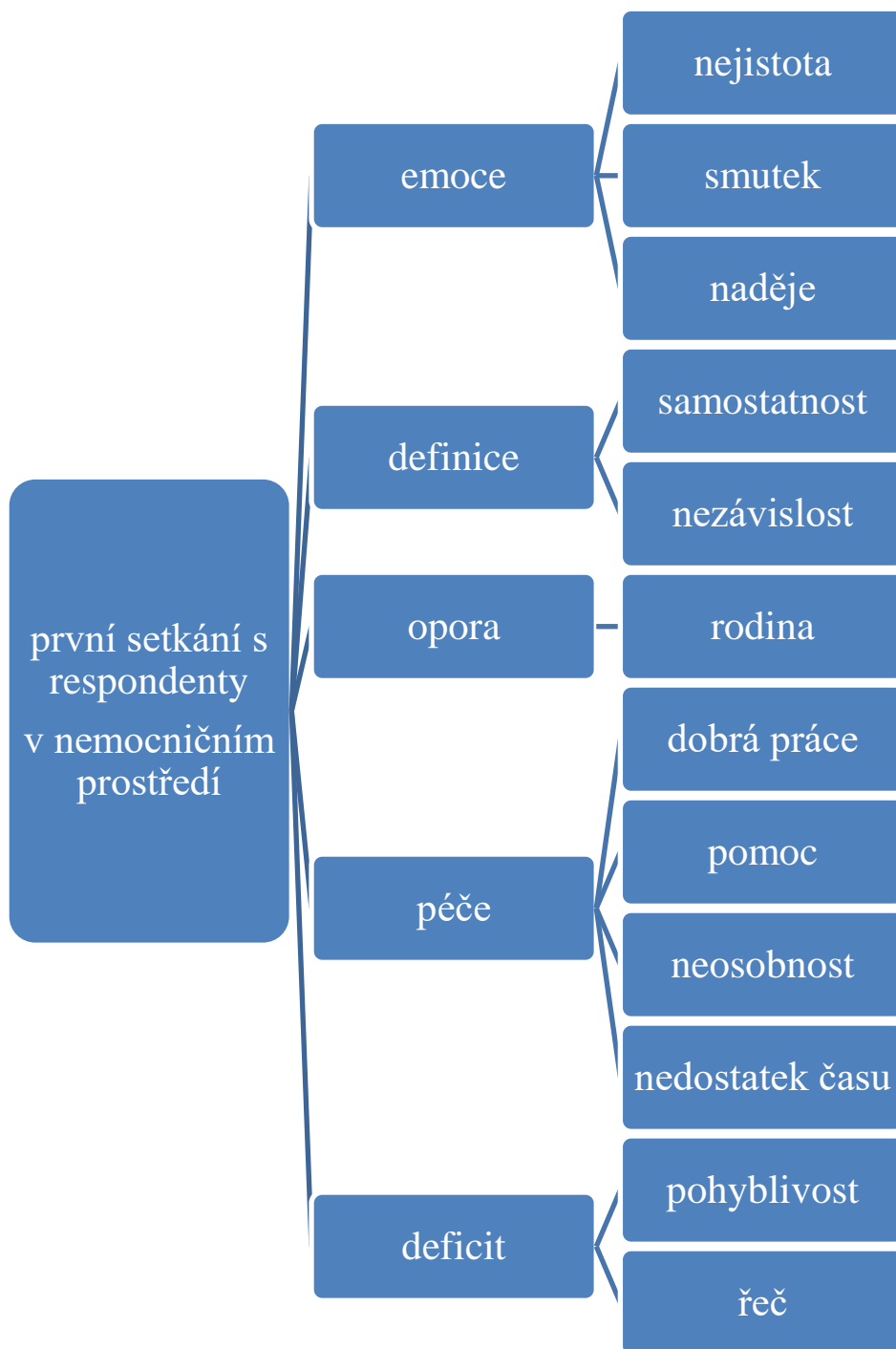
Kategorie opora je u respondentů 1,2,5,6 a 8 spojena s kódem rodina. Kód přátelé se objevuje u respondentů 1 a 4. Respondent 3 a 7 v této kategorii kódy nemají.

Kategorie péče obsahovala kód dobrá práce a vyskytuje se u respondentů 1,2,3 a 8, kód ochota a důvěra u respondentů 1,4 a 6. Péči sester jako přínos a pomoc hodnotí respondenti 1,5,6 a 7. Kód neosobnost sester se vyskytoval u respondentů 2,3,5 a 8, tedy u tří mužů a jedné ženy, kód nedostatek času personálu u respondentů 2,4 a 7, to znamená dvakrát u žen a jednou u mužů.

V kategorii nejvíce vnímaného deficitu všichni respondenti uvádí kód pohyblivost. Kód porucha řeči je hendikepem pro respondenty 1,2,4,5 a 8, jediný respondent 6 uvádí kód deficit v soběstačnosti, u respondenta 7 se objevuje kód deficit psychické pohody.

V grafickém znázornění jsou uvedeny všechny kategorie a nejvíce zastoupené kódy, které se objevovaly v rozhovorech s respondenty.

Souhrn kategorií a nejčastěji se opakujících kódů z prvního setkání s respondenty během hospitalizace (Smart Art 1)



**Zdroj:** Vlastní

### **5.2.2. Kategorie výsledků rozhovorů z druhého a třetího setkání**

Kódováním výsledků rozhovorů z druhého a třetího setkání vznikly následující kategorie:

- postoje k vývoji stavu a sebekpěče
- respondentovo vnímání postižení
- poskytovaná péče
- náprava deficitu.

V kategorii postoje k vývoji stavu se při druhém rozhovoru u respondentů 1,2,3,4,6 a 7 objevují kódy nespokojenost s vývojem stavu, u respondentů 1,3,4,6 a 7 se objevují kódy obava a smutek, respondenty 2 a 7 vyjadřuje kód stud, přičemž respondenti 3,4,6 a 7 jsou umístěni na oddělení následné péče. Kódy spokojenost, radost a naděje se objevuje u respondentů 5 a 8, oba jsou v domácím prostředí. Při třetím setkání všichni respondenti uvádějí kód spokojenost z vývoje svého stavu a radost z úspěchů.

Kategorie vnímání postižení byla zkoumána z pohledu respondenta, i z pohledu pečujících osob, které je uvedeno ve třetí skupině kategorií. V odpovědích respondentů se objevovaly kódy, rodina vnímá postižení lépe než sám pacient, vnímá stejně a vnímá hůře než sám pacient. Prvního respondenta vyjadřuje kód, že rodina vnímá postižení lépe, u respondentů 2 a 5 byl kód, že rodina i respondent vnímají postižení stejně, kódy u respondentů 3,6,7 a 8 jsou, že rodina vnímá postižení hůře než sám pacient.

Kategorii hodnocení poskytované péče pečující osobou respondent 1,2,4 a 6 vyjadřuje kódem závislost na péči. Kód pomoc, snaha pomáhat nebo podpora se objevuje u respondentů 1,2,3,4,5 a 7. Respondenty 3,4 a 7, u nichž je sociálním prostředím oddělení následné péče, určuje kód vykonávání péče perfektně svým okolím, kód nácvik i s případnými chybami volili respondenti 1,2,5,6 a 8, z čehož jsou respondenti 1,2,5 a 8 v domácím prostředí.

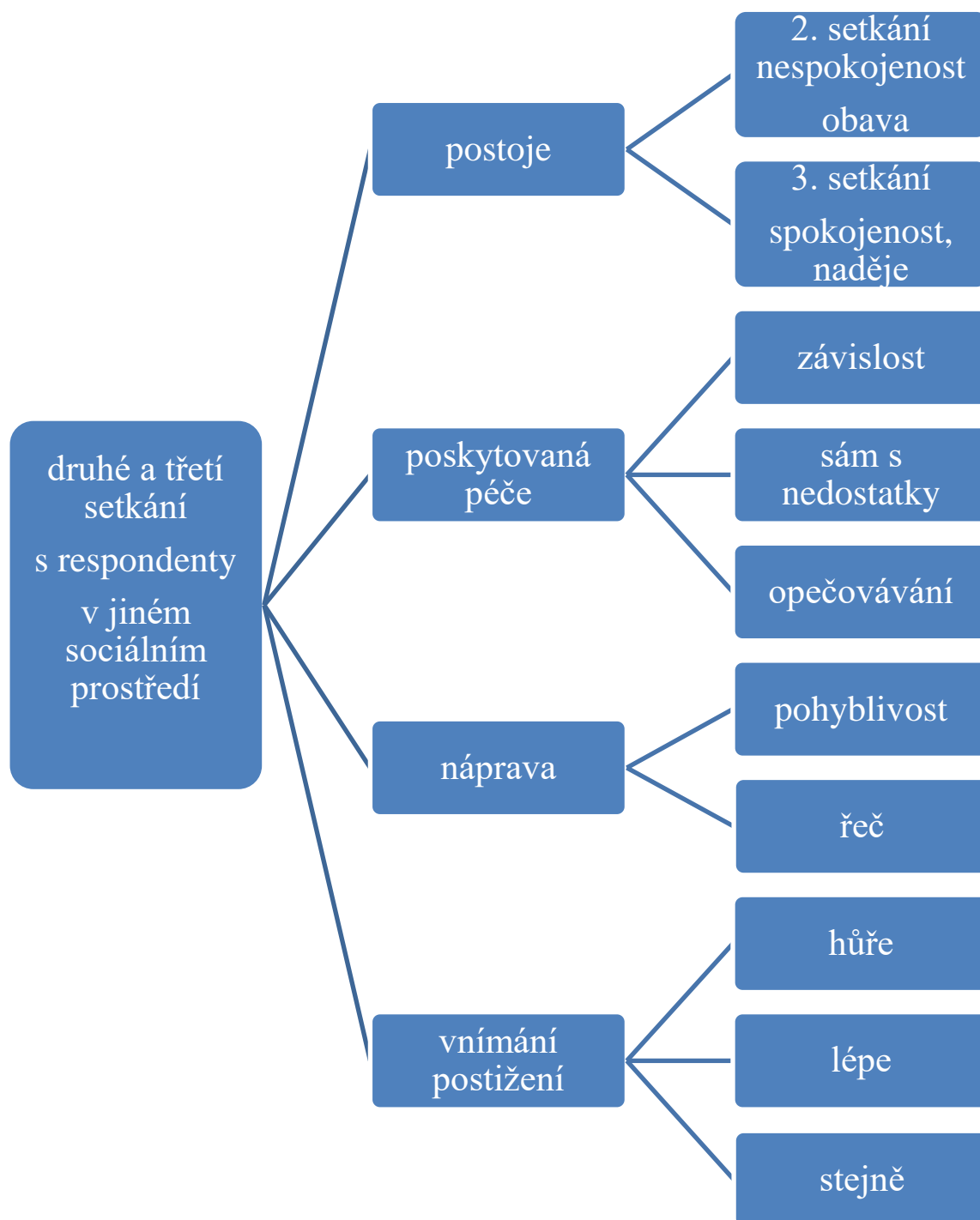
Čtvrtou kategorií byla dosažená náprava nebo zmírnění deficitu. Už při druhém setkání se objevuje kód náprava v pohyblivosti ať v celkové, nebo v manipulaci, u respondentů 1,2,3,4,5,6 a 8, a nevyskytuje se u respondenta 7. Kód náprava řeči se objevuje u respondentů 1,3,4,5,6,7, a 8, chybí u respondenta 2. Kód náprava díky

pomůckám je u respondentů 1, 2,4 a 5, z nichž tři jsou v domácím ošetřování. Pouze respondent 2 přisuzuje nápravu odborné péči. Při třetím setkání se kódy náprava pohyblivosti a řeči vyskytly u všech respondentů.

Graficky je znázorněn soubor kategorií s nejčastěji se opakujícími se kódy v odpovědích respondentů.



Souhrn kategorizací a opakujících se kódů z druhého a třetího setkání s respondenty v jiném sociálním prostředí (Smart Art 2)



**Zdroj:** Vlastní

### **5.2.3. Kategorie výsledků rozhovorů s pečující osobou**

Kódováním výsledků rozhovorů ze dvou setkání s pečující osobou vznikly následující kategorie:

- přístup pečující osoby k pacientovi
- vlastní opora
- vztah k péči
- vnímání postižení pacienta

V kategorii hodnocení přístupu pečujících k pacientovi byl u respondenta 1,3,4,5,6,7 a 8 kód racionalita, u respondenta 2 se objevuje kód emoce. Kombinace kódů se nevyskytovala.

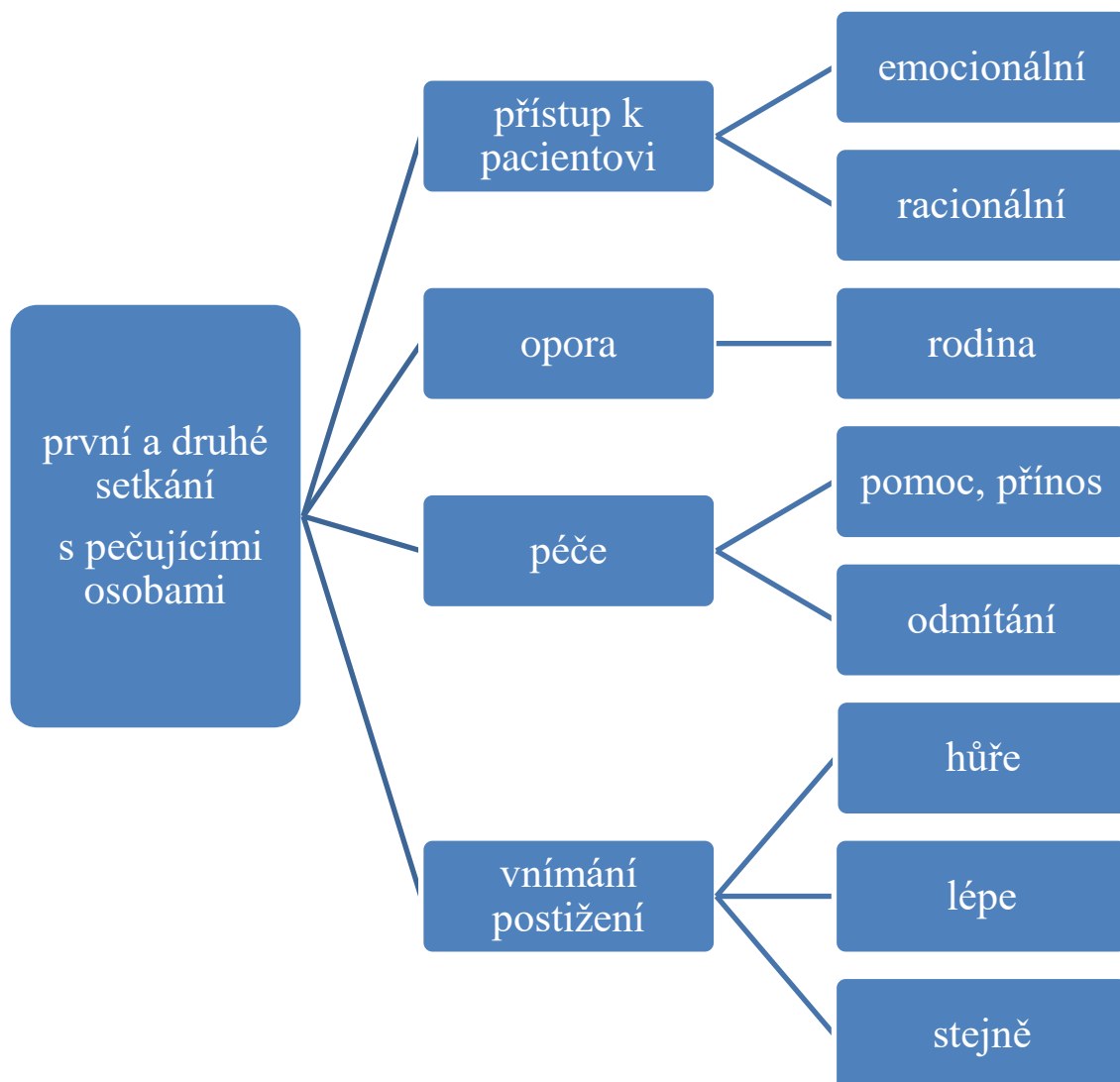
Kategorie opora pro pečující byla u pacientů v domácím prostředí označena kódem širší rodina, u respondentů 1,2,5 a 8. U respondentů 3,4,6 a 8 na oddělení následné péče, opora nebyla zmiňována.

V kategorii péče o respondenta se u respondentů 1,2,3,5,6 a 7 objevuje kód pomoc, přínos, celkem u tří pacientů v domácím prostředí a u tří v jiném sociálním prostředí, u respondentů 4 a 8 tento kód chybí. U respondentů 4,6 a 8 se vyskytuje kód odmítání poskytované péče. U respondenta 1 byla péče také označena kódem omezení dosavadního způsobu života a zaměstnání, u pečující osoby pátého respondenta se objevil kód pomůcky, úprava prostředí a samozřejmost poskytovat péči. U šestého a osmého respondenta se objevil kód povinnost, který u ostatních respondentů chyběl.

Kategorie vnímání postižení pacienta pečující osobou zahrnovalo tři kódy- pečující vnímá postižení lépe než respondent, vnímá postižení stejně, nebo hůře než respondent. Kód lépe než respondent se objevil u pečujících o respondenty 1 a 4, respondent 1 je v domácím prostředí, respondent 4 na oddělení následné péče. U pečujících o respondenty 3,5 a 6 bylo postižení vnímáno kódem stejně jako respondent, kde třetího a šestého respondenta hodnotila staniční sestra. Kód hůře než respondent se objevil u pečujících o respondenty 2,7 a 8, kde respondent 2 a 8 je v domácím prostředí.

Grafické znázornění ukazuje kategorie a nejčastěji uváděné kódy pečujícími osobami.

Souhrn kategorizací a opakujících se kódů z prvního a druhého setkání s pečující osobou (Smart Art 3)



**Zdroj:** Vlastní

## 6 Diskuse

Výzkumu v této diplomové práci se zúčastnili respondenti se stanovenou diagnózou, tj. ischemickou cévní mozkovou příhodou a s následnými změnami v soběstačnosti, muži ve věku 65 let, 69 let, 73 let a 75 let a ženy ve věku 68 let, 70 let, 71 let a 73 let, čili průměrný věk u obou skupin respondentů byl 70,5 let. Nejvíce se ischemická cévní mozková příhoda vyskytuje ve věku mezi 65 až 75 lety (28), což znamená, že se do věkové hranice zařadili všichni respondenti. Hodnocení respondentů probíhalo v časové linii osmi až deseti týdnů od vzniku mozkové příhody ve třech setkáních, z nichž první probíhalo v nemocničním prostředí a další dvě v jiném sociálním prostředí. Součástí výzkumu bylo také hodnocení pečujících osob.

První setkání s respondenty se konalo krátce po vzniku cévní mozkové příhody v nemocničním prostředí. Všichni respondenti se vyjadřují ke svému onemocnění emocionálně, protože nemoc je nutné vnímat jako proces se změnou kvality života, kdy se mění fyzický, psychický i sociální stav pacienta (19). Naše výsledky u pěti respondentů jsou v souladu s tvrzením Šamánkové (56), že emoce tvoří motivaci, která se vztahuje k nějakému cíli, a často bývají kombinací vnějších podnětů a pocitů. I když šest z respondentů má rodinu a zázemí, objevuje se u nich nejistota a strach z budoucnosti. U dvou respondentů se tyto pocity neobjevují, ačkoli nemají oporu ve svém okolí, které by jim umožnilo jejich návrat do domácího prostředí. Třetí respondent má manželku, která ale není schopna se o něj postarat, a sedmý respondent je vdova, která nemá dobré vztahy se synem a jeho rodinou. U respondentů 4, 6 a 8 se neobjevují pocity lítosti a smutku nejspíše proto, že respondent 6 a 8 je mužského pohlaví, a respondent 4 se do mozkové příhody staral o těžce postiženého manžela, takže lze předpokládat citové oploštění. U prvního respondenta se objevil kód vděk, který mohl souviset se závislostí respondenta na rodině. Kód racionálnost u druhého respondenta mohl být vyvolán uvědoměním si příčiny onemocnění a schopností nahradit deficit řeči využitím počítačového vybavení. Smíření s nemocí se objevuje pouze u třetího respondenta, ostatní respondenti hovoří spíše o lítosti. U čtvrté respondentky se emoce prokazovaly kódy „hrůza, neštěstí“, ale spíše se jednalo

o vyjadřování v expresivní, citově zabarvené afázii. Šamánková (56) ve své knize považuje netrpělivost a neklid za obecné příznaky neuspokojených potřeb pacienta, které se v našem výzkumu projevily u šestého, nejmladšího respondenta. U sedmé respondentky se z emocí objevuje pouze smutek, a tím potvrzuje tvrzení Lazaruse z knihy Křivohlavého (57), že při primárním hodnocení zvládání těžkých životních situací se objevují negativní faktory. Jedním z vyvolávajících faktorů může být uvědomění si chybějící opory u této respondentky.

Soběstačnost se u všech respondentů pojí se slovy samostatnost, což tvrdí i Kalvach (42), který mluví o soběstačnosti jako o schopnosti, možnosti a vůli samostatně konat, rozhodovat a prosazovat se. Druhý výraz definující soběstačnost- nezávislost na ostatních- se vyskytuje u většiny respondentů a potvrzuje Kalvachův (42) popis autonomie, kdy by člověk měl být schopen sám a bez cizí pomoci řídit vlastní aktivity a uspokojovat své potřeby tak, aby tím dosahoval fyzické a psychické pohody. To, že třetí respondent uvádí druhou definici soběstačnosti jako víru sám v sebe, může vyplývat z jeho rodinného zázemí, jelikož jeho manželka je nemocná a nemají děti, a tudíž se musí spoléhat jen sám na sebe. Sedmý respondent uvádí soběstačnost druhým výrazem jako schopnost pomáhat ostatním. Proč právě tento výraz byl zvolen, se nepodařilo zjistit. Pro osmého respondenta znamená soběstačnost také schopnost rozhodovat sám o sobě, což může vycházet z jeho profese nebo z jeho životní situace, kdy po smrti manželky vychovával dceru, a proto jeho tvrzení zároveň vyjadřuje souhlas s Kalvachovým (42) popisem soběstačnosti.

Dále byl rozhovor zaměřen na pacientovu oporu, protože život je dán nejen délkou, ale i jeho kvalitou a tím, s kým, kde a v jakých vztazích život žijeme (51). Respondenti 1,2,5,6 a 8 ve svých odpovědích uváděli, že největší oporou je pro ně rodina, a také – až na šestého respondenta- byli ostatní propuštěni do domácího prostředí, šestý respondent má však velice blízký vztah se svou dcerou. Pro respondenty 1 a 4 jsou oporou také přátelé, obě jsou ženy a jejich původní povolání znamenalo množství kontaktů s okolím. Třetí respondent, ačkoli má manželku, ji jako oporu neuvádí, protože je lítostivá. Sedmá respondentka nemá dobré vztahy se svým synem, tito dva respondenti neuvádějí žádnou oporu. Pro pečující je velice náročné přijmout

bez přípravy roli ošetřovatele, protože tehdy si uvědomí, jak je postižený na něm závislý, nemůže onemocnět, zemřít, vyhýbá se radostem, aby to postiženému nebylo líto (58).

Při hodnocení názorů respondentů na poskytovanou péči se objevily dva protipólykladný a záporný. V kladném smyslu se vyjádřili všichni respondenti a poskytovanou péči hodnotili jako ochotu, přínos a dobrou práci. Bohužel se v hodnocení poskytované péče objevují i negativní poznatky jako neosobnost sester, kdy nejeví zájem o pacienta, jen vykonají nejnnutnější péči a vytrácí se lidskost, nedostatek času personálu, který ale respondenti nezahrnovali do nezájmu ze strany sester. Při pohledu pacienta je důležité si uvědomit, že běžná sociální komunikace, jak tvrdí Venglářová a Mahrová (59), kterou lze rozvíjet při každé činnosti vykonávané u pacienta, vytváří vztah pečovatele a pacienta a zajišťuje mu sociální kontakt. S tímto názorem lze souhlasit a za tímto tvrzením lze hledat pravý důvod nespokojenosti při poskytování péče. Lze si ale položit otázku, zda neosobnost sester také není způsobena nedostatkem času při nutnosti ošetřit všechny pacienty a zda by řešením nebylo navýšení počtu ošetřujícího personálu. Při celkovém shrnutí pouze dva respondenti popisují péči pouze kladně, naopak dvě negativní a dvě pozitivní hodnocení se objevují u jednoho respondenta. Jak tvrdí Šimek a Svobodová (60), při využívání modelů ošetřovatelské péče, ošetřovatelské dokumentace a používání ošetřovatelské terminologie vzniká nebezpečí ignorování autonomie a důstojnosti člověka a poskytování péče pouze objektu, který je souhrnem orgánů a fyziologických funkcí.

Nejvýznamnějším deficitem způsobeným nemocí byla pro všechny respondenty porucha pohyblivosti, která, jak uvádí Pfeiffer (33), se vyskytuje v různém stupni a v různé lokalitě podle postižené cévy, a tyto příznaky mohou trvat několik dnů až týdnů, ale mohou přetrvávat v různé formě i nadále, což se potvrdilo při druhém a třetím setkání s pacienty. Porucha řeči se stala hendikepem pro pět respondentů. Z poruch tvorby řeči (43) se vyskytovala bradylálie u jednoho respondenta, dysartrie u sedmi respondentů, amnestická afázie u tří respondentů a expresivní afázie u jednoho respondenta. Dalšími komunikačními problémy byla intenzita hlasu respondentů, kteří často hovořili potichu, a jejich únava, kdy bylo nutné dělat v rozhovorech přestávky.

Pouze jeden respondent uvedl jako deficit změnu v soběstačnosti, ačkoli se tato změna vyskytovala u všech, zřejmě jí nevnímali jako podstatnou. Bruthans (3) uvádí změnu v soběstačnosti u 40 % pacientů, v našem výzkumném souboru se porucha soběstačnosti vyskytla u všech respondentů. Rozdíl může být dán dobou posuzování soběstačnosti od vzniku CMP. Sedmý respondent přiznal deficit psychické pohody, nejspíše vzhledem ke svému emočnímu strádání z osamění a kvůli chybějící opoře. Ačkoli se u některých respondentů vyskytla porucha paměti, dokonce ji i sami přiznali, nevnímali tuto poruchu natolik závažně, aby ji jako hendikep uvedli.

Druhá skupina kategorizací a kódů byla vytvořena při druhém a třetím setkání s respondenty. Výzkum měl prokázat vliv jiného sociálního prostředí na rozvoj soběstačnosti. Čtyři respondenti byli propuštěni domů a u čtyř bylo předpokládáno propuštění do sociálního zařízení. V současnosti se pohybují doby pro přijetí nových klientů do sociálních domů v okrese Teplice od několika měsíců až do několika let, bohužel ani akutní situace pacienta jeho umístění neurychlí. Pacienti, kteří potřebují péči, proto bývají umístěni na oddělení následné péče, a pokud se situace do tří měsíců nevyřeší, jsou přeloženi na sociální lůžka. Z tohoto důvodu byla čtveřice pacientů hodnocena na oddělení následné péče, které bylo považováno za jiné sociální prostředí než nemocniční, protože péče o klienty je na tomto oddělení zaměřena spíše ošetrovatelským než medicínským směrem.

Postoje respondentů k vývoji nemoci nejsou ovlivněny prostředím, spíše se odlišují odpovědi při druhém a třetím setkání. Při druhém rozhovoru šest respondentů udává svou nespokojenost s vývojem stavu, z toho u pěti respondentů se objevuje i obava a smutek. Dva respondenti dokonce vyjadřují svůj stud. Spokojenost, radost a naději vyjadřují již při druhém rozhovoru dva respondenti, kteří jsou oba v domácím prostředí, a došlo u nich k výraznému zlepšení jejich hybnosti. Jak tvrdí Bártlová (61), a v našem výzkumu se totéž potvrdilo, že rodina má pozitivní vliv na léčbu. Při třetím setkání již všichni respondenti uvádějí svou spokojenost z vývoje svého stavu, radost ze svých úspěchů a popisují zlepšení bez ohledu na prostředí. Vliv domácího prostředí na prokazatelné zlepšení sebeděče u pacientů s cévní mozkovou příhodou je patrný z objektivního hodnocení sebeděče podle modifikovaného testu Barthelové.

Hodnocení soběstačnosti je možné provádět podle několika testů. Mezi nejčastější patří Katzův index nezávislosti ADL a jeho modifikace, index Barthelové, funkční míra nezávislosti FIM (42), testování vývoje soběstačnosti TVS nebo dělení nemocných do čtyř skupin (44). Při hledání nejvhodnějšího hodnocení respondentů jsem zjistila, že uváděné testy hodnotí některé činnosti shodně, v hodnocení jiných se rozcházejí a některé činnosti, podle mého názoru důležité, v testech chybí. Jak již bylo řečeno, testovat soběstačnost je možné podle několika testů, přesto by bylo vhodné tyto testovací škály upravit nebo doplnit. Proto jsem zvolila modifikaci testu Barthelové (42) s převzetím některých činností od Šlechtové (45), která do sebepéče zahrnuje opomíjené, leč důležité činnosti. Ani tak nebyla zaručena stoprocentní objektivita, protože pokud se respondent naučil vykonávat činnosti druhou končetinou, jeho bodové skóre se zvýšilo, ale neukázalo to na zlepšení funkce postižené končetiny, nicméně jeho schopnost sebeobsluhy tím mohla být zlepšena. Po součtu bodového ohodnocení ze všech tří setkání měli klienti v domácím prostředí vyšší součet bodů – respondent 1 bodů 155, respondent 2 bodů 130, respondent 5 bodů 225 a respondent 8 bodů 240. Respondenti na oddělení následné péče dosáhli nižšího součtu bodů – respondent 3 bodů 155, respondent 4 bodů 110, respondent 6 bodů 90 a respondent 7 bodů 70. Respondent 3 a 4 měli nejvyšší bodové ohodnocení již při prvním setkání- 25 bodů díky rychlejší úpravě zdravotního stavu, proto také dosáhli vyšších hodnot při dalších hodnoceních.

Na základě těchto výsledků lze tedy odpovědět na první výzkumnou otázku „**Je domácí prostředí stimulem k rychlejšímu návratu sebepéče pacientů po CMP?**“

U respondentů z tohoto výzkumu domácí prostředí zlepšilo celkový stav, schopnost návratu a rozvoje sebepéče. Pokud by měla rodina problémy se zajištěním péče, nebo by neměla dostatečné informace, možností jak pomoci, je zajištění domácí péče nebo pečovatelské služby. S tvrzením Bártlové (61) o umožnění respitní péče, která by měla dát možnost pečujícím načerpat síly, lze pouze souhlasit.

Na oddělení následné péče převažuje ošetrovatelská péče o pacienta, nicméně v rámci počtu pacientů nezbyvá personálu mnoho času na podporu sebepéče



a na rozvíjení možností klientů. Pokud není v blízkém okolí pacienta osoba, která by činnosti přenechávala na něm, a tím posilovala rozvoj jeho soběstačnosti, deficit sebeděče zůstává po mnohem delší dobu. Jak uvádí Šamánková (56), úskalím hospitalizační péče je zúžení sociálního zázemí a pochopení.

Vnímání postižení bylo zkoumáno z pohledu respondenta a z pohledu pečujících osob, které je zahrnuto v rámci porovnání do této oblasti, ačkoli patří do třetí skupiny kategorizací. Jak uvádí Jelks (58), který sám prodělal mozkovou příhodu, hodnocení svého postižení po iktu blízkými bral jako milé gesto. I já jsem očekávala hodnocení stavu pacienta rodinou ve smyslu zlehčení nebo litování. Hodnocení respondentů bylo spíše intuitivní, podle toho jak bylo vnímáno i z reakcí, protože při společném hovoru se odpovědi u některých respondentů nedaly považovat za zcela objektivní, zejména u respondentů v jiném sociálním prostředí, u respondentů z domácího prostředí bylo možné očekávat emocionální ovlivnění odpovědí. V odpovědích respondentů se pouze u prvního z nich objevila odpověď, že rodina vnímá postižení lépe, než jak ho vnímá sám respondent. Respondenti 2 a 5 odpověděli, že rodina i oni vnímají postižení stejně, podle odpovědí respondentů 3, 6, 7 a 8 rodina vnímá postižení hůře než sám pacient. V odpovědích pečujících osob bylo u respondenta 1 a 4 vnímáno postižení lépe, než jak ho vnímá sám pacient. U respondentů 3,5 a 6 bylo postižení vnímáno stejně s respondentem, kde třetího a šestého respondenta hodnotila staniční sestra. Vnímání horšího stavu, než jak se skutečně posuzoval pacient, se objevilo u respondentů 2,7 a 8. To znamená, že první respondent a jeho pečující vnímají jeho postižení stejně, tento pacient je v domácím prostředí a má velkou oporu ve své rodině a přátelích. Druhý respondent je vnímán svými pečujícími hůře, zatímco on sebe vnímá přiměřeně svému stavu, je také v domácím prostředí. Třetí respondent je pečující osobou posuzován přiměřeně stavu a sám sebe vnímá lépe, než jak ho hodnotí pečující, je umístěn na oddělení následné péče a nemá žádnou oporu. Čtvrtý respondent je pečující osobou označen za lepšího, zatímco on se vnímá v horším stavu, než jak ho vidí okolí, je umístěn na oddělení následné péče. Pátý respondent je vnímán stejně sám sebou i svými pečujícími a je umístěn v domácím prostředí. Šestý respondent je pečujícími vnímán přiměřeně svému postižení, sám se však posuzuje lépe, než jak ho vidí okolí, je umístěn

na oddělení následné péče. Sedmý a osmý respondent jsou pečujícími vnímáni v horším stavu, zatímco oni považují svůj stav za lepší, každý z nich má jiné sociální prostředí. Tři respondenti, kteří byli umístěni na oddělení následné péče, se vnímají lépe, než je posuzuje jejich okolí. Dva z respondentů, kteří jsou v domácím prostředí, vnímají své postižení shodně se svými pečujícími.

Souhlasné odpovědi na druhou výzkumnou otázku „**Vnímá respondent problematiku svého postižení stejně jako jeho okolí?**“ se v tomto vzorku potvrdily pouze u dvou respondentů, u ostatních je vnímání postižení odlišné, v polovině odpovědí je vnímáno jako horší, a to zejména z pohledu rodiny. Je možné tvrdit, že lepším sebehodnocením respondenta se zvyšuje kvalita jeho života, protože o ní lze hovořit podle Křivohlavého jako o rozdílu mezi očekáváním a současným stavem (57).

Poskytovanou péčí pečující osobou hodnotí čtyři respondenti jako závislost na péči, dva respondenti jsou z domácího prostředí, dva z jiného sociálního prostředí. Poskytovanou péčí jako pomoc, snahu pomáhat nebo jako podporu hodnotí svými odpověďmi respondenti šest. V čem se ale vliv prostředí liší, je vykonávání deficitní sebeběče. Vykonávání péče perfektně svým okolím upřednostňovali tři respondenti, u nichž bylo sociálním prostředím oddělení následné péče. Vlastní nácvik i s případnými chybami volilo pět respondentů, z nichž čtyři jsou z domácího prostředí. Ačkoli šestý respondent byl umístěn na oddělení následné péče, raději volil vlastní nácvik než přenechávání péče na okolí. Předpokládám, že jedním z důvodů mohl být věk respondenta, byl nejmladší ze všech respondentů, a druhým důvodem náhrada nevyhovujícího sociálního zázemí za dobrovolníky, kteří pacientovi poskytli psychickou podporu. U respondentů, kteří se snažili vykonávat sebeběči sami i s chybami, je objektivní zlepšení sebeběče možné pozorovat podle dosažených výsledků modifikovaného testu Barthelové při třetím setkání. K porovnání bylo zvoleno právě třetí setkání, protože některý respondent se činnosti musel znovu učit a objektivizace by při jiném hodnocení nebyla úplná. Jak říká Pfeiffer (33), u starších pacientů po mozkové příhodě je přeučování na nedominantní stranu velice náročné a často nemožné, a to se potvrdilo i v našem výzkumu. Samostatné vykonávání činností upřednostňoval respondent 1 a dosáhl 85 bodů, respondent 2 dosáhl 70 bodů,

respondent 5 dosáhl 140 bodů, respondent 6 dosáhl 40 bodů a respondent 8 dosáhl 130 bodů. Vykonávání činností v zastoupení preferoval respondent 3 a dosáhl 75 bodů, dále respondent 4 a dosáhl 55 bodů a i respondent 7 a dosáhl 30 bodů.

Na základě těchto výsledků lze odpovědět na třetí výzkumnou otázku „**Je pro pacienta přínosnější vykonávání sebezpěče s deficitem, nebo perfektní provedení činnosti jeho okolím?**“ Pro pacienta je nácvik činností, zejména těch, které souvisí se sebezpečí, přínosem. Prováděné chyby a korigování nejasností posilují chuť a zájem zkoušet činnosti znovu, a tím dochází k jejich opakování a upevňování, anebo k zástupnému provádění činnosti druhou končetinou. Jak říká Pavlíková (4), provádění péče okolím je nutné zejména v plně kompenzačním ošetrovatelském systému, v období nácviku nebo při obnoveném učení činností. Pro pacienty by bylo výhodnější, ponechat jim více prostoru na nácvik nových činností, navýšit množství personálu a na oddělení následné péče přijmout ergoterapeuta, který by dokázal jejich soběstačnost lépe rozvíjet. Souhlasím s výrokem Kalvacha (42) o vhodnosti vytvoření komunitní sestry, a jejím zaměřením na pacienty s iktem, která by hodnotila vývoj pacienta, dokázala by rodině s péčí poradit, dokázala by pomocí rehabilitace rozvíjet pohybové schopnosti a detekovala by změny ve stavu pacienta, ale i ve vyčerpání rodiny.

Kategorie náprava nebo zmírnění deficitu se objevuje převážně už při druhém setkání. Sedm respondentů si uvědomuje nápravu v celkové pohyblivosti, nebo v manipulaci, nápravu řeči uvádí sedm respondentů, ať ve zmírnění dysartrie, zlepšení paměťových stop nebo ve zlepšení motorické schopnosti. Dosažení nápravy díky pomůckám, kam patří francouzské hole, chodítka, vozíky, dlahy, připouští čtyři respondenti, z nichž tři jsou v domácím ošetrování. Pouze jeden respondent vnímá nápravu pomocí odborné péče, a to fyzioterapie. První respondent si uvědomuje i nápravu vzhledu, kterou hodnotil subjektivně a objektivně byl stupeň zlepšení hodnocen vyšetřením motoriky (43). Ke zmírnění postižení se osvědčila zvýšená rehabilitační péče, více času, větší intenzita tréninku, častější cvičení, zapojování pečujících osob a používání kompenzačních pomůcek. Přestože respondenti ve svých

odpovědích často zmiňovali nedostatek fyzioterapie a větší potřebu cvičení, jako způsob možné nápravy ji neuváděli.

Odpovědí na čtvrtou výzkumnou otázku „**Vnímá pacient následnou léčbu jako rychlejší způsob k návratu sebezpěče?**“ je pouze souhlasná reakce respondenta 2. Ostatní respondenti nejspíše berou tento způsob jako část léčby, a byť je pro ně přínosem, neuvědomují si její význam. Pohyb považujeme za běžnou součást soběstačnosti, všechny hodnotící škály se otázkou pohyblivosti zabývají a také všichni respondenti při prvním setkání označili za výrazný deficit právě pohyblivost. Aby v rehabilitačním cvičení pokračovali doma nebo v jiném prostředí, byli řádně poučeni i během výzkumu, přesto někdy docházelo k odmítání rehabilitace, a to mohlo u některých zpomalit rozvoj sebezpěče. Pro pacienty zvýšená fyzioterapie znamenala rychlejší úpravu soběstačnosti, bohužel pouze pro respondenty z výzkumu, kterým byla věnována zvýšená péče. Domnívám se, že pro pacienty po ischemických cévních mozkových příhodách by intenzivní rehabilitační péče měla být samozřejmou součástí léčebného režimu a každý pacient by měl absolvovat hospitalizaci na rehabilitačním oddělení. Další možnosti odborné péče- logopedii a ergoterapii- nikdo z respondentů nevyužil.

Třetí skupina kategorizací je výsledkem hodnocení rozhovorů s pečujícími osobami ze dvou setkání. Pokud byl pacient v domácím prostředí, nejčastěji byl zvolen člen rodiny, pokud zůstával v jiném sociálním prostředí, byla za pečující osobu zvolena staniční sestra, která byla s respondenty v každodenním kontaktu a dokázala přizpůsobit péči podle potřeb pacienta.

Hodnocení přístupu pečujících k pacientovi bylo u sedmi respondentů racionální, pečující si uvědomovali důsledky onemocnění a možnosti nápravy. U jednoho respondenta byl přístup emocionální, lítostivý, a přesto plný lásky, nejspíše proto, že se jednalo o dceru respondenta. Emoce se objevovaly i v jiných odpovědích, ale ustupovaly ochotě pomáhat.

Oporou pro pečující byla u pacientů v domácím prostředí širší rodina, to znamená u čtyř respondentů. U respondentů na oddělení následné péče opora nebyla zmiňována, protože odpovídala staniční sestra, která nebyla k respondentovi v emoční vazbě.

Poslední otázka se týkala toho, jak pečující vnímají svůj vztah k péči o respondenta. U šesti pečujících je poskytovaná péče vnímána jako pomoc, přínos, čili u tří pacientů v domácím prostředí a u tří v jiném sociálním prostředí. U tří respondentů je zmiňována jako odmítání poskytované péče. U prvního respondenta péče o svého blízkého znamenala omezení dosavadního způsobu života a zaměstnání, u druhého respondenta byla také označena za přenechání činností a podpoření snahy postiženého. U pečující osoby pátého respondenta se objevila péče v souvislosti s pomůckami, úpravou prostředí jako samozřejmost, která vyplynula z nemoci. U šestého respondenta byly kódy rozporuplné- závislost pacienta na péči, ale zároveň si uvědomoval její nutnost, pacientovo odmítání péče, ale přesto chápání přínosu pro jeho zlepšení. U osmého respondenta se pomoc objevila spolu s povinností, bylo to u dcery, která péči nezvládala.

## 7 Závěr

Cévní mozková příhoda je třetí nejčastější příčinou úmrtí v České republice a pacientů s touto nemocí stále přibývá. Diplomová práce byla zaměřena na problematiku soběstačnosti pacientů po cévní mozkové příhodě, která se vyskytuje téměř u poloviny pacientů.

V diplomové práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit možnosti nápravy deficitu sebeděče u pacientů po CMP. Druhým cílem bylo zjistit vliv prostředí na rozvoj sebeděče pacienta. Pro dosažení cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První otázkou bylo zjišťováno, zda domácí prostředí dokáže u pacientů podpořit návrat jeho sebeděče. Polostrukturovaným rozhovorem s respondenty a objektivním hodnocením testů soběstačnosti bylo prokázáno, že respondentům domácí prostředí zlepšilo návrat a rozvoj sebeděče. Na oddělení následné péče je poskytována zejména ošetrovatelská péče, při které nezbyvá personálu mnoho času na rozvíjení sebeděče jednotlivců. Pokud není v okolí pacienta osoba, která by činnosti související se sebeděčí nechávala na něm, deficit sebeděče zůstává po delší dobu.

Druhá výzkumná otázka řešila, zda respondent vnímá své postižení stejně jako jeho okolí. Po vyhodnocení rozhovorů s respondenty a jejich pečujícími osobami bylo zjištěno, že většina pečujících vnímá postižení respondenta hůře než respondent sám.

Třetí výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda je pro pacienta přínosnější vykonávat sebeděči s deficitem, nebo perfektní provedení činnosti jeho okolím.

Pro pacienta je nácvik sebeděče přínosem, i když je prováděn s chybami, protože chyby posilují chuť a zájem zkoušet činnosti znovu, čímž dochází k zlepšování jejich provedení. Nácvik také přispívá k učení a zástupnému provádění druhou končetinou. I pro pacienty, kteří přichází do jiného sociálního prostředí, by bylo vhodnější ponechat možnost nácviku sebeděče.

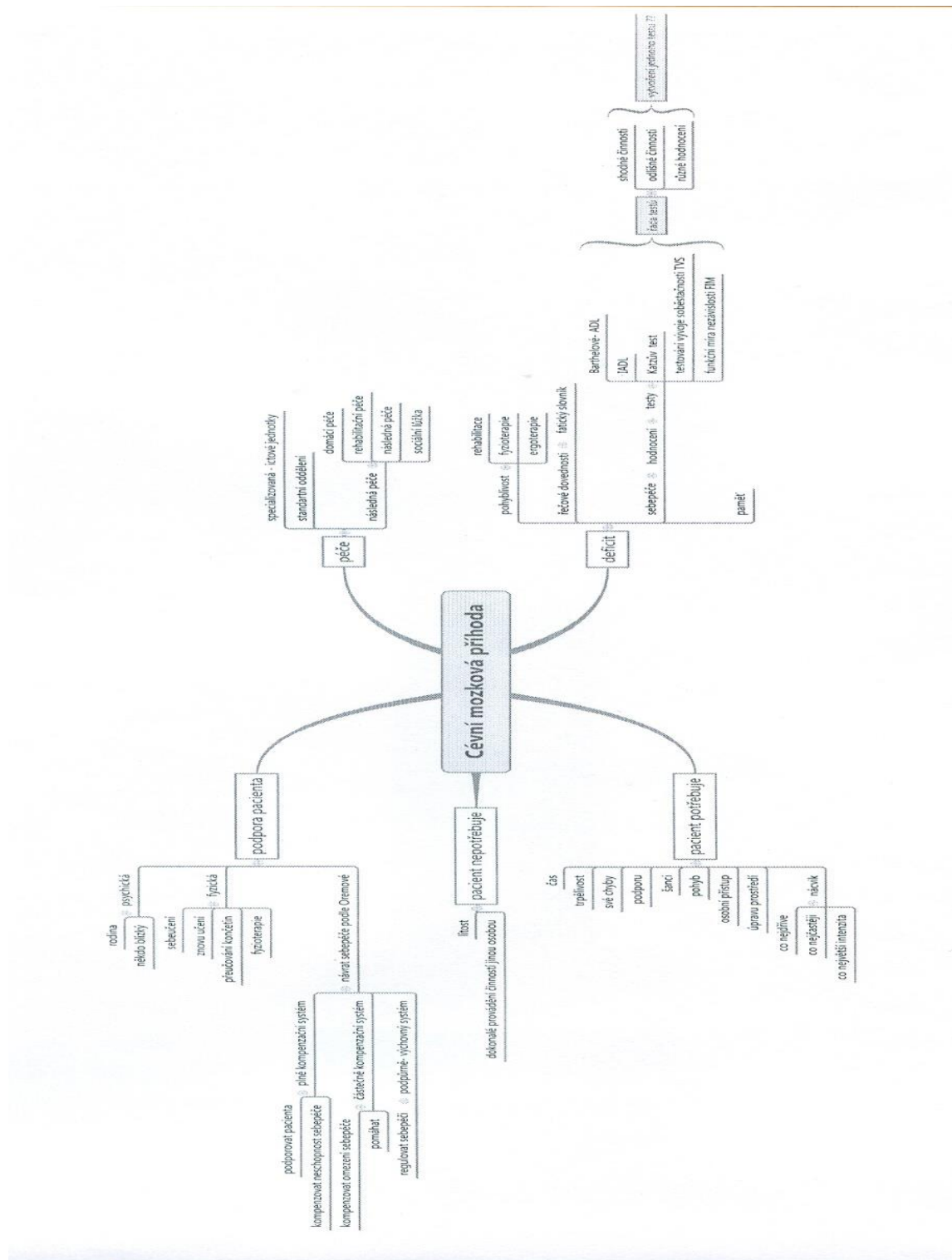
Čtvrtá výzkumná otázka řešila vnímání přínosu následné léčby jako rychlejšího způsobu k návratu sebeděče. Většina respondentů následnou péči bere jako způsob léčby a neuvědomuje si její význam. Přestože o nutnosti a možnostech rehabilitačního

ošetřování byli respondenti poučeni a instruováni, docházelo u nich někdy k odmítání cvičení, a to mohlo zpomalit rozvoj sebepéče.

Cévní mozková příhoda zanechává různě závažné následky. Během zpracování této práce bylo možné se setkat s pacienty s různými stupni postižení pohyblivosti, sebepéče, řeči a paměti. Dva respondenti během výzkumu na následky cévní mozkové příhody zemřeli a u jednoho se ataka CMP opakovala, a proto nebylo možné v rozhovorech pokračovat. Zhodnocení výsledků je v souladu s autory odborných textů, kteří též došli k závěru, že pro pacienty po cévní mozkové příhodě je velice důležitá okamžitá a intenzivní rehabilitace a že podpora rodinných pečujících a pozitivní vliv domácího prostředí rychleji navrácí soběstačnost pacienta. Důležitou součástí výzkumu v této práci bylo posuzování sebepéče a systematické hodnocení deficitu podle modelu D. E. Oremové. Tento model je vhodný právě pro pacienty s danou diagnózou, neboť hodnocení probíhá pěti způsoby pomoci, které mohou být od úplné zastupitelnosti pacienta, přes dopomoc až po edukaci pacienta, a zároveň se zaměřují na rozvoj podpůrného prostředí, které má na sebepéči vliv. Hodnocení sebepéče je možné provádět podle několika testů a škál, ve kterých se činnosti buď opakují, ale mohou být i zcela odlišné, testy se také mohou lišit ve vyhodnocení. Bylo by proto vhodné stanovit jednu škálu, která by zahrnovala všechny oblasti činností a byla by dostačující pro určení deficitu sebepéče.

Na základě výsledků práce byla vytvořena myšlenková mapa, která je vložena za závěr. Myšlenková mapa nabízí možnosti zlepšování deficitu sebepéče u pacientů s CMP a mohla by být návodem pro ošetřovatelský personál i pro pečovatele, jak rozvoj sebepéče podporovat. Je zaměřena na nejběžnější změny, které postihují pacienty s cévní mozkovou příhodou a jsou jimi vnímány, a na způsob pomoci, která by byla pro pacienta co nejefektivnější.

# Myšlenková mapa



Zdroj: Vlastní



## 8 Seznam informačních zdrojů

- 1) AMBLER, Zdeněk a Jiří POLÍVKA. Význam iktových jednotek pro léčbu cévních mozkových příhod. *Neurologie pro praxi*. Roč. 2001, 4/2001, roč. 2, 168-172 s. ISSN 1213-1814.
- 2) FIKSA, Jan. Cévní mozková příhoda: diagnostika a léčba. *Lékařské listy*. Příloha Zdravotnických novin. Roč. 57, 18/2008, 12-14 s. ISSN 0044-1996.
- 3) BRUTHANS, Jan. Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod. *Remedia*. Farmakoterapeutický dvouměsíčník pro lékaře a farmaceuty. Roč. 2009, 2/2009, 128-131 s. ISSN 0862-8947.
- 4) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006, 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 5) TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- 6) ALLIGOOD, Martha Raile. *Nursing theory: Utilization and Application*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2014, 476 p. ISBN 978-032-3091-893.
- 7) PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 8) LYN, Basford a Oliver SLEVIN. *Theory and Practice of Nursing: An Integrated Approach to Caring Practise*. 2nd ed. Cheltenham: Nelson Thornes, 2003, 838 p. ISBN 07-487-5838-0.

- 9) ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003, 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
- 10) TAYLOR, Susan G., and Kathie McLaughlin RENPENNING. *Self-care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2011, 242 p. ISBN 978-0-8261-0779-4.
- 11) WATSON, Jean. *Nursing: Human Science and Human Care*. A theory of nursing. 2nd ed. Sudbury: National League for Nursing, Jones and Bartlett, 1999, 105 p. ISBN 07-637-1111-X.
- 12) OLÍŠAROVÁ, V., F. DOLÁK a V. TÓTHOVÁ. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *KONTAKT*. Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, roč. 2013, 1/2013, 14-21 s. ISSN 1212-4117.
- 13) JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-858-6655-2.
- 14) STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství*. Praktické příručky pro sestry, 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 50 s. ISBN 80-701-3263-9.
- 15) ŠAMÁNKOVÁ, M., M. HUŠKOVÁ a K. MATOUŠOVIC. *Základy ošetrovatelství: pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002, 272 s. ISBN 80-246-0477-9.
- 16) STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996, 193 s. ISBN 80-718-4243-5.

- 17) RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
- 18) ŽIAKOVÁ, Katarína a kol. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, 2007, 189 s. ISBN 978-808-0632-472.
- 19) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993, 73 s. ISBN 80-701-3152-7.
- 20) WHO. *LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 184 s. ISBN 80-701-3234-5.
- 21) SITZMAN, Kathleen a Lisa Wright EICHELBERGER. *Understanding the Work of Nurse Theorists: A creative Beginning*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett, 2011, 241 p. ISBN 07-637-7816-8.
- 22) KIM, Hesook Suzie a Ingrid KOLLAK. *Nursing theories: conceptual*. 2nd ed. New York: Springer Pub. Co, 2006, 309 p. ISBN 08-261-4005-X.
- 23) KOZIER, B., G. ERB, A. BERMAN, S. S., R. LAKE and S. HARVEY. *Fundamentals of Nursing: onc Concepts, process and practice*. Harlow: Pearson Education, 2008, 765 p. ISBN 978-013-1976-535.
- 24) OREM, D. E., K. M. RENPENNING and S. G. TAYLOR. *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company, 2003, 374 p. ISBN 08-261-1725-2.
- 25) LARSON, James S. *The measurement of health: concepts and indicators*. New York: Greenwood Press, 1991, 175 p. ISBN 03-132-7339-1.

- 26) PROOT, I. M., H. H. ABU-SAAD, G. GJ Van OORSOUW and J. J. STEVENS. *Autonomy In Stroke Rehabilitation: The Perceptions Of Care Providers In Nursing Homes. Nurs Ethics.* 2002, vol. 9, no. 1, 36-50 p. ISSN 0969-7330.
- 27) BEKEL, Gerhard a Renata HALMO. *Teorie deficitu sebedpěče: soubor textů.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 60 s. ISBN 80-244-0794-9.
- 28) SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi.* Praha: Grada, 2004, 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
- 29) MÄURER, Horst- Christian a René MÄURER. *Náhlá mozková příhoda.* Praha: Victoria Publishing, 1989, 142 s. ISBN 80-85605-65-1.
- 30) LESSMANN, J. C., F. De CONTO, G. RAMOS, M. S. BORENSTEIN and B.H.S. MEIRELLES. *Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. Revista Brasileira de Enfermagem.* 2011, vol. 64, no. 1, 198-202 p. ISSN 0034-7167.
- 31) AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty všeobecného lékařství.* Praha: Karolinum, 1998, 283 s. ISBN 80-7066-922-5.
- 32) GUPTA H. V., A. M. FARRELL and M. K. MITTAL. *Transient ischemic attacks: predictability of future ischemic stroke or transient ischemic attack events.* In: *Therapeutics and Clinical Risk Management* [online]. 2014, vol. 10, 27-35 p. [cit. 2015-20-02]. Doi:10.2147/TCRM.S54810. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891764/>.
- 33) PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci.* Praha: Grada, 2007, 352 s. ISBN 987-80-247-1135-5.

- 34) WINTERMARK, M., G. W. ALBERS, J. P. BRODERICK et al. Acute Stroke Imaging Research Roadmap II. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. [online]. 2013, vol. 44, no. 9, 2628-2639 p. [cit. 2015-20-02]. Doi:10.1161/STROKEAHA.113.002015. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040226/>.
- 35) AMIN, Alpesh. Oral anticoagulation to reduce risk of stroke in patients with atrial fibrillation: current and future therapies. *Clinical Interventions in Aging*. [online]. 2013, vol. 8, 75-84 p. [cit. 2015-20-02]. Doi:10.2147/CIA.S37818. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556861/>.
- 36) ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. *Cévní příhody mozkové*. Praha: Brána, 1995, 144 s. ISBN 80-901783-8-3.
- 37) LEJSEK, Jan a kol. *První pomoc*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2013, 272 s. ISBN 978-80-246-2090-9.
- 38) ČESKO. Věstník č.10/2012 ze dne 14. 12. 2012. [online] In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Legislativa. [cit. 2015-20-02]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/2012\\_2510\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/2012_2510_11.html).
- 39) JAUCH, E. C. et al. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Part 11: Adult Stroke. *Circulation*. [online]. 2010, vol. 122, 5818-5828 p. [cit. 2015-20-02]. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971044. Dostupné z: [http://circ.ahajournals.org/content/122/18\\_suppl\\_3/S818.full](http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S818.full).
- 40) ANDJELIC, Sladjana Lj. Accuracy of Prehospital Diagnosis of Stroke. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. [online]. 2012, vol. 75, n. 108, 62-68 p. [cit. 2015-20-02]. Dostupné z: [http://www.csmn.eu/en/czech-slovak-neurology-article/accuracy-of-prehospital-diagnosis-of-stroke-37190?confirm\\_rules=1](http://www.csmn.eu/en/czech-slovak-neurology-article/accuracy-of-prehospital-diagnosis-of-stroke-37190?confirm_rules=1).

- 41) SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I. - Interna*. Praha: Grada, 2007, 192 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
- 42) KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
- 43) NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1150-8.
- 44) STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6- Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, 55 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.
- 45) ŠLECHTOVÁ, Dana. *Soběstačnost geriatrických nemocných v posthospitalizačním období*. Praha, 1989. Diplomová práce. III. interní katedra FVL UK, oddělení péče o nemocné. Vedoucí práce MUDr. J. Šimek, CSc.
- 46) OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA. Sebepečce. *Ose.zshk.cz* [online]. 2010-2012 [cit. 2015-20-02]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelska-anamneza.aspx?id=28>.
- 47) HENTSCHOVÁ, Radka. *Aktivizační využití psů v rámci péče o seniory*. České Budějovice, 2010. <http://www.theses.cz>. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- 48) VOTAVA, Jiří. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*. Solen, s.r.o., Olomouc, 2001, 184-189 s., ISSN - 1213-1814.

- 49) ČESKO. Zákon č. 108/2006, § 9 ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 37. [cit. 2015-20-02]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- 50) *Metodický pokyn ředitele odboru posudkové služby pro posudkové komise MPSV ze dne 27.10.2014* [online]. 2012. [cit. 2015-20-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/19743>.
- 51) KNEZOVÍČ, R., R. RALBOVSKÁ a D. BRUKKEROVÁ. Vliv rodinného prostředí na zdravý životní styl a compliance. *Sestra*. Ročník 20, č. 12, 2010. ISSN 1210-0404.
- 52) FAWCUS, Robert. *Stroke rehabilitation: A Collaborative Approach*. 3 ed. Wiley: 2003, 224 p. ISBN 978-0-632-04998-1.
- 53) *Příručka pro pečovatele*. 26. 9. 2009 [online]. [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz>.
- 54) *Encyklopedický slovník*. Praha: Odeon, 1993, 1253 s. Klub čtenářů (Odeon). ISBN 80-207-0438-8.
- 55) ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 56) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 57) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 58) JELKS, Edwin B. Cievna mozgová príhoda. *Neuro magazín*. Ročník III., č. 3, 2010. ISSN 1337-8767.

59) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

60) ŠIMEK, Jiří a Hana SVOBODOVÁ. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. In: DOLISTA, Josef a Miroslav SAPÍK. *Studie z bioetiky II. Etika v biomedicíně a biotechnice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, 63-68 s. ISBN 978-80-7040-996-1.

61) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.



## **9 Přílohy**

Příloha 1- Rankinova škála důsledků cévní mozkové příhody

Příloha 2- Vyšetření hybnosti

Příloha 3- Index Barthelové

Příloha 4- Katzův index nezávislosti

Příloha 5- IADL

Příloha 6- Philadelphia Geriatric Centre – IADL Scale

Příloha 7- a) Funkční míra nezávislosti

b) Grafická podoba funkční míry nezávislosti

Příloha 8- Testování vývoje soběstačnosti - TVS

Příloha 9- Test ošetrovatelské zátěže

Příloha 10- Cliftonova škála soběstačnosti

Příloha 11- Stresový test pro pečovatele

Příloha 12- Stupnice poskytování péče

Příloha 13- Struktura rozhovoru s respondenty

Příloha 14- Struktura rozhovoru s pečujícími

Příloha 15- Souhlas hlavní sestry s výzkumem

Příloha 16- Ukázka otevřeného kódování

## Příloha 1- Rankinovo škála důsledků cévní mozkové příhody

**Tab. 4.5** Rankinova škála důsledků cévní mozkové příhody, použitelná k orientačnímu hodnocení disability, především mobility, i u jiných postižení

| úroveň postižení | charakteristika postižení   |
|------------------|---|
| 0                | bez příznaků  |
| 1                | příznaky patrné (např. porucha chůze), ale funkčně nevýznamné   |
| 2                | mírná disabilita – pacient není schopen všech původních aktivit, ale je soběstačný v běžných denních aktivitách (ADL, IADL) |
| 3                | střední disabilita – potřeba pomoci na úrovni IADL (např. nákup), ale chůze samostatná, bez pomoci jiné osoby               |
| 4                | těžká disabilita – potřeba pomoci jiné osoby při chůzi a při základních sebeobslužných ADL                                  |
| 5                | velmi těžká disabilita – imobilita, trvalý pobyt na lůžku, potřeba ošetrovatelské péče                                      |
| 6                | úmrtí   |

**Zdroj:** KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 104. ISBN 978-80-247-4026-3.

## Příloha 2- vyšetření hybnosti

### Vyšetření hybnosti (motoriky)

Orientačně rozlišujeme u hybnosti 6 stupňů:

- 0 – žádný pohyb vyšetřované oblasti, jde o plegii – úplnou obrnu;
- 1 – svalový záškub, viditelná nebo hmatná kontrakce bez pohybu;
- 2 – pohyb se provede pouze ve směru gravitace;
- 3 – pohyb je proveden i proti gravitaci;
- 4 – pohyb je proveden proti odporu;
- 5 – normální síla s pohybem proti odporu.

**Zdroj:** NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2005, s. 43.  
ISBN 978-80-247-1150-8.

### Příloha 3- Index Barthelové

Tab. 4.2 Index Barthelové

| položka                                  | hodnocení (počet bodů)   |
|--|--|
| 1. najedení, napití                      | sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)                                  |
| 2. oblékání                              | sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)                                  |
| 3. osobní hygiena                        | sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)                                  |
| 4. koupání                               | sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)                                  |
| 5. kontinence moči                       | kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)    |
| 6. kontinence stolice                    | kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)    |
| 7. použití WC                            | sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)                                  |
| 8. chůze po schodech                     | sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)                                  |
| 9. přesun z lůžka na židli, event. vozík | sám (15), s malou pomocí (10), s dopomocí, vydrží sedět (5), nelze (0) |
| 10. chůze či přesun po rovině            | nad 50 m (15), s pomocí (10), na vozíku (5), neprovede (0)             |
| <b>HODNOCENÍ:</b>                        |  |
| 0–40 bodů:                               | vysoce závislý v bazálních všedních činnostech                         |
| 45–60 bodů:                              | závislý  |
| nad 60 bodů:                             | závislost lehčího stupně   |

**Zdroj:** KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 100. ISBN 978-80-247-4026-3.

## Příloha 4- Katzův index nezávislosti

Tab. 4.1 *Katzův index nezávislosti*

| aktivita                      | nezávislost<br>(žádná osobní asistence, vedení<br>ani supervize) – 1 bod   | závislost<br>(úplná péče, osobní asistence,<br>vedení či supervize) – 0 bodů          |
|-------------------------------|--|---|
| koupání (bathing)             | myje se sám či dopomoc jen u jedné části těla (např. záda či ochrnutá končetina)   | dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí |
| oblékání (dressing)           | vyndá oblečení ze skříní a zásuvek, obleče se kompletně, včetně kabátu a zapínání; možná dopomoc s ponožkami či punčochami | pomoc při oblékání či pasivní oblečení  |
| používání toalety (toileting) | dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, eventuálně očistit genitál                                  | pomoc s přemístěním na toaletu, s očistou nebo užívání podložní mísy či „gramofonu“   |
| přemísťování (transferring)   | přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence; mechanické pomůcky jsou možné  | potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování                  |
| kontinence (continence)       | kompletní kontrola vyměšování; možná je stresová inkontinence žen  | úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice                                      |
| jezení (feeding)              | vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci; přípravu jídla může zajistit jiná osoba                                      | částečná či kompletní pomoc s jídlem či pasivní krmení                                |

**Zdroj:** KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 99. ISBN 978-80-247-4026-3.

## Příloha 5- IADL

### Test instrumentálních všedních činností (IADL - Instrumental Activity Daily Living )

|                            |  | bodové skóre |
|----------------------------|--|--------------|
| <b>1. telefonování</b>     | vyhledá samostatně číslo, vytočí je                              | 10           |
|                            | zná několik čísel, odpovídá na zavolání                          | 5            |
|                            | nedokáže používat telefon  | 0            |
| <b>2. transport</b>        | cestuje samostatně dopravním prostředkem                         | 10           |
|                            | cestuje, je-li doprovázen  | 5            |
|                            | vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz                   | 0            |
| <b>3. nakupování</b>       | dojde samostatně nakoupit  | 10           |
|                            | nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby                         | 5            |
|                            | neschopen bez podstatné pomoci                                   | 0            |
| <b>4. vaření</b>           | uvaří samostatně celé jídlo                                      | 10           |
|                            | jídlo ohřeje   | 5            |
|                            | jídlo musí být připraveno druhou osobou                          | 0            |
| <b>5. domácí práce</b>     | udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací                       | 10           |
|                            | provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu        | 5            |
|                            | potřebuje pomoc při většině prací                                | 0            |
|                            | nebo se práce v domácnosti neúčastní                             | 0            |
| <b>6. práce kolem domu</b> | provádí samostatně a pravidelně                                  | 10           |
|                            | provede pod dohledem   | 5            |
|                            | vyžaduje pomoc, neprovede  | 0            |
| <b>7. užívání léků</b>     | samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků         | 10           |
|                            | užívá, jsou-li připraveny a připomenuty                          | 5            |
|                            | léky musí být podány druhou osobou                               | 0            |
| <b>8. finance</b>          | spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje             | 10           |
|                            | zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi | 5            |
|                            | neschopen bez pomoci zacházet s penězi                           | 0            |

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

|             |                  |
|-------------|------------------|
| 0 – 40 bodů | závislý          |
| 41 – 75     | částečně závislý |
| 76 – 80     | nezávislý        |

**Zdroj:** STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6- Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, s. 37. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.



## Příloha 6- Philadelphia Geriatric Centre – IADL Scale

Tab. 4.4 Lawtonova škála hodnocení IADL (Philadelphia Geriatric Centre – IADL Scale)

| činnost   | body | činnost   | body |
|---|------|---|------|
| <b>telefonování</b>   |      | <b>praní</b>  |      |
| ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí čísla   | 1    | zcela zajistí praní osobních věcí   | 1    |
| vytočí několik dobře známých čísel  | 1    | přepere drobné věci, jako ponožky či punčochy   | 1    |
| zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáhá čísla  | 1    | veškeré praní musí zajistit jiní  | 0    |
| není schopen telefon užívat   | 0    | <b>způsob dopravy, cestování</b>  |      |
| <b>nakupování</b>   |      | cestuje samostatně veřejnou dopravou či řídí automobil  | 1    |
| postará se samostatně o všechny potřebné nákupy   | 1    | zajišťuje si dopravu taxíkem, ale veřejnou dopravu neužívá                                    | 1    |
| zvládá samostatně jen drobné nákupy   | 0    | cestuje veřejnou dopravou s asistencí či s doprovodem   | 1    |
| potřebuje doprovod na každý nákup   | 0    | doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem  | 0    |
| není schopen(a) nakupovat   | 0    | necestuje vůbec   | 0    |
| <b>příprava jídla, vaření</b>   |      | <b>užívání léků</b>   |      |
| plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně                                  | 1    | zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách                                   | 1    |
| připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience                                | 0    | sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách                             | 0    |
| ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu | 0    | není schopen užívat vlastní medikaci  | 0    |
| vyžaduje uvaření a servírování jídla  | 0    | <b>nakládání s penězi</b>   |      |
| <b>vedení domácnosti</b>  |      | obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky) | 1    |
| vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce)                       | 1    | zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod.  | 1    |
| provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí  | 1    | není schopen(a) nakládat s penězi   | 0    |
| provádí lehké denní úkoly, ale není schopen(a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty          | 1    |   |      |
| potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi   | 1    |   |      |
| nepodílí se vůbec na domácích pracích   | 0    |   |      |

V každé kategorii se označí jen jedna nejuvýšitelnější odpověď.

Hodnocení: prostý popis, rozmezí 0–8 bodů

**Zdroj:** KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 103. ISBN 978-80-247-4026-3.

**Příloha 7 – a) Funkční míra nezávislosti**

**Tab. 4.3 Funkční míra nezávislosti (FIM)**

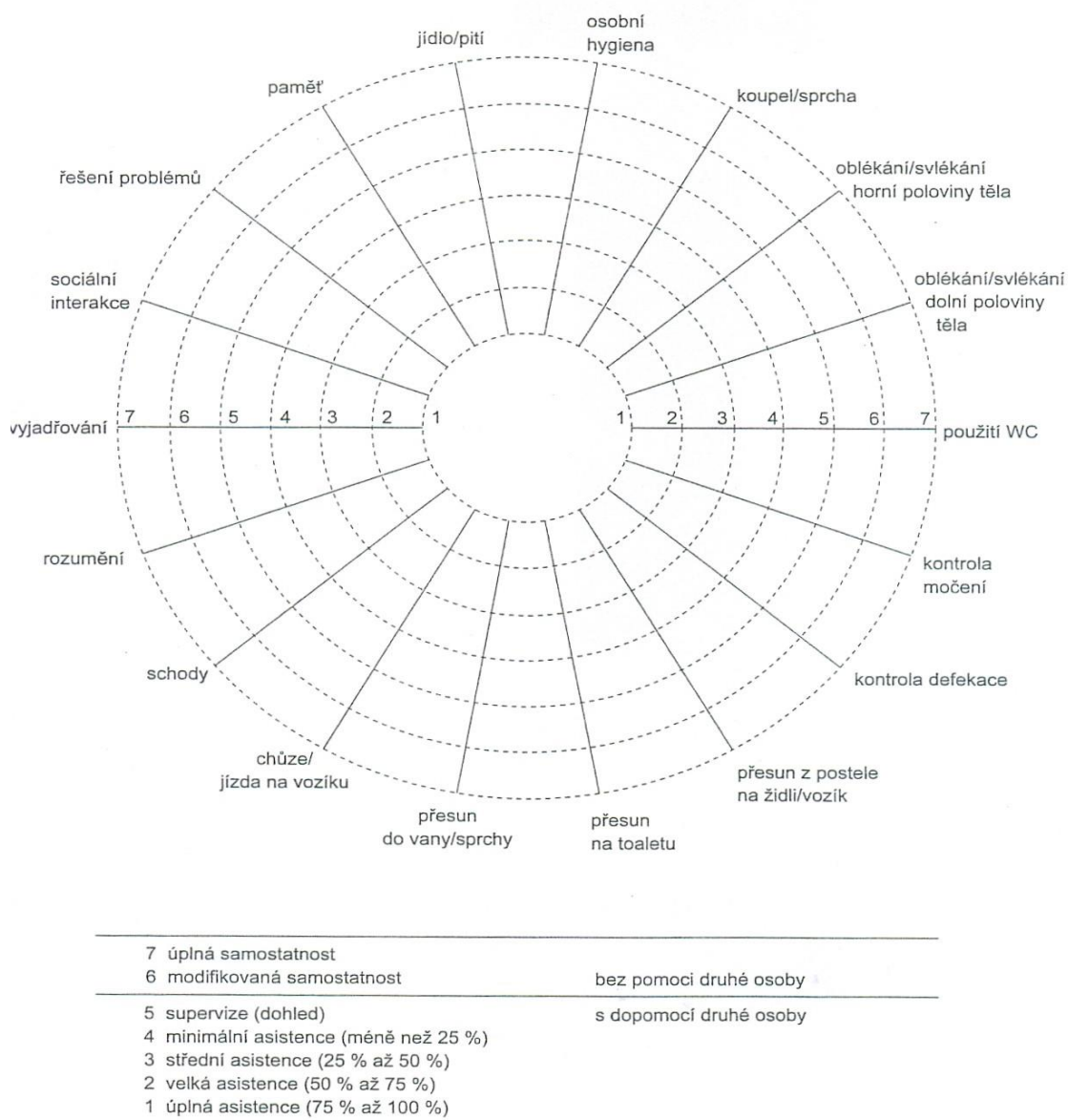
| ÚROVNĚ                      | 7 Úplná nezávislost                                 | nevyžaduje asistenci                              |   |   |
|-----------------------------|---|---|---|---|
|                             | 6 Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)    |   |   |   |
|                             | Modifikovaná závislost                              | vyžaduje asistenci                                |   |   |
|                             | 5 Supervize (dohled)                                |   |   |   |
|                             | 4 Minimální závislost (klient: ≥ 75 %)              |   |   |   |
|                             | 3 Mírná závislost (klient: 50–75 %)                 |   |   |   |
|                             | Úplná závislost                                     |   |   |   |
|                             | 2 Maximální závislost (klient: 25–50 %)             |   |   |   |
|                             | 1 Úplná závislost (klient: 0–25 %)                  |   |   |   |
|                             |   | Příjem  | Propuštění  | Následná péče                                     |
| <b>Osobní hygiena:</b>      |   |   |   |   |
| A.                          | Příjem jídla  | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| B.                          | Osobní hygiena                                      | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| C.                          | Koupání   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| D.                          | Oblékání – horní polovina těla                      | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| E.                          | Oblékání – dolní polovina těla                      | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| F.                          | Použití WC  | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| <b>Ovládání sfinkterů:</b>  |   |   |   |   |
| G.                          | Kontrola močení, část I                             | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
|                             | část II   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| H.                          | Kontrola vyprazdňování, část I                      | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
|                             | část II   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| <b>Přesuny:</b>             |   |   |   |   |
| I.                          | Postel, židle, vozík                                | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| J.                          | Toaleta   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| K.                          | Vana/sprchový kout                                  | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| <b>Lokomoce:</b>            |   |   |   |   |
| L.                          | Chůze (ch), jízda na vozíku (v)                     | ch <input type="text"/><br>v <input type="text"/> | ch <input type="text"/><br>v <input type="text"/> | ch <input type="text"/><br>v <input type="text"/> |
| M.                          | Schody  | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| <b>Komunikace:</b>          |   |   |   |   |
| N.                          | Rozumění sluchové (s), zrakové (z)                  | s <input type="text"/><br>z <input type="text"/>  | s <input type="text"/><br>z <input type="text"/>  | s <input type="text"/><br>z <input type="text"/>  |
| O.                          | Expres (vyjadřování) verbální (v), non-verbální (n) | v <input type="text"/><br>n <input type="text"/>  | v <input type="text"/><br>n <input type="text"/>  | v <input type="text"/><br>n <input type="text"/>  |
| <b>Sociální schopnosti:</b> |   |   |   |   |
| P.                          | Sociální interakce                                  | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| Q.                          | Řešení problémů                                     | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| R.                          | Paměť   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |
| <b>Celkově FIM</b>          |   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              | <input type="text"/>                              |

**Zdroj:** KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 101. ISBN 978-80-247-4026-3.



## Příloha 7- b) Grafická podoba funkční míry nezávislosti

Jméno:  
Rodné číslo:  
Datum:



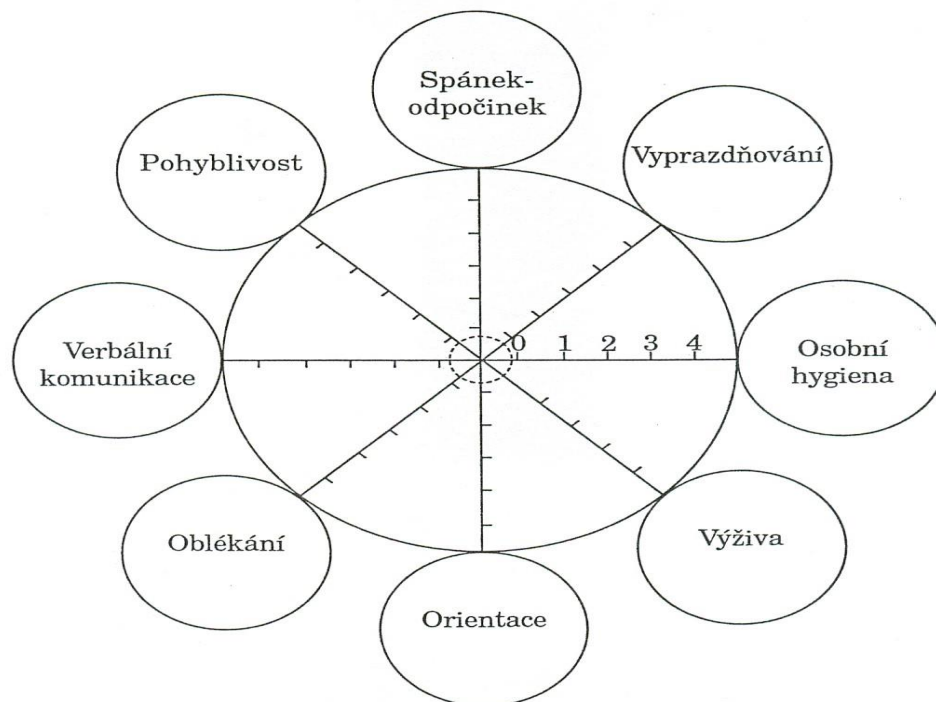
Obr. 4.1 Grafická podoba funkční míry nezávislosti (FIM)

**Zdroj:** KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 102. ISBN 978-80-247-4026-3.

**Příloha 8-** Testování vývoje soběstačnosti – TVS -1. část

**Testování vývoje soběstačnosti – TVS**  
(Geriatric Unit at Hospital, Bolzano)

Jméno: ..... r.č. ....



| datum | barva záznamu |
|-------|---------------|
|       |               |
|       |               |
|       |               |
|       |               |
|       |               |
|       |               |
|       |               |

**Zdroj:** STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6- Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, s. 39. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 8- Testování vývoje soběstačnosti – TVS -2. část

Sestra v pravidelných termínech hodnotí soběstačnost nemocného počtem 0 – 5 bodů v jednotlivých kriteriích a označí je na stejném tiskopise vždy odlišnou barvou. Jednobarevné spojnice názorně zobrazují nejen současný stav, ale i vývoj soběstačnosti pacienta v čase.

### Stupnice hodnocení TVS

#### osobní hygiena

|   |  |
|---|--|
| 0 | celková hygienická péče na lůžku provedená sestrou                             |
| 1 | péče sestry o osobní hygienu na lůžku ve spolupráci s nemocným                 |
| 2 | s pomocí sestry osobní péče na lůžku, transport do koupelny a koupel/sprcha    |
| 3 | s pomocí sestry osobní péče na lůžku a transport, v koupelně téměř samostatný  |
| 4 | jen malá asistence, nemocný užívá vlastní osobní potřeby podle svých zvyklostí |
| 5 | samostatný   |

#### pohyblivost

|   |   |
|---|---|
| 0 | upoután na lůžko  |
| 1 | upoután na lůžko, schopen sám změnit polohu             |
| 2 | s dopomocí schopen sedět na židli                       |
| 3 | chodí za pomoci 1 nebo 2 osob                           |
| 4 | chodí sám tam, kde se vyzná, jinak podle rady personálu |
| 5 | chodí samostatně  |

**Zdroj:** STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6- Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, s. 40. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 8- Testování vývoje soběstačnosti – TVS -3. Část

### spánek a odpočinek

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 0 | různé formy nespavosti             |
| 1 | občasný neklid                     |
| 2 | klidný po sedativech a hypnoticích |
| 3 | klidný bez sedativ, bere hypnotika |
| 4 | klidný, spí málo a přerušovaně     |
| 5 | spí dobře, během dne klidný        |

0

### výživa

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 0 | úplná/částečná parenterální výživa |
| 1 | žaludeční sonda                    |
| 2 | nutno krmit                        |
| 3 | jídlo přijímá s velkou pomocí      |
| 4 | jí sám s malou dopomocí            |
| 5 | jí zcela samostatně                |

### vědomí – orientace

|   |   |
|---|---|
| 0 | bezvědomí, sopor  |
| 1 | trvalá dezorientace v prostoru a čase                             |
| 2 | trvalá porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky  |
| 3 | občasná porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky |
| 4 | lehká dezorientace, somnolence                                    |
| 5 | jasné vědomí, orientován  |

**Zdroj:** STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6- Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, s. 41. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.



## Příloha 8- Testování vývoje soběstačnosti – TVS -4. Část

### verbální komunikace

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 0 | nemluví, nerozumí              |
| 1 | mluví, ale nerozumí            |
| 2 | nemluví, někdy porozumí        |
| 3 | mluví málo, rozumí všemu       |
| 4 | komunikace možná s přestávkami |
| 5 | komunikuje bez problémů        |

### oblékání a svlékání

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 0 | zcela závislý                  |
| 1 | s rozsáhlou pomocí další osoby |
| 2 | s malou dopomocí               |
| 3 | na výzvu personálu             |
| 4 | samostatný s námahou           |
| 5 | samostatný                     |

### vyměšování stolice a moče

|   |   |
|---|---|
| 0 | stálá inkontinence moče a stolice                           |
| 1 | permanentní katétr, inkontinence stolice                    |
| 2 | občasná inkontinence moče (plenkové kalhoty), udrží stolicí |
| 3 | podložní mísa, pokojový klozet, močová láhev                |
| 4 | pokojový klozet nebo s dopomocí na záchod                   |
| 5 | nezávislý, plně kontinentní                                 |

**Zdroj:** STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6- Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, s. 42. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 9- Test ošetrovatelské zátěže

### Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

|  |       |
|--|-------|
| <b>1. Pohybová schopnost</b>                         |       |
| s částečnou pomocí                                   | 1     |
| s podstatnou pomocí                                  | 3     |
| omezený na lůžko, zcela závislý                      | 5     |
| <b>2. Osobní hygiena</b>                             |       |
| s částečnou pomocí                                   | 1     |
| s podstatnou pomocí                                  | 3     |
| úplně závislý  | 5     |
| <b>3. Jídlo</b>                                      |       |
| s částečnou pomocí                                   | 1     |
| s podstatnou pomocí                                  | 3     |
| úplně závislý (krmení, sonda)                        | 4     |
| <b>4. Inkontinence moče</b>                          |       |
| občas  | 3     |
| stále  | 5     |
| permanentní katétr                                   | 2     |
| <b>5. Inkontinence stolice</b>                       |       |
| občas  | 3     |
| stále  | 5     |
| <b>6. Návštěva toalety</b>                           |       |
| s částečnou pomocí                                   | 1     |
| s podstatnou pomocí                                  | 5     |
| pokojový klozet, podložní mísa                       | 4     |
| <b>7. Dekubity</b>                                   |       |
| malé   | 1     |
| velké  | 4     |
| <b>8. Spolupráce s nemocným</b>                      |       |
| občas obtížná  | 2     |
| bezvědomí  | 3     |
| velmi obtížná  | 5     |
| <b>Celkem</b>  | ----- |
| Hodnocení: 0 bodů zcela soběstačný, 38 zcela závislý |       |

**Zdroj:** STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 6- Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, s. 34. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 10- Cliftonova škála soběstačnosti- BRS -1. díl

### CLIFTONOVA ŠKÁLA SOBĚSTAČNOSTI "BRS"

JMÉNO: ..... DATUM NAROZENÍ: .....

ADRESA (umístění): .....

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| Při jídle  | - nepotřebuje žádnou pomoc<br>- potřebuje částečnou pomoc<br>- potřebuje maximum pomoci (např. krmít)   | 0<br>1<br>2 |
| Pozn.: body z této položky se nezapočítávají do celkového skóre                                |   |             |
| 1. Při koupání a oblékání  | - nepotřebuje žádnou pomoc<br>- potřebuje jistý stupeň pomoci<br>- potřebuje maximum pomoci   | 0<br>1<br>2 |
| 2. Při chůzi   | - nemá vážnější problémy<br>- chodí pomalu bez pomoci nebo používá hůl<br>- je neschopen chůze a pokud ano,<br>potřebuje oporu druhého či berly | 0<br>1<br>2 |
| 3. Inkontinence moči nebo stolice (ve dne nebo v noci)   | - se nevyskytuje<br>- se vyskytuje (např. 1-2x v týdnu)<br>- se vyskytuje často (3x a vícekrát v týdnu)   | 0<br>1<br>2 |
| 4. V průběhu dne je v posteli (nemyslí se gauč doma, apod.)                                    | - prakticky není vůbec<br>- někdy bývá<br>- je téměř pořádk   | 0<br>1<br>2 |
| 5. Je zmatený (tj. neschopen najít cestu a vyznat se, ztrácí věci apod.)                       | - téměř nikdy<br>- někdy ano<br>- téměř pořádk ano  | 0<br>1<br>2 |
| 6. Když je ponechán sám sobě, jeho vzhled (tj. šaty, vlasy, apod.) je                          | - téměř vždy v pořádku a čistotě<br>- někdy v nepořádku či nečistotě<br>- téměř vždy v nepořádku či nečistotě                                   | 0<br>1<br>2 |
| 7. Jestliže by byl ponechán sám venku (např. na ulici)   | - nepotřebuje dohled<br>- někdy by potřeboval dohled<br>- vždy by potřeboval dohled   | 0<br>1<br>2 |
| 8. Na oddělení (nebo doma) vypomáhá ostatním   | - často<br>- občas<br>- nikdy   | 0<br>1<br>2 |
| 9. Snaží se věnovat tvořivé nebo užitečné činnosti (jako práce, čtení, jiné záliby, hry, atd.) | - téměř vždy<br>- někdy<br>- téměř nikdy  | 0<br>1<br>2 |

**Zdroj:** HENTSCHOVÁ, Radka. *Aktivizační využití psů v rámci péče o seniory*. České Budějovice, 2010. [http:// www. theses.cz](http://www.theses.cz). Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

## Příloha 10- Cliftonova škála soběstačnosti- BRS -2. díl

|   |   |             |
|---|---|-------------|
| 10. Pokud se stýká s ostatními  | - vytváří si dobré vztahy<br>- má problémy při vytváření dobrých vztahů<br>- téměř neusiluje o dobré vztahy   | 0<br>1<br>2 |
| 11. Pokud je žádán nebo vybízen k nějaké činnosti, snaží se vyhovět nebo reagovat   | - většinou<br>- někdy<br>- téměř nikdy  | 0<br>1<br>2 |
| 12. Rozumí tomu, co je mu sdělováno (ať už řečí, psanou formou nebo gesty)  | - všemu či téměř všemu<br>- jen něčemu<br>- téměř ničemu  | 0<br>1<br>2 |
| 13. Sám komunikuje, tj. dorozumívá se (ať už řečí, psanou formou nebo gesty)  | - dost dobře, aby mu bylo vždy rozumět<br>- někdy je mu rozumět jen s problémy<br>- z nějakého důvodu mu lze rozumět jen zřídka                         | 0<br>1<br>2 |
| 14. Ve dne bývá těžko snesitelný (např. kvůli hlučnosti a mlouení, braní věcí ostatním, znečišťování okolí, obtěžování ostatních)                 | - nikdy nebo výjimečně<br>- někdy<br>- často  | 0<br>1<br>2 |
| 15. V noci bývá těžko snesitelný (např. kvůli hlučnosti a mlouení, braní věcí ostatním, znečišťování okolí, obtěžování ostatních, bioudění apod.) | - nikdy nebo výjimečně<br>- někdy<br>- často  | 0<br>1<br>2 |
| 16. Obviňuje ostatní, že mu nějak ubližují, nebo že mu berou věci   | - nikdy<br>- někdy<br>- často   | 0<br>1<br>2 |
| (Pozn.: 1 a 2 pokud jde skutečně o bezdůvodná obvinění)   |   |             |
| 17. Hromadí zjevně zbytečné věci (např. papírky, provázky, zbytky jídla, apod.)   | - nikdy<br>- někdy<br>- často   | 0<br>1<br>2 |
| 18. V noci spí a  | - téměř nikdy se nebudí<br>- někdy se budí<br>- často se budí   | 0<br>1<br>2 |
| V následujícím podtrhněte co platí:   |   |             |
| Z R A K   | - vidí (nebo vidí s brýlemi)<br>- vidí jen částečně<br>- vůbec nevidí nebo téměř nevidí   |             |
| S L U C H   | - bez problémů, nepotřebuje sluchové pomůcky<br>- bez problémů, i když potřebuje pomůcky<br>- má problémy, jež narušují dorozumění<br>- je velmi hluchý |             |
| Hodnotil: ..... dne .....   |   |             |
| sestra (popř. příbuzný)   |   |             |

**Zdroj:** HENTSCHOVÁ, Radka. *Aktivizační využití psů v rámci péče o seniory*. České Budějovice, 2010. [http:// www. theses. cz](http://www.theses.cz). Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.



## **Příloha 11- Stresový test pro pečovatele**

Následující test Vám pomůže si uvědomit svoje pocity, tlaky a stresy, které pociťujete.

Každý výrok označte písmenem podle toho, jak často s ním souhlasíte

(N = někdy, Č = často, O = obvykle):

- Myslím, že nemám dost odpočinku
- Nemám pro sebe dost času
- Nemám čas k tomu, abych pro péči o svého svěřence byl/a pohromadě s ostatními členy rodiny
- Cítím se vinen/a svou situací
- Již na mnoho nestačím
- S příjemcem péče jsem v konfliktu
- Mám konflikty s ostatními členy rodiny
- Denně pláči
- Mám nesnáze s tím, abych vyšel/a s penězi
- Mám pocit, že nebudu mít dost znalostí nebo zkušeností k tomu, abych poskytoval/a péči tak, jak bych si přál/a
- Moje zdraví není v pořádku

Jestliže Vaše odpověď na jednu nebo více položek je O = obvykle, nebo Č = často, může být právě zralá chvíle k tomu, abyste se poohlédli po pomoci při poskytování péče o svého svěřence a také po pomoci pro sebe samého.

**Zdroj:** *Příručka pro pečovatele*. [online]. 26. 9. 2009 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: [http:// www.umirani.cz](http://www.umirani.cz).

## Příloha 12- Stupnice poskytování péče

### STUPNICE POSKYTOVÁNÍ PÉČE

1. OPUŠTĚNÍ  
: Pečovatel neposkytuje žádnou péči, ochranu ani podporu příjemci péče, případně ho i zneužívá ve svůj prospěch.
2. ZANEDBÁNÍ  
: Pečovatel připustí, aby se vyskytly u příjemce péče život ohrožující situace, nebo dává najevo soustavný chlad nebo zlobu.
3. LHOSTEJNOST/POVÝŠENOST  
: Pečovatel udržuje lhostejnost nebo povýšenost, povrchnost při poskytování péče, neprojevuje skutečný zájem, vykonává pouze nezbytné povinnosti. Zabývá se pouze základními tělesnými potřebami příjemce péče.
4. POVŠECHNÁ PODPORA  
: Pečovatel poskytuje péči soustavně, s určitým stupněm laskavosti a respektu, občas s prvky manipulace. Zabývá se citovými i tělesnými potřebami svého svěřence.
5. VYJÁDRĚNÁ EMPATIE  
: Pečovatel má schopnost cítit, co cítí jeho příjemce péče, jedná se o kvalitní vztah mezi nimi, kdy city mohou být volně dávány najevo a starostlivě přijímány bez hodnotících soudů.
6. SYMPATIE  
: Pečovatel pociťuje lítost za svého svěřence, dává mu najevo svoji účast, soustřeďuje se na ztráty, které ho postihly.
7. OBČASNÁ NADMĚRNÁ ZAINTERESOVANOST  
: Činnost pečovatele je charakterizovaná občasnými pokusy udělat pro příjemce péče to nejlepší, při opominutí jeho názoru a pocitů.
8. TRVALÁ NADMĚRNÁ ZAINTERESOVANOST  
: Pečovatel považuje svého svěřence za objekt pokusů, které je nutné uskutečnit, aby pečovatel netrpěl pocit, že svého svěřence zanedbává.
9. HEROICKÁ NADMĚRNÁ PÉČE  
: Činnost pečovatele je charakterizovaná občasnými zoufalými a hektickými pokusy poskytovat všemožnou péči, která jen přichází v úvahu. Pečovatel je velmi závislý na příjemci péče, nedovoluje mu žádnou nezávislost.
10. SPLYNUTÍ OSOBNOSTÍ  
- mezi pečovatelem a jeho svěřencem. Pečovatelovy potřeby již nemají žádný význam. Pečovatel se plně odevzdal potřebám svého svěřence.

Popisy chování u nízkých čísel (1, 2, 3) vyjadřují malý význam, který přikládáte potřebám svého svěřence. Vysoká čísla (8, 9, 10) vyjadřují malý význam, který přikládáte svým vlastním potřebám člověka - pečovatele.

Čísla někde uprostřed označují situaci, kdy nacházíte vyrovnanost mezi nedostatečnou a nadměrnou péčí. Zakroužkujte to číslo, nebo několik sousedících čísel, která nejlépe odpovídají Vaší úrovni poskytování péče. Žádný z obou extrémů není dobrý, oba představují situace, kdy svému svěřenci nepomáháte.

**Zdroj:** *Příručka pro pečovatele*. [online]. 26. 9. 2009 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: [http:// www.umirani.cz](http://www.umirani.cz).

## **Příloha 13- Struktura rozhovoru s respondenty**

### **Pacient-1.setkání:**

- 1) Co je podle Vás sebek péče?
- 2) V čem vnímáte největší deficit sebek péče, svůj největší handicap?
- 3) Jak vnímá Vaše postižení okolí?
- 4) Vnímáte pomoc personálu jako přínosnou? Proč?
- 5) Jak řešíte problémy s komunikací?
- 6) Vnímáte zlepšení své soběstačnosti od vzniku příhody?

### **Pacient-2.setkání:**

- 1) V čem vnímáte největší deficit sebek péče, svůj největší handicap?
- 2) Je vám pomoc okolí přínosem?
- 3) Odmítáte někdy pomoc? Proč?
- 4) Podporuje vaše „domácí“ prostředí rozvoje sebek péče?
- 5) Je vaše nemoc a následné postižení důvodem ke změně prostředí, ve kterém jste žil (a)?
- 6) V jaké oblasti vnímá návrat sebek péče jako nejtěžší?
- 7) Vnímáte zlepšení sebek péče v závislosti na čase?
- 8) Jste ochoten se znovu učit činnostem?
- 9) Jak vnímáte přínos cvičení, rehabilitace, logopedie,...?
- 10) Je pro vás přínosné používání kompenzačních pomůcek?

### **Pacient-3.setkání:**

- 1) V čem vnímáte největší deficit sebek péče, svůj největší handicap?
- 2) Je vám pomoc okolí přínosem?
- 3) Odmítáte někdy pomoc? Proč?
- 4) Podporuje vaše „domácí“ prostředí rozvoje sebek péče?
- 5) Je vaše nemoc a následné postižení důvodem ke změně prostředí, ve kterém jste žil (a)?
- 6) V jaké oblasti vnímá návrat sebek péče jako nejtěžší?
- 7) Vnímáte zlepšení sebek péče v závislosti na čase?
- 8) Jste ochoten se znovu učit činnostem?
- 9) Jak vnímáte přínos rehabilitace, logopedie,...?
- 10) Jaký je váš cíl? Čeho chcete dosáhnout?

**Zdroj:** vlastní

## **Příloha 14- Struktura rozhovoru s pečujícími**

### **Pečující-1.setkání**

- 1) Co je podle Vás sebepéče?
- 2) V čem vnímáte největší deficit sebepéče u Vašeho blízkého?
- 3) Pomáháte svému blízkému, aniž by si o pomoc řekl?
- 4) Odmítl někdy Vaši pomoc? Pokud ano, víte proč?
- 5) Snažíte se postiženého do činností zapojovat?
- 5) Nastala nějaká změna ve Vašem životě (osobním, pracovním, v bydlení) díky postižení Vašeho blízkého?
- 6) Je někdo, kdo Vám s péčí o Vašeho blízkého pomáhá (rodina, domácí péče, rehabilitace, logopedie)?

### **Pečující-2.setkání:**

- 1) Pomáháte svému blízkému, aniž by si o pomoc řekl?
- 2) Odmítl někdy Vaši pomoc? Pokud ano, víte proč?
- 3) Snažíte se postiženého do činností zapojovat?
- 4) Je ochoten se učit novým činnostem?
- 5) Došlo ke zlepšení v sebepéči?
- 6) Je někdo, kdo Vám s péčí o Vašeho blízkého pomáhá (rodina, domácí péče, rehabilitace, logopedie)?

**Zdroj:** vlastní

## Příloha 15- Souhlas hlavní sestry s výzkumem

Mgr. Kateřina Vágnerová  
Hlavní sestra Nemocnice Teplice, o.z.  
Krajská zdravotní, a.s.  
Duchcovská 53  
Teplice, 415 29

V Proboštově, 13. 8. 2014

Věc: Žádost o umožnění výzkumu k diplomové práci

Vážená hlavní sestro,

jmenuji se Martina Paulíková a jsem studentka navazujícího magisterského studia na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Ke zpracování mé diplomové práce s názvem Teorie deficitu sebezpečí u pacientů s CMP potřebuji sebrat a zhodnotit data o sebezpečí u 8 pacientů, u kterých proběhla cévní mozková příhoda.

Žádám Vás o povolení provést hodnocení a výzkum při prvním setkání na neurologickém oddělení teplické nemocnice, již jsem oslovila paní primářku Martu Vachovou, která souhlasí a bude mi nápomocna s výběrem pacientů. Druhé a třetí setkání bude u některých pacientů probíhat na oddělení následné péče, kde jsem oslovila pana primáře Mohammeda Ghaleba, a ten s výzkumem také souhlasí.

Výzkum bude anonymní, bude podmíněn souhlasem pacientů a bude probíhat v měsících září 2014 až březen 2015.

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Martina Paulíková

Vyjádření hlavní sestry:

Souhlasím

Nesouhlasím

|     |   |    |
|-----|---|----|
| Z   | Krajská zdravotní, a.s.<br>- Nemocnice Teplice, o.z.            | 1  |
| 950 | hlavní sestra   |    |
| 04  | Duchcovská 53, 415 29 Teplice<br>IČ: 25488027, tel: 417 519 111 | KZ |

**Zdroj:** vlastní



## Příloha 16- Ukázka otevřeného kódování

OPORA  
E MOCE

ZÁVISLOST, PÉČE

### 2. setkání s I. respondentkou

To koukáte, jak mi to sluší, sestřičko, jsem tak ráda, že jsem doma mezi svými. <sup>RODINA</sup>  
Jsou tak hodní, že si mě vzali domů a starají se o mě. Hodně mi to <sup>OPRAVA PROSTŘEDÍ</sup> tady upravili a  
předělali. Stejně je to ale na nic, <sup>NESPOKOJENOST</sup> hejbat se nemůžu, tak jak bych chtěla, prostě mě ani  
nohy ani ruce nechtějí poslouchat. <sup>SVANNA</sup> Snažím se cvičit i <sup>RODINA</sup> rodina mi pomáhá ve cvičení, ale  
prostě to nejde. Proč jen mě ta ošklivá nemoc potkala. Ani si sama nesednu a z postele  
se nedokážu ani přesunout na židli. Pořád mi <sup>ZÁVISLOST</sup> musí někdo pomáhat a stát u mě, připadám  
si nemožná. Jsou na mě <sup>RODINA</sup> hrozně hodní, pořád mi říkají, jak jsem skvělá, co všechno jsem  
dokázala a mě to přijde jen jako legrace, protože sama nic nedokážu. Jsem na nich úplně  
<sup>ZÁVISLOST</sup> závislá, ale jsou fakt moc hodní, že mě nedali do ústavu. <sup>OBAVA</sup> Bojím se, že už to  
nerozchodím, protože už to trvá všechno hrozně dlouho. Říkali mi, že to bude trvat  
dlouho, ale že by se to mělo začít upravovat a spíš je to obráceně. Ta ruka mě aspoň  
brněla, sice mi to vadilo, bylo to hodně nepříjemné, ale věděla jsem, že jí mám. Ted' už  
jen padá dolů a ještě se tak divně začíná kroutit, to bych fakt nechtěla, to by znamenalo,  
že už nedokážu udělat nikdy nic. Pořád se mnou někdo cvičí, tedy nejvíc dcera a manžel  
taky, Chtěli mi pořídit domů cvičitelku, ale to je na hodně dlouho objednání a já nemám  
čas. Doktoři mi říkali, že čím dřív začnu, tím dřív se to zlepší. No nevím, je to tak nějak  
jinak. Dcera si našla nějaké cviky na internetu a tak to na mě zkouší. Teda jako cvičí se <sup>NESPOKOJENOST</sup>  
mnou. Pořád mi kupuje nějaké vitamíny a mazání, aby mě masírovala. Ale mě to i vadí, <sup>NESPOKOJENOST</sup>  
pořád za mě něco dělají a já bych si to chtěla <sup>SVANNA</sup> zkoušet sama. Prostě se to znovu naučit,  
tak se to přece dělá nebo ne? Pořád mám být na <sup>ZÁVISLOST</sup> někom závislá? Dělají to z lásky a chtějí  
mi pomoci, ale já se za to i stydím. Nechci jim ale kazit radost a tak si to nechávám líbit.

**Zdroj:** vlastní