

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Spolupráce sestry a rodiny u pacientů po cévní mozkové příhodě

bakalářská práce

Autor práce: Ivana Kysučanová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

Datum odevzdání práce: 14. 8. 2013

ABSTRAKT

Teoretická východiska

V současnosti je akutní cévní mozková příhoda, dále jen CMP, třetí nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích a četnost jejího výskytu stoupá i v produktivním věku. Ročně se ve světě stane obětí této nemoci zhruba 13 milionů lidí. Hlavní příčinou vzniku CMP je nedostatečně léčený vysoký krevní tlak, špatně kompenzovaný diabetes mellitus, nadváha, kouření a nedostatek fyzické aktivity. Při cévní mozkové příhodě dojde k náhle vzniklé poruše mozkové činnosti. Objevuje se ve dvou variantách, a to ischemické a hemoragické. Ischemickou CMP způsobuje zástava prokrvení části nebo celého mozku. Klinický obraz pacienta s ischemickou CMP bývá různorodý a jedná se o stavy lehké, těžké až smrtelné, které se liší v rozsahu, závažnosti a časovém intervalu trvání ischemie mozkové tkáně. Hemoragické CMP vznikají na podkladě krvácení z porušené cévní stěny některé tepny v mozku. Intrakraniální krvácení bývá tříštivé nebo ohraničené a závisí na rozsahu ruptury v cévní stěně, výšce krevního tlaku a odporu okolní mozkové tkáně. Tříštivá krvácení vznikají v důsledku chronické arteriální hypertenze, která způsobí rupturu cévy. Hemoragická CMP je důsledkem intracerebrálního krvácení (krvácení přímo do mozkové tkáně) nebo krvácení do subarachnoideálního prostoru (mezi měkkou plenu mozku a pavučnici). Mezi příznaky patří poruchy hybnosti, čítí, vidění a řeči různého rozsahu, nystagmus (kmitavý pohyb očních bulbů), afázie, ataxie, závratě, zvracení a porucha vědomí. Příznaky se postupně zhoršují v několika málo hodinách od vzniku.

Cévní mozková příhoda nepostihuje pouze samotného pacienta, ale zasahuje i do dalšího fungování rodiny jak po stránce citové, fyzické, tak i finanční. Sestra se stává nenahraditelným prostředníkem a edukátorem rodiny v péči o pacienta trpícího tímto onemocněním. Ošetrovatelská péče není možná bez kontaktu s pacientem a kvalitní ošetrovatelská péče je možná teprve při vzájemné důvěře, porozumění a spolupráci v rámci interakce sestry s pacientem a jeho rodinou. Role sestry při každodenním kontaktu s pacientem zahrnuje tzv. produktivní chování, které je součástí kvalitní péče. Sestra

vysvětluje pacientovi všechny neznámé věci. Dává mu najevo zájem, vcítění a sympatie. Eliminuje u nemocného úzkost, strach a utváří atmosféru optimismu. Trpělivě vždy vyslechne nemocného, ocení jeho snahu, podporuje ho a pomáhá. Je důležité, aby sestra vytvářela podmínky pro co největší kontakt pacienta s jeho blízkými, kteří pozitivně působí na jeho stav. Je nutné překonat zábrany v podobě poskytování péče pouze profesionály a nepohlížet na rodinu nemocného pouze jako na bezvýznamného činitele.

Cíle práce

Cílem této práce bylo zmapovat úroveň vzájemné spolupráce sester s rodinami a zjistit, jaký byl postoj rodiny ke spolupráci se sestrami na Neurologickém oddělení v Nemocnici Písek a.s.

Metodika

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo zpracováno formou kvalitativního výzkumu. Využitou metodou pro průzkum byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovorům s respondenty předcházelo povolení od hlavní sestry Nemocnice Písek, a.s. (viz. příloha 1) a od vrchní sestry neurologického oddělení (viz. příloha 2). Po obdržení písemného souhlasu obou jmenovaných bylo zahájeno výzkumné šetření. Výběr respondentů byl zcela individuální, členěn do dvou skupin (sestry x rodiny). Po objasnění všech argumentů k požadovanému rozhovoru a ujištění o maximální anonymitě, byl sestaven sesterský a příbuzenský výzkumný soubor respondentů. Délka každého rozhovoru se pohybovala přibližně kolem 45-ti minut. Dialog byl veden podle předem připravených otázek. Prostředí pro možnost konverzace s respondenty bylo zajištěno využitím šatny sester. Pro usnadnění následné práce vedoucího rozhovorů bylo využito nahrávacího zařízení, vždy po vzájemné domluvě s respondentem. Rozhovory s respondenty obou skupin byly zpracovány do

kasuistik a shrnuty. Písemné záznamy rozhovorů byly analyzovány a výsledky následně rozděleny do kategorií a podkategorií.

Výsledky

Z výzkumného šetření byla získána fakta o úrovni spolupráce personálu a příbuzných v dnešní době. Výsledky odhalily, že vzájemná práce sester a rodinných příslušníků na neurologickém oddělení je na velmi dobré úrovni. Odpovědi respondentů zněly ve většině případů jednoznačně, že spolupráce mezi rodinou a sestrou je pro obě strany pozitivní a prospěšná.

Závěr

Zkoumání postoje rodiny ke spolupráci se sestrami na neurologickém oddělení přineslo kladné závěry. Dotazovaní příbuzní jevíli veliký zájem o nemocného. Stavěli se k této vzniklé situaci, kdy je jejich blízký hospitalizován, realisticky. Odmítnutí nabízené spolupráce nenastalo, avšak nejistota a strach z neznámého byl u všech rodinných respondentů zřejmý. Z tohoto důvodu byl vytvořen jednoduchý manuál, ve kterém byly využity závěry výzkumného šetření.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda (CMP), spolupráce, sestra, rodina, ošetrovatelská péče, edukace

ABSTRACT

Theoretical Background

Acute cerebrovascular accident (CVA) is the third most frequent cause of death in developed countries and its occurrence is increasing even in the productive age. About 13 million people succumb to the disease in the world every year. The main cause of CVA is insufficiently treated high blood pressure, badly compensated diabetes mellitus, overweight, smoking and lack of physical activity. A cerebrovascular accident involves a rapid loss of brain function. It occurs in two variants: ischemic or haemorrhagic. Ischemic CVA is caused by blockage of blood flow into the whole brain or its part. Clinical image of a patient with ischemic CVA is variable, there are mild, serious or fatal conditions differing in terms of the extent, seriousness and time interval of brain tissue ischemia duration. Haemorrhagic CVAs are caused by bleeding from damaged wall of some brain artery. Intracranial haemorrhage may be split or bordered and depends on the artery wall rupture extent, blood pressure and resistance of the adjacent brain tissue. Split haemorrhage occurs as a consequence of chronic arterial hypertension that causes vessel rupture. Haemorrhagic CVA is a subsequence of intracerebral haemorrhage (bleeding directly to brain tissue) or bleeding into subarachnoidal space (between the pia mater and arachnoidea). Movement disorders, disorders of perception, vision and speech of various extent, nystagmus (oscillating eye movement), aphasia, ataxia, dizziness, vomiting and consciousness disorder are the symptoms. The symptoms gradually worsen within several hours from occurrence.

Cerebrovascular accident affects not only the patient, but it also influences further functioning of the family from the sensual, physical and financial points of view. A nurse becomes an irreplaceable assistant and educator for the family in the care of the patient suffering from this disease. Nursing care is impossible without contact with the patient and quality nursing care requires mutual confidence, sympathy, and cooperation within interaction between the nurse, the family and the patient. Nurse's role in everyday contact also involves so called productive behaviour, which is a part of quality care. The nurse

explains all unknown things to the patient. She shows her interest, affection and sympathy. She eliminates anxiety, fears and creates optimistic atmosphere in the patient. She always patiently listens to the patient appreciates his/her efforts, supports and helps him/her. It is important that the nurse creates conditions for the closest contact between the patient and his family, who affect positively his/her condition. All restraints like that care should solely be provided by professionals have to be eliminated and the family should not be perceived as an unimportant factor.

Aim of the Thesis

The aim of the thesis was to map the level of mutual cooperation between nurses and families and to find what the approach of families to cooperation with nurses of the neurology department of the Písek Hospital was.

Methodology

The research for this bachelor thesis was elaborated in the form of qualitative research. Half structured interview was the applied research method. Interviews with the respondent required previous consent from the head nurse of the Písek Hospital (annex 1) and from the main nurse of the neurology ward (annex 2). The research started after receipt of both the consents. Selection of respondents was completely individual, the sample was divided into two groups (nurses x families). After clarification of all the reasons for the required interview and assurance of maximum anonymousness the groups of respondents – nurses and relatives were arranged. Each interview took about 45 minutes. The dialogues were based on questions prepared in advance. The interviews with the respondents were conducted in nurses' changing rooms. A recording device was used to simplify the interviewer's work after mutual agreement with each respondent. The interviews with the respondents of both the groups were processed into case studies and summarized. Written

records of the interviews were analyzed and the results then categorized into categories and subcategories.

Results

The research brought facts about the level of cooperation between the staff and relatives at present. The results have shown that cooperation between the nurses and family members is at a very good level at the neurology department. The replies of the respondents were mostly definite, that the cooperation between the family and the nurse is positive and beneficial for both the parties.

Conclusion

The research into the approach of a family to cooperation with nurses at the neurology ward has brought positive conclusions. The respondents showed strong interest in the patient. They assumed realistic attitude to the situation occurred, when someone close to them had been hospitalized. There was no rejection of offered cooperation, however uncertainty and fear of the unknown was obvious in all the family respondents. This is why a simple manual based on the research conclusion has been elaborated.

Key Words

Cerebrovascular accident (CVA), cooperation, nurse, family, nursing care, education

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci: „Spolupráce sestry a rodiny u pacientů po cévní mozkové příhodě“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14.8.2013

.....

Ivana Kysučanová

Poděkování

Děkuji Mgr. Kláře Kubartové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost, kterou musela vynaložit při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	14
1 SOUČASNÝ STAV	16
1.1 Cévní mozková příhoda	16
1.2 Diagnostika a terapie pacienta s cévní mozkovou příhodou.....	18
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta po CMP na neurologickém oddělení	19
1.3.1 Ošetrovatelská péče v akutní fázi pacienta po CMP	20
1.3.2 Ošetrovatelská péče v subakutním období pacienta po CMP	20
1.3.3 Význam polohování a pohybové rehabilitace pro pacienta po CMP	21
1.3.4 Význam logopedie pro pacienta po CMP.....	23
1.4 Role sestry v rámci interakce s pacientem po CMP a jeho příbuznými.....	24
1.4.1 Role sestry při komunikaci s pacientem po CMP a rodinou pacienta.....	24
1.4.2 Role sestry při spolupráci s pacientem a jeho rodinou	27
1.5 Sestra edukátorka rodiny pacienta po CMP	28
1.5.1 Oblasti edukace rodiny k naplnění potřeb pacienta po CMP	30
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
3 METODIKA	38
3.1 Metodika kvalitativního výzkumu	38

3.2 Výzkumný soubor	38
4 VÝSLEDKY	40
4.1 Identifikace výzkumného souboru	40
4.2 Kategorizace získaných dat od sester.....	42
4.3 Kategorie spolupráce sester a rodiny z pohledu sester.....	43
4.3.1 Podkategorie prvotní komunikace s rodinou	44
4.3.2 Podkategorie informace o plánu péče.....	45
4.3.3 Podkategorie zprostředkování kontaktu s ostatními členy týmu	46
4.3.4 Podkategorie edukace rodiny a názorné ukázky	47
4.4 Kategorie oblastí poskytovaných informací sestrou	49
4.4.1 Podkategorie kompenzační pomůcky.....	50
4.4.2 Podkategorie rehabilitace	50
4.4.3 Podkategorie výživa a stravování	51
4.4.4 Podkategorie logopedie	52
4.4.5 Podkategorie psychický stav a zvládání emocí	52
4.5 Kategorie překážky v poskytované péči ze strany rodiny.....	53
4.6 Identifikace výzkumného souboru	56
4.7 Kategorizace získaných dat od příbuzných.....	57
4.8 Kategorie komunikace mezi sestrou a příbuznými	58

4.8.1 Podkategorie prvotní komunikace se sestrou	59
4.8.2 Podkategorie informace požadované rodinou	60
4.8.3 Podkategorie hodnocení spolupráce s ošetrovatelským týmem	61
4.9 Kategorie spolupráce sester a rodiny z pohledu rodiny	62
4.9.1 Podkategorie způsob konzultace péče o příbuzného	63
4.9.2 Podkategorie představa příbuzných o spolupráci se sestrami	64
4.9.3 Podkategorie činnosti, v kterých se rodina podílí na péči	65
4.10 Kategorie překážky v podílení se na péči o příbuzného	67
5 DISKUZE	69
6 ZÁVĚR	78
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79
8 PŘÍLOHY	84

Seznam použitých zkratk

CMP - cévní mozková příhoda

TIA - transitorní ischemická ataka

RIND - reverzibilní ischemický neurologický deficit

SAK - subarachnoideální krvácení

GCS - Glasgow Coma Scale

EKG - elektokardiograf

CT - počítačová tomografie

MR - magnetická rezonance

ÚVOD

Úvodem bych chtěla čtenářům sdělit, co se skrývá pod pojmem Cévní mozková příhoda (CMP). Ve své práci, která nese název: Spolupráce sestry a rodiny u pacientů po cévní mozkové příhodě, uvádím veškeré dosavadní informace o tomto onemocnění, které je třetí nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích.

Jednou z definic je náhle vzniklá porucha mozkové činnosti. Dělí se, z hlediska příčiny, na dva druhy. Na ischemickou příhodu, kde je příčinou neprůchodnost cévy zásobující mozek krví. Druhou formou je hemoragická CMP, kde je příčinou všech příznaků krvácení do mozku. Klinický projev cévní mozkové příhody je různý a léčebný proces je tímto náročnější. Osoba, postižená CMP, je omezena ve vykonávání základních potřeb.

Jelikož pracuji na jednotce intenzivní péče neurologického oddělení, výběr tématu mé práce byl víceméně jasný. Za léta svého působení na tomto pracovišti jsem měla možnost spolupracovat s mnoha typy rodin. A právě tento fakt mě vedl k zaměření své práce na problematiku spolupráce personálu s rodinami.

V teoretické části této práce začínám základními informacemi o cévních mozkových příhodách, jejími druhy, diagnostikou a terapií. Dále se zde zaměřuji na komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta postiženého cévní mozkovou příhodou. Také v této části práce uvádím důležitost role sestry, jako edukátora a prostředníka mezi rodinou a lékařem.

Cílem této práce bylo zjistit úroveň spolupráce mezi zdravotnických personálem a rodinami pacienta postiženého mozkovou příhodou a také zjistit postoj rodiny ke vzájemné spolupráci. Ke splnění stanovených cílů byly použity rozhovory s předem danými otázkami.

Ve výzkumné části se zabývám, jak úroveň spolupráce z pohledu sestry, tak z pohledu příbuzných nemocného. Výzkumné šetření jsem prováděla formou rozhovorů se

sestrami a vybranými příbuznými na Neurologickém oddělení v Nemocnici Písek a.s.. Soubor rodinných respondentů byl tvořen lidmi z několika okresů Jihočeského kraje.

Závěry mého výzkumného šetření budou využity jako komplexní informace pro následnou péči ve formě jednoduchého manuálu.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Cévní mozková příhoda

V současné době je akutní cévní mozková příhoda (CMP, iktus) třetí nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích a její výskyt stoupá i v produktivním věku. V České republice se vyskytuje na třetím místě v příčinách úmrtí. V neurologickém oboru medicíny je to nejčastější důvod jak smrti pacienta, tak i jeho invalidity. (1,2)

Cévní mozková příhoda je náhle vzniklá porucha mozkové činnosti a objevuje se ve dvou variantách – ischemické a hemoragické. Ischemickou CMP způsobuje zástava prokrvení části nebo celého mozku. Hemoragická CMP je důsledkem intracerebrálního krvácení (krvácení přímo do mozkové tkáně) nebo krvácení do subarachnoideálního prostoru (mezi měkkou plenu mozku a pavoučnicí). Hlavní příčinou vzniku iktu je nedostatečně léčený vysoký krevní tlak, špatně kompenzovaný diabetes mellitus, nadváha, kouření a nedostatek fyzické aktivity. (3,2,1).

Ischemické iktusy tvoří asi 80% všech CMP a lze je rozdělit pomocí několika parametrů. V závislosti na způsobu vzniku se jedná o iktus obstrukční, při kterém danou tepnu uzavře trombus nebo embolus. Neobstrukční CMP vzniká na podkladě sníženého prokrvení regionální i systémové příčiny. Dle postižené oblasti tepenného řečiště (např. ischemie teritoriální – v povodí některé mozkové tepny) a podle časového průběhu na transitorní ischemickou ataku (TIA), reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND), progredující (vyvíjející se) příhodu a dokončenou ischemickou příhodu. Rozsah ischemického poškození mozkové tkáně ovlivňuje kolaterální oběh, který je jedním z nejdůležitějších mechanismů při zajištění prokrvení hypoxické tkáně z jejího blízkého okolí. Klinický obraz pacienta s ischemickou CMP bývá různorodý a jedná se o stavy lehké, těžké až smrtelné, které spočívají v rozsahu, závažnosti a časovém intervalu trvání ischemie mozkové tkáně.

TIA je charakterizována náhle vzniklým projevem neurologických příznaků, které vymizí do 24 hodin. Projevuje se částečným ochrnutím jedné poloviny těla (hemiparéza),

potížemi při polykání (dysfágie), poruchou koordinace pohybů (ataxie). U nemocného se může projevit afázie (porucha chápání, myšlení a nacházení slov), dysartrie (porucha výslovnosti), akalkulie a dysgrafie (porucha počítání a psaní), porucha čítí a zrakové defekty různého charakteru – zamlžené nebo dvojité vidění. Pacient může trpět závratí, nevolností i zvracením, celkovou slabostí, změnou až poruchou vědomí (zmatenost). Pojem RIND se užívá při delším období trvání symptomatiky TIA, která odezní přibližně během 2 – 3 týdnů, někdy zůstává minimální trvalý neurologický deficit.

Progredující ischemická CMP se vyznačuje kolísavou symptomatikou se střídáním fáze zlepšování a zhoršování. V důsledku narůstání trombu nebo opakovaných embolizací postupně dochází k progresi příznaků až do fáze vzniku dokončené ischemické příhody, která má dle závažnosti lehké nebo těžké neurologické postižení.

Neurologické poruchy mohou narušit vědomí i vyšší mozkové a somatosenzorické („polohocit“ a povrchové čítí) funkce. Mohou postihnout oblast rovnováhy, koordinace, hybnosti a smyslů (zrakové poruchy) a vyvolávají i doprovodné příznaky – úzkost, zvracení, bolest. Porucha vědomí se pohybuje v úrovni somnolence, soporu a kómatu. V okruhu vyšších mozkových funkcí může dojít k narušení paměti nebo fatické funkce a vzniku afázie, dysartrie, alexie (neschopnost číst), agrafie a akalkulie. Nemocný postihnutý apraxií je neschopen provádět běžné úkony (např. použití přístroje, klíče atd.). Pacient může mít také porušené vizuálně-prostorové vnímání a trpět řadou poruch, které zahrnují opomíjení postižené strany těla, nereagování na podněty na postižené straně nebo vnímání stimulace ochrnuté strany na straně zdravé. Narušená hybnost je typickým projevem CMP, zde se jedná o hemiparézu (částečné ochrnutí strany těla) nebo hemiplegii (úplné ochrnutí strany těla). (4,5,1,3)

Hemoragické CMP vznikají na podkladě krvácení z porušené cévní stěny některé tepny v mozku. Intrakraniální krvácení bývá tříštivé nebo ohraničené a to závisí na rozsahu ruptury v cévní stěně, výšce krevního tlaku a odporu okolní mozkové tkáně. Tříštivá krvácení vznikají v důsledku chronické arteriální hypertenze, která způsobí rupturu cévy. Ohraničené hemoragie souvisí s rupturou cévní anomálie (kavernózního angiomu). Intracerebrální hemoragie dělíme na hluboká do bazálních ganglií, lobární, thalamická,

mozečková a kmenová. Symptomy pacienta se odvíjí od lokalizace, velikosti a charakteru intracerebrálního krvácení. Mezi příznaky patří poruchy hybnosti, čítí, vidění a řeči různého rozsahu, nystagmus (kmitavý pohyb očních bulbů), afázie, ataxie, závratě, zvracení a porucha vědomí. Příznaky se postupně zhoršují v několika málo hodinách od vzniku.

Subarachnoideální krvácení (SAK) má nejčastější příčinu v prasklém aneuryzmatu (výduť na tepně). Arteriální krev způsobuje spazmy v okolí aneuryzmatu, které mohou způsobit ischemické ikty, společně s opakovaným krvácením tvoří závažnou komplikaci SAK. Klinický obraz pacienta se vyznačuje náhlou a prudkou bolestí hlavy v různé lokalizaci, často provázenou kvalitativní nebo kvantitativní poruchou vědomí – pacienti upadají do bezvědomí nebo jsou zmatení, neklidní i agresivní. V dnešní době se klinickému hodnocení stavu poruchy vědomí využívá hodnotící škála GCS – Glasgow Coma Scale (viz. příloha 3). Pacienti mívají nevolnost, zvrací a meningeální syndrom se u nich postupně rozvíjí – opozice šíje bývá u nemocného zřetelná již po pár hodinách od vzniku krvácení a ostatní příznaky se rozvinou do 24 hodin.

Fatálním důsledkem mozkových hemoragií je pro pacienta hlubší porucha vědomí s úplnou ztrátou kognitivních funkcí a upadnutí do permanentního vegetativního stavu. (4,1,3,2)

1.2 Diagnostika a terapie pacienta s cévní mozkovou příhodou

Klinický obraz pacienta a zobrazovací metody jsou významným ukazatelem pro diagnostiku cévní mozkové příhody. CT (počítačová tomografie) je základní zobrazovací a vyšetřovací metodou, která spolehlivě odliší ischemickou CMP od hemoragické. Perfuzní CT využívá aplikace kontrastní látky do organismu ke sledování průtoku krve mozkem. CT angiografie umožňuje zobrazení mozkových tepen, které jsou naplněny kontrastní látkou a zobrazení tepenného uzávěru. MR (magnetická rezonance) je přesnější v diagnostice ikty, ale probíhá mnohem déle než CT. Ultrazvukové vyšetření karotických tepen je základním neurologickým vyšetřením ke zjištění průsvitu cévy. Dopplerometrické vyšetření zjišťuje rychlost průtoku krve v karotických tepnách. Mezi další akutní vyšetření patří EKG (elektrokardiograf) a laboratorní vyšetření. Při podezření na SAK s negativním CT nálezem

se u pacienta provede lumbální punkce za účelem vyšetření mozkomíšního moku. (5, 4, 6)

Terapie pacienta s ischemickou CMP je specifická a určuje ji typ iktu, doba od začátku příznaků, přidružená onemocnění a komplikace. Akutní léčba je vedena na iktových jednotkách, kde je pacientovi zajištěna komplexní péče. Terapie je různá – antiagregační, antikoagulační, intravenózní a intraarteriální trombolýza. Komplexní léčba pacienta je zaměřena na rozpuštění trombu a rychlé obnovení průtoku krve v oblasti postižené ischemií, prevenci rozšíření ischemického poškození a na včasnou, specializovanou rehabilitaci pacienta. (4,6)

V současnosti se pro léčbu hemoragických iktů podávají léky k urychlení koagulace, omezení hematomu a ovlivnění mozkového otoku. Někdy je nutné neurochirurgicky odstranit hematom v mozečku. SAK je závažný stav, který se vyznačuje vysokou úmrtností, proto pacient s prokázaným krvácením tohoto typu je indikován k neurochirurgické operaci. (2)

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta po CMP na neurologickém oddělení

„Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, což znamená způsob, jakým sestra péči o člověka vykonává. Tato péče nesmí být intuitivní, ale založena na uvážení a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. Principy, které jsou výchozí myšlenkou ošetrovatelského procesu, zahrnují rozpoznání potřeb lidí vyžadující ošetrovatelskou péči.“ (7, s.15)

Dle Hendersonové by se sestra v rámci poskytování ošetrovatelské péče měla zaměřit na pomoc pacientovi v uspokojení potřeby dýchání, příjmu potravy, vyprazdňování, zachování fyziologické tělesné teploty, udržení chtěné polohy, odpočinku, spánku, oblékání, udržování čistoty, provedení hygieny, ochrany pokožky, komunikace, vyjádření pocitů, učít se ochrany před hrozícím nebezpečím, vyznávání náboženství, produktivní a relaxační činnosti. Tyto všechny vyjmenované potřeby mají východisko v Maslowovy pyramidy lidských potřeb. (8)

1.3.1 Ošetrovatelská péče v akutní fázi pacienta po CMP

Komplexní péče o pacienta v akutní fázi iktu by měla být směřována na iktovou jednotku (IJ) neurologického oddělení. Multidisciplinární tým zdravotníků na IJ poskytuje pacientovi specializovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči zacílenou na léčbu iktu, prevenci a terapii eventuálních komplikací, časnou rehabilitaci a rehabilitační proces, do kterého je zapojen pacient i jeho rodina. (6)

Specifická akutní ošetrovatelská péče u pacienta s CMP je zaměřena na zajištění základních životních funkcí pacienta a jejich následném kontinuálním monitorováním včetně jeho neurologického stavu. Sestra v akutní fázi CMP zajistí u pacienta kvalitní žilní linku, odebere krev na ordinovaná STATIM vyšetření, provede u něj EKG a objedná CT vyšetření, na které pacienta doprovází. Následná sesterská péče vychází z terapie pacienta trombolýzou. V prvních 24 hodinách po trombolytické terapii sestra musí u pacienta pečlivě sledovat krvácivé projevy, léky nesmí podávat intramuskulárně ani subkutánně. Pacientovi nesmí být zaveden permanentní močový katétr, nasogastrická sonda ani centrální žilní katétr. Sestra odebírá krev nemocnému každých 6 hodin na vyšetření hodnot krevního obrazu a hemokoagulace. Ošetrovatelská péče v akutní fázi hemoragického iktu je zacílena na sledování hodnot TK, v rámci terapie hypertenze. Při edému mozku je nutné, aby sestra u pacienta udržovala zvýšenou horní polovinu těla o 30 – 45 °. (9,10,11,12)

Komplexní léčba je spojena s intenzivní ošetrovatelskou péčí o průchodnost dýchacích cest, kvalitní oxygenaci, optimální výživu a příjem tekutin. Ošetrovatelská péče v akutní fázi je cílena na kontinuální sledování základních životních funkcí. Důležitá je prevence vzniku komplikací respiračního, infekčního nebo močového původu. Sestra se podílí na pasivní rehabilitaci a vertikalizaci. Včasné vstávání hraje důležitou roli v prevenci tromboembolické nemoci. (6)

1.3.2 Ošetrovatelská péče v subakutním období pacienta po CMP

Po odeznění akutní fáze CMP je pacient překládán na lůžkovou část neurologického oddělení, kde se celkově zotavuje. Zde se pokračuje v ošetrovatelské péči cílené na prevenci komplikací a především na návrat soběstačnosti v podobě intenzivní rehabilitace,

ergoterapie a logopedie. Při ošetrovatelské péči sestra využívá Barthel index a Modifikovanou Rankinovu stupnici (viz přílohy 4,5) k zhodnocení soběstačnosti pacienta po CMP v běžných denních činnostech. Tyto stupnice a mnoho dalších měřících tabulek spolu s podrobnou ošetrovatelskou anamnézou získanou od pacienta nebo jeho rodiny pomáhají sestře při plánování péče. U pacienta po CMP často sestra vytvoří tyto ošetrovatelské diagnózy – 00024 Neefektivní mozková perfúze, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00085 Zhoršená pohyblivost, 00102 Nedostatečná soběstačnost v příjmu potravy, 00109 Nedostatečná soběstačnost při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Nedostatečná soběstačnost při koupání a hygieně, 00110 Nedostatečná soběstačnost při vyprazdňování, 00118 Porušený tělesný obraz, 00123 Opomíjení jedné strany těla, 00127 Porušená interpretace okolí, 00146 Úzkost, 00148 Strach a 00155 Riziko pádů. Na základě ošetrovatelských diagnóz, které vypovídají o potřebách pacienta po CMP, sestra sestaví celý ošetrovatelský plán péče, který se snaží spolu s pacientem realizovat a tím uspokojit pacientovi potřeby. (13,14,15)

V subakutní fázi se celkový stav pacienta postupně zlepšuje. Nemocný je vertikalizován do sedu i stoje v závislosti na jeho stavu. Sestra spolupracuje s fyzioterapeutem v podpoře motoriky a s ergoterapeutem při nácviku jednotlivých aktivit k sebeobsluze nemocného. (16)

1.3.3 Význam polohování a pohybové rehabilitace pro pacienta po CMP

Polohování je plánované měnění poloh pacienta nejenom na lůžku, ale i v křesle a na vozíku. Při polohování pacienta sestra dodržuje daná pravidla, aby se vyhnula výskytu komplikací z nesprávné polohy. Správným polohováním se předchází proleženinám, bolesti, ventilačním zhoršením, omezení rozsahu v kloubech, svalovým i kosterním deformitám a komplikacím krevního i lymfatického oběhu. Polohování podporuje u pacienta uvědomování si své ochrnuté strany těla tím, že posílá do mozku nemocného impulzy, při přechodné ztrátě smyslových impulzů způsobené CMP pacienta. Změny poloh se provádí v intervalu 2 – 3 hodin, dle potřeby i dříve a pravidelnost polohování sestře usnadňuje přesný časový plán polohování. Před polohováním sestra vždy seznámí pacienta s významem a

postupem změny polohy. Pokud pacient není v bezvědomí, je nutné, aby vždy u něj sestra vyžadovala a podporovala ho v aktivní spolupráci při polohování. Sestra musí znát techniku polohování a zásady bezpečné manipulace s nemocným. Sestra provádí pasivní změny poloh u pacienta, který si sám nemůže střídat polohy a u pacienta, který je schopen sám si měnit polohu, sestra pouze dopomáhá k její úpravě a jištění vhodnými pomůckami. Sestra k polohování využívá různé polohovací lůžka, speciální podložky a matrace, pomůcky odlišného tvaru, velikosti, materiálu. Zvolenou polohu pacienta sestra pravidelně kontroluje v rámci její funkčnosti i bezpečnosti a dle potřeb pacienta, ji opravuje nebo mění. Při polohování je využíváno čtyř základních poloh, na zádech, na zdravém a postiženém boku a na břiše (viz. Příloha 6), (17, 18, 19, 20)

„Cílem rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě je dosáhnout maximální funkční nezávislosti. U těchto pacientů se ukázalo vhodné využívat tzv. 24 hodinového konceptu terapie, při kterém je nezbytná spolupráce lékařů, ošetřujícího personálu, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů, psychologů a rodinných příslušníků. Tento tým by měl při práci s pacientem používat shodné postupy a snažit se maximálně využívat schopností, jež mu zůstaly zachovány.“ (21, s. 43)

Sestra musí znát několik zásad v rámci ošetrovatelské a rehabilitační péče o pacienta po CMP. Pro stimulaci vnímání postižené strany je nutné, aby každý přistupoval k nemocnému ze strany, která je ochrnutá a veškeré předměty a nábytek (stolek, židle, televize) byl situován na postiženou stranu, aby byl nemocný nucen otáčet hlavu postiženou stranu a vnímat z ní veškeré stimuly. Sestra vždy používá při rehabilitaci s pacientem jednoduché a konkrétní pokyny i praktické ukázky. Pohybové dovednosti sestra s pacientem nacvičuje v rámci nácviku jednotlivých stádií pohybů a v postupné návaznosti od jednoduchých pohybů ke složitým. Nejdůležitější zásadou sestry při rehabilitaci s pacientem je věnovat mu dostatek času k aktivní spolupráci. Motivace pacienta a jeho rodiny k aktivnímu zapojení do rehabilitace je významným cílem komplexního rehabilitačního plánu po CMP. Aktivní rehabilitace musí probíhat po takovou dobu, kdy lze objektivně sledovat známky zlepšení neurologického postižení. (6,18,20,21,16)

1.3.4 Význam logopedie pro pacienta po CMP

Fatické funkce člověk získává učení během svého celého života . Zásadní fatickou funkcí je lidská řeč, kterou rozdělujeme na percepční (senzorickou) a expresivní (motorickou). Senzorická schopnost dovoluje člověku rozumět mluvené řeči a motorická schopnost umožňuje vyslovovat slova a celé věty. Pacient po CMP je obvykle postižen různou poruchou řeči, která se nazývá afázie. Člověk trpící senzorialní afázií mluvenému slovu nerozumí, i když se sám může slovně vyjadřovat je komunikace s ním obtížná, protože nerozumí tomu, co vyslovuje a jeho mluva je nepřiléhavá a nelogická. Pacient s motorickou afázií ztrácí schopnost mluvit, ale řeči rozumí. U pacienta po CMP se můžeme setkat i se sémantickou afázií, která působí potíže při chápání a vyjadřování abstraktních pojmů. Pacient nerozumí náznakům ani metaforám. Může se také objevit amnestická afázie, kdy pacient řeči rozumí, ale ztrácí schopnost vybavovat si slova a názvy označující věci, osoby nebo činnosti. Obvykle se k tomuto typu afázie přidružuje porucha psaní a čtení. Kombinací více typů afázie vzniká smíšená forma. Při totální afázii pacient nemůže mluvit ani řeči nerozumí a bývá provázena alexií, agrafií a akalkulií. Dle doby trvání afázie ji dělíme na akutní (4 – 6 týdnů), postakutní (do jednoho roku po CMP) a chronickou, kdy příznaky trvají déle než rok. Je mnoho příznaků afázie a mezi ně patří např. echolálie, kdy nemocný opakuje část nebo celý mluvený projev druhé osoby. Plané frázování znamená mnohoslovné vyjadřování, které postrádá význam. Mluvní automatismus je nesmyslné opakování jednoho nebo více slov při spontánním projevu nebo reakci na otázku, ovšem mimika nebo gesta mohou být přiléhavá. Logorea je nekontrolovaný a přehnaný mluvní projev, který lze obtížně přerušit. Permanentní interrupce se vyznačuje stálým přerušováním řeči, pomalé tempo nebo velmi krátké věty. (22,18,23)

Pacient po CMP může být postižen i dysartrií (poruchou výslovnosti), kdy je funkce porozumění zachována. Čím dříve nemocného vyšetří logoped, tím dříve je započata logopedická léčba a její úspěšnost tak vzrůstá. Klinický logoped seznámí pacienta, ošetřující personál a příbuzné se smyslem a cílem terapie. Všichni nemocní postižení afázií nebo dysartrií musí být v prostředí, které je bude stále vybízet vhodnou motivací ke

komunikaci s ohledem na aktuální zdravotní stav a psychické rozpoložení. Motivace pacienta ke komunikaci, lze dosáhnout dobrým vztahem a kladnými reakcemi (pochvaly) i na minimální snahu pacienta. Důležité je pozitivní myšlení a každodenní procvičování. Pacient si musí uvědomit, že úspěšnost léčby je závislá na jeho snaze. (6)

1.4 Role sestry v rámci interakce s pacientem po CMP a jeho příbuznými

Ošetrovatelská péče není možná bez kontaktu s pacientem a kvalitní ošetrovatelská péče je možná teprve při vzájemné důvěře, porozumění a spolupráci v rámci interakce sestry s pacientem a jeho rodinou. (24)

Role sestry při každodenním kontaktu s pacientem zahrnuje tzv. produktivní chování, které je součástí kvalitní péče. Sestra vysvětluje pacientovi všechny neznámé věci. Dává mu najevo zájem, vcítění a sympatie. Eliminuje u nemocného úzkost, strach a utváří atmosféru optimismu. Trpělivě vždy vyslechne nemocného, ocení jeho snahu, podporuje ho a pomáhá. „Rodina je sociální skupinou, ve které se promítají všechny zápasy, prohry i vítězství spojená s péčí o zdraví, jeho podporou i záchranou.“ (25, s. 96) Jestli pacient vnímá negativně nebo pozitivně celý léčebný průběh nesporně ovlivňuje jeho rodina. Je důležité, aby sestra vytvářela podmínky pro co největší kontakt pacienta s jeho blízkými, kteří pozitivně působí na jeho stav. Je nutné překonat zábrany v podobě poskytování péče pouze profesionály a nepohlížet na rodinu nemocného pouze jako na bezvýznamného činitele. (26,25)

1.4.1 Role sestry při komunikaci s pacientem po CMP a rodinou pacienta

Komunikace je nedílnou součástí role sestry i základem ošetrovatelské péče a dobrá komunikace ze strany sestry navozuje pocit důvěry pacienta. Sestra komunikuje verbálně a neverbálně. Neverbální projev je považován za upřímnější. Součástí neverbální komunikace je mimika (výraz obličeje), proxemika (přiblížení a oddálení), haptika (dotek), posturologie (fyzický postoj), gesta, pohled a úprava zevnějšku. Mimikou projevuje člověk své emoce. Sestra s úsměvem může rychle navázat kontakt s pacientem nebo s jeho rodinou. Proxemika informuje o vztahu mezi lidmi. Pro rozhovor využíváme čtyři zóny. Při ošetrovatelské péči sestra neustále vstupuje do intimní zóny pacienta a tak dochází k

bezprostřednímu kontaktu. Haptikou sestra komunikuje pomocí doteku, od podání ruky k pozdravu až po pohlazení nebo vzetí za ruku k vyjádření povzbuzení. Sestra musí být schopna se nemocnému představit a podat si s ním ruku, jedná-li se o první kontakt mezi sestrou a pacientem. Stisk ruky by měl být střední a v přiměřeně dlouhý. Sestra si musí osvojit i haptické projevy, které bývají vnímány pozitivně např. pohlazení po ramenu či po ruce nebo podržení pod paží. Přátelské dotyky podporují komunikaci mezi sestrou a pacientem. Správný dotek ve vhodnou chvíli může pacienta uklidnit, ubezpečit nebo podpořit. Dotek je každodenní součástí ošetrovatelské péče. Posturologie vyjadřuje psychický stav člověka. Postoj sestry a pacienta by měl být v souladu, neměla by stát při rozhovoru s ležícím nebo sedícím člověkem. Gestikulace je komunikace pomocí rukou např. otevřené dlaně a paže jsou projevem otevřenosti, vstřícnosti a upřímnosti, namířený prst může být i útočným gestem a člověk s rukama v kapsách nebo za zády může dávat najevo, že netouží po kontaktu. Pohled bývá prvním prostředkem v navázání kontaktu, můžeme z něj vyčíst postoj a emoce. Sestra udržováním kontaktu očima potvrzuje udržování komunikace. Sestra své pacienty pozoruje a žádné nesmí přehlížet. (27,28, 29)

Pro úspěšnou verbální komunikaci je důležité vhodné načasování, jednoduchost, stručnost, zřetelnost, důvěryhodnost a přizpůsobivost. Vhodné načasování rozhovoru ovlivňuje vhodná chvíle, soukromí, dostatek času a nerušený prostor. Sestra podává stručné informace, které působí profesionálně. Musí jasně vyjádřit podstatu sdělení a vždy ověřit zda pacient nebo jeho rodina porozuměla všem informacím. Při rozhovoru sestra přizpůsobuje jeho způsob reakcím pacienta i jeho příbuzných. Sestra s dostatečnými odbornými znalostmi podává informace, které zní věrohodně.(27,28)

Nejdůležitější složkou komunikace je naslouchání, které především znamená chápat a rozumět. Nasloucháním dává sestra najevo ochotu pomoci, umožňuje tím pacientovi se svěřit a vytváří předpoklad k další konverzaci. Naslouchání umožňuje sestře podpořit druhého v projevu. Je několik metod k podpoře projevu. Sestra může *povzbudit* pacienta vhodnými slovy (to mě zajímá, je důležité to, co říkáte atd.), aby pokračoval v rozhovoru. Při metodě *rezonance* – ozvěna (druh zpětné vazby) sestra zopakuje slova, které nemocný řekl a dá mu tím najevo, že vnímá jeho projev. Sestra může také reagovat *odezvou* (reflexe)

kdy se pokouší pochopit pacientovi myšlenky a formulovat je do vlastních slov např. když pacient neustále zdůrazňuje nadcházející operační zákrok, sestra použije reflexi a slovně vyjádří pochopení, že je normální mít strach z operace a tím dá pacientovi prostor hovořit o jeho obavách. *Sumarizací* (shrnutí) se sestra vyjádří k podstatným částem z celého sdělení. *Mlčením* sestra dává pacientovi prostor k zamyšlení se nad tématem, ale musí být vnímavá k tomu, kdy dát pacientovi prostor k přemýšlení a kdy ho povzbudit k odpovědi. Poslední metodou, kterou je sestra schopná podpořit nemocného je *empatie* (vcítění), sestra zde může verbálně i neverbálně projevit citové porozumění. Empatii sestra dává najevo aktivním nasloucháním, kdy svůj zájem o pacienta projevuje slovy nebo citoslovci pro vyjádření pochopení nebo pouhým pokyvováním hlavy. Empatii lze projevit pojmenováním pocitů pacienta (např. vidím, že máte radost, chápu, že se vám stýská). Sestra také může vyjádřit slovně podporu (např. jste silný, zvládnete to) (28,26,29)

Při rozhovoru s pacientem sestra využívá své produktivní chování, které obsahuje i oslovení pacienta jménem a udržování očního kontaktu. Pacienti po CMP bývají v mnoha případech postižení afázií a dalšími poruchami řeči (viz. Kapitola 1.2.3). Sestra při komunikaci s pacientem, který nemůže svá přání a potřeby verbalizovat, musí stále hledat alternativní formy úspěšné komunikace, aby dokázala takovému pacientovi porozumět a vyhovět. Sestra při profesionálním využití komunikačních dovedností pozitivně ovlivňuje pacienta a motivuje i přesvědčuje ho k aktivní spolupráci. (30, 27)

Pravidelná a dobrá komunikace sestry s rodinou pacienta je důležitá pro vzájemnou spolupráci i vztah s pacientem. Když sestra komunikuje s rodinnými příslušníky, je důležité, aby dodržovala specifické zásady. Je nutné rodinu ubezpečit, o poskytování dobré péče nemocnému. Důležité je příbuzné poučit, jak mohou spolupracovat v uzdravovacím procesu. Sestra poskytuje srozumitelnou formou informace o terapeutických a ošetrovatelských výkonech prováděných u pacienta. Správná komunikace s rodinou umožňuje sestře získat podrobné informace o pacientovi při sběru ošetrovatelské anamnézy. Chování sestry během komunikace rozhoduje o tom, jak bude hodnocena pacientem a jeho rodinou. (31, 27)

1.4.2 Role sestry při spolupráci s pacientem a jeho rodinou

Pro komplexní péči o pacienta je velice důležitá a přínosná spolupráce rodiny v realizaci ošetřovatelského plánu. Bezchybná spolupráce mezi sestrou pacientem a jeho rodinou je výsledkem kvalitní komunikace a především dobrého vztahu. Sestra v této roli podporuje pacienta ve schopnosti naplnit svou potřebu postarat se sám o sebe. Ošetřovatelská etika má velkou úlohu v navázání dobrého vztahu sestry s pacientem a jeho nejbližšími. Etický kodex sester (viz. Příloha 7) je standard profesionálního chování sestry k pacientovi a jeho příbuzným. Sestra, která chápe význam ošetřovatelské etiky, vždy respektuje pacienta se všemi jeho psychickými i fyzickými změnami v nemoci, vyslechne všechna jeho sdělení a akceptuje jeho názory na zdravotní stav, léčbu i péči. Respektuje individualitu pacienta a jedná s ním jako s partnerem ve spolurozhodování o péči. Sestra bývá nesporně v bližším kontaktu s pacientem než lékař. Pokaždé když nemocný má nějakou potřebu, vždy nejprve osloví sestru. Tím, že je sestra stále ve styku s nemocným, je pro něj prostředníkem mezi okolním světem a poslem zpráv i informací. Pacient často vidí sestru v roli člověka, který disponuje schopnostmi a zná východiska jak mu pomoci. Také pacient vidí sestru jako prostředníka mezi ním a lékařem.(31,32,33)

Postupem času se velice změnila role rodiny při péči o jejich nemocného člena. Dříve bylo samozřejmostí, že se příbuzní starali o své nemocné blízké v prostředí domova. Vývoj moderní doby zatlačil rodinu až do pozadí péče o své nemocné příbuzné a zodpovědnost za péči o nemocné přebrala ve velkém rozsahu zdravotnická zařízení. V současnosti se v odborné veřejnosti opět rozvíjí myšlenka na větší uplatnění péče rodiny při ošetřování svého nemocného člena. Na této myšlence má podíl i ekonomický vliv se stále zvyšujícími se náklady za pobyt pacienta v nemocnici. Zapojení rodiny do péče je především důležité v rámci získávání informací o nemocném a v účasti na přímé péči o pacienta (v oblasti léčby, ošetřovatelské péče a komplexní rehabilitace). Dobré rodinné vztahy jsou aktivním činitelem při celkovém uzdravování pacienta, a proto je nutné, aby rodina měla úlohu spojence sestry. Sestra v roli koordinátorky ošetřovatelské péče získává rodinu pacienta k aktivní spolupráci v rámci ošetřovatelského procesu u nemocného. Dobrý vztah s rodinou pomáhá sestře v předávání vědomostí a dovedností v oblasti laické péče o

nemocného a utužuje v rodině vědomí, že tato péče je významná a potřebná pro jejich blízkou osobu. Kvalitní vztah sestry s rodinnými příslušníky pacienta upevní důvěru pacienta k sestře. (26,8,32)

V roce 2007 publikovala Bc. Králíčková vlastní výzkum z oblasti spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesu. Bylo zjištěno, že pacienti si přejí větší účast svých blízkých na péči během hospitalizace a více jak polovina dotazovaných rodin je nakloněno k aktivní spolupráci. Nejvíce příbuzných bylo ochotno spolupracovat při činnostech k naplnění volného času pacienta. Také byli ochotni pomáhat nemocnému s jídlem, oblékáním a rehabilitací. Nejméně jich, však chtělo spolupracovat při hygieně, péči o kůži a při vyprazdňování. Výzkum poukázal i na překážky, které blokují spolupráci. Problémy se týkaly deficitu potřebných dovedností a vědomostí o péči, omezení v rámci dodržování návštěvních hodin, nedostatku soukromí při péči i časové vytíženosti sester. (33)

1.5 Sestra edukátorka rodiny pacienta po CMP

Rodina kolem nemocného a hospitalizovaného člena rodiny většinou potřebuje pomoci v průběhu tohoto období. Tento fakt by si měl ošetřující personál neustále uvědomovat. V rámci ošetrovatelské péče by měla sestra komplexně zhodnotit i rodinu pacienta, aby jim dokázala pomoci. Můžeme zhodnotit pocity, chování a aktivity příbuzných pacienta, ale nesmíme je kritizovat ani odsuzovat. Onemocněním a následnou hospitalizací člena rodiny většinou dochází k narušení struktury a celistvosti rodiny. Proto může být toto období pro příbuzné pacienta velice obtížně zvladatelné. Různé interakce v rodině probíhají i v období nemoci a nekončí ani při hospitalizaci. Když sestra rodinu edukuje, tak zároveň podporuje její zapojení do péče o nemocného. Edukace se může týkat např. častých návštěv pacienta, donesením věcí ke zkrácení volného času, přinesením domácího jídla v rámci ordinované diety. Sestra může blízkým pacienta poskytnout pomoc i při utváření plánů v oblasti péče o nemocného člena rodiny. (34)

Pro spolupráci blízkých pacienta v ošetrovatelském procesu je klíčová edukace rodiny i pacienta. Efektem bude zlepšení ošetrovatelské péče a pacient se rychleji navrátí do rodiny a domů. Cílem edukace je správný postoj a zapojení příbuzných do celého

terapeutického procesu. Kritériem tohoto cíle musí být dostatečná informovanost rodinných příslušníků o všech východiskách spolupráce, aktivní přístup příbuzných k nemocnému především v době návštěv, dodržování léčebného režimu, objektivní kritika rodiny, správné provádění nácviku soběstačnosti s pacientem, komunikace bez překážek. Pro docílení stanoveného cíle musí sestra provést mnoho intervencí. Zjistit charakter vztahu mezi nemocným a příbuznými. Zmapovat ochotu rodiny ke spolupráci. Určit možnosti rozsahu rodinné pomoci a sestavit ošetrovatelský plán ve spolupráci pacientem a jeho rodinou. Vždy musí sestra informovat spolupracující příbuzné o přáních a potřebách nemocného. Je podstatné stále zdůrazňovat příbuzným i nemocnému význam rodiny a návštěv. Edukovat příbuzné o vhodném a nesprávném chování k pacientovi nebo o podávání o pozitivních a negativních zprávách z domova. Sledovat reakce pacienta na pomoc blízkých. Hodnotit provádění různých činností rodinou a dodržování instrukcí. Sestra musí být oporou pro příbuzné. (33)

Sestra v roli edukátorky rodiny podává informace a učí dovednostem, které jsou důležité pro návrat soběstačnosti pacienta po CMP. Informace a dovednosti nevnučuje, nenařizuje, ale nabízí. Důležité je, aby sestra ujasnila příbuzným, že intelekt pacienta zůstal nepochybně zcela nedotčený a normální, aby s ním udržovali stálý kontakt a upevňovali jeho sebedůvěru. Úkolem sestry je adekvátně instruovat rodinu k dodržování zásad rehabilitačního plánu pacienta po CMP. Edukace je důležitá pro maximální a správnou spolupráci sestry s jeho blízkými. Edukace příbuzných pacienta po CMP je cílena na komunikaci a rehabilitaci. Sestra by měla poskytnout veškeré informace o ošetřování pacienta, kompenzačních a ošetrovacích pomůckách, komunikačních metodách a zásadách rehabilitace. Edukace rodiny musí probíhat systematicky a od méně obsáhlých úkolů. (11,8,35,18,21)

1.5.1 Oblasti edukace rodiny k naplnění potřeb pacienta po CMP

Edukace rodiny v oblasti komunikace s pacientem, který je postižen afázií nebo dysartrií, je důležitá pro komplexní logopedickou terapii. Občas se příbuzným nedaří plně navázat na práci sestry a logopeda. I když získají od sestry potřebné vědomosti, tak nemají zkušenosti logopeda a občas ani náležitý respekt od svého nemocného člena rodiny. Pacient může kritiku i rady od svých blízkých přijímat méně ochotně než od sestry nebo logopeda. Sestra musí rodině vysvětlit cíl logopedické léčby. Cílem je vylepšit pacientovi verbální komunikační dovednosti v takovém rozsahu, aby byl schopen se běžně domluvit bez vzniku nedorozumění. Sestra edukuje příbuzné o významu neverbální komunikace při saturaci potřeby bezpečí a jistoty. Při sensorické afázii se rehabilitace zaměřuje na stimulaci sluchu a zraku. V současnosti by mělo být samozřejmostí používání různých audiovizuálních pomůcek. Vhodné jsou obrázkové slabikáře pro nácvik čtení. Sestra rodině vysvětlí, kde začít při nácviku čtení. Důležité je zjistit v jaké oblasti pacient lépe rozumí a kde se mu daří verbální projev. Pacient může pozitivně reagovat na písničku, číselnou nebo slovní řadu (příklad- vyjmenovat měsíce) i jen na melodii. V takové oblasti je výhodné začínat. Různé obrázky činností a věcí je vhodné spojit se zvukovým doprovodem nebo hledat správné výrazy pro název obrázků a situací. Sestra edukuje rodinu o zásadách komunikace s pacientem s afázií. Při komunikaci, být vždy čelem k pacientovi. Příbuzní nesmí vyvíjet nátlak na pacienta a požadovat po něm například, aby opakoval slova nebo věty, musí mu vždy dát čas k vlastnímu vyjádření pomocí potřebných slov. Zavést komunikační pravidla např. kývnutí hlavy znamená souhlas. Chyby ve výslovnosti neopravovat, ale vést pacienta k tomu, aby to zkusil říci jinak. Být trpělivý, mluvit klidně a nespěchat. Rodina by měla především pokládat jednoduché otázky, které vyžadují pouze odpověď kladnou (ano) či zápornou (ne). Mluvit pomalu a stručně. Podporovat pacienta v komunikaci a pomáhat mu dokončovat věty. Neskákat pacientovi do řeči. Nenutit nemocného k rozhovoru. Komunikovat pomocí alternativních metod. Pro nácvik psaní by se měla používat tužka většího průměru pro lepší uchopení. Pacient by měl při psaní střídát barevné tužky a tak se cvičit v rozeznávání barev, které je důležité pro následné tvoření dalších slov. Pro

procvičování je vhodné měnit prostředí pacienta, tím je dosaženo nových vjemů a impulzů pro pojmovou a slovní zásobu. Muzikoterapie a arteterapie má velmi pozitivní vliv na komplexní rehabilitaci řeči. Sestra rodinu instruuje v používání různých kompenzačních logopedických pomůcek (slovník pro afatiky, komunikační tabulky, obrázky). (18,23,33,36,42)

Edukace rodinných příslušníků je cílená v rámci rehabilitace především na přesuny pacienta a změny jeho poloh. Důležité je, aby rodina znala a dodržovala správný a bezpečný způsob při manipulaci s nemocným. Nejčastěji rodina pomáhá pacientovi do sedu v lůžku nebo při přesunu z lůžka na židli nebo vozík. Pacientovi lze pomoci do sedu s nohama z lůžka správným postupem. Osoba, která pomáhá nemocnému do sedu, přetočí nemocného na bok. Pacient si pokrčí kolena samostatně nebo s pomocí, jeho pomocník ho uchopí pod tím ramenem, které se dotýká lůžka a rovněž uchopí pacientovi nohy pod koleny. Takto jsou pacient a jeho pomocník připraveni k poslední fázi polohování pacienta do sedu. Pomocník současně zvedá trup nemocného tlakem na jeho rameno a sesouvá nohy pacienta dolů z lůžka. Posledním bodem správného a bezpečného postupu je stabilní zabezpečení nemocného v této poloze. Při přesunu pacienta z lůžka na vozík nebo do křesla je nutné brát ohled na vyšší bezpečnost a pomocníci musí dodržovat tyto jednotlivé kroky. Křeslo nebo vozík je těsně u lůžka a je důležité jej zabrzdit nebo jinak zabezpečit proti nechtěnému posunutí. Vozík musí mít zdvižené stupačky před tím, než je na něj pacient usazen. Pacient sedí s nohama z lůžka, zdravou dolní končetinou se dotýká podlahy a paretickou nohu má nataženou vpřed. Tímto se docílí, aby se pacient při pohybu opíral o zdravou končetinu a zvládl tak bezpečně přesun. Pomocník pomůže pacientovi do stoje tak, že bude stát na straně paretické dolní končetiny a nemocný si položí svou paretickou ruku na ramena pomocníka. Zdravou rukou se pacient opře o lůžko. Pomocník pacienta uchopí v pase a pacient se opře o svou zdravou nohu a stopne si. Pomocník a pacient se pak spolu otáčejí zády k vozíku nebo křeslu. Pomocník přejde ze stoje do podřepu a pacient si sedá. Při přesouvání pacientů se využívá mnoha pomůcek, jako jsou různé druhy popruhů nebo skluzných desek. Návčiku chůze je důležité věnovat dostatek času a klidu. Chůzi s nemocným nacvičuje fyzioterapeut a sestra v návčiku pokračuje a zapojuje do něj rodinné

příslušníky. Doprovod pacienta vždy stojí na jeho postižené straně, ke zvýšení bezpečnosti se mohou využít i různé pásy pro přidržování pacienta při chůzi. K odlehčení zátěže na dolní končetiny a docílení stability používají pacienti různé chodítka, hole nebo berle. (18,20)

V oblasti podpory soběstačnosti je edukace rodiny velice obsáhlá. Sestra prvotně seznámí rodinné příslušníky se základními zásadami, které musí dodržovat. Je nutné vždy přistupovat k pacientovi a mluvit na něj z jeho ochrnuté strany. Při rehabilitaci s pacientem používat jednoduché a srozumitelné instrukce, které je vhodné spojit s názornou ukázkou. Poskytnout vždy pacientovi dostatek času pro daný nácvik a aktivní spolupráci. Průběžným opakováním jednotlivých úkonů se nemocný dokáže naučit různé pohybové cviky. Sestra rodině podává instrukce, jak správně asistovat nemocnému při nácviku soběstačnosti. Je důležité, aby členové rodiny prováděli s pacientem smysluplné a účelné aktivity (přesuny v lůžku, svlékání, oblékání). Pro zvyšování soběstačnosti pacienta je klíčové názorné ukázání a vyzkoušení kompenzačních pomůcek a naučit je používat ne jen pacienta, ale i jeho rodinu. (37,18,21,33)

Pro nácvik soběstačnosti pacienta při jídle je několik zásad pro podávání stravy nemocným s ochrnutou horní končetinou a pacientům s porušenou jemnou motorikou. Nemocný může mít problémy s krájením, otvíráním, loupáním ovoce nebo s úchopem příborů a hrnečků. Pacientovi s jídlem sestra nebo rodina pomáhá a ve spolupráci s ergoterapeutem ho učí používat kompenzační pomůcky – rám kolem talíře, talíř se zvýšeným okrajem a šikmým dnem, hrneček s pítkem nebo brčkem, příbor se zvětšenou nebo anatomickou rukojetí, držák pro snadné otevírání uzávěrů. (20)

Vážný problém představují poruchy polykání u pacientů po CMP. Každý člověk, obzvláště pacient v rekonvalescenci po nemoci, potřebuje přísun vyvážené stravy s obsahem dostatečného množství živin, vitamínů a minerálů. U pacientů s poruchou polykání je vhodné podávat enterální výživu pomocí sondy do žaludku nebo tenkého střeva. Je obtížné dodržovat zásady správné výživy, je nutné vědět jaké složky a v jakém poměru jsou obsaženy v podávané výživě. Dle ordinace lékaře je pacientovi předepisována a podávána uměle připravená výživa. Umělá enterální výživa je nutričně kompletní,

speciálně a konzistenčně vytvořená pro podávání do sond, aby sondou procházela volně a nehrozilo její ucpání. Proto je nutná edukace rodinných příslušníků, aby nepodávaly nemocnému do sondy mixovanou stravu. Klinická enterální výživa dodává nemocnému v optimálním poměru tuky, cukry, bílkoviny, vitamíny, minerály a stopové prvky. U nemocného je takto podporováno vědomí, že dostává správnou a ničím nekontaminovanou stravu. Pro podávání stravy do sond existují dvě možnosti. Kontinuální podávání a bolusové. *Kontinuálního podávání* se využívá pro aplikaci výživy do tenkého střeva. Pozvolný přísun živin po celý den je pro střevo zcela přirozený děj. Optimální rychlost výživy je 100 – 150 ml/h. Před započítím aplikace výživy a po jejím skončení je důležité vždy sondu propláchnout čajem nebo převařenou vodou (30 – 50 ml). K proplachu se nesmí používat džusy, minerálky a ovocné čaje protože jejich kyselost způsobuje sražení umělé výživy a dojde k ucpání sondy. Ke kontinuální aplikaci této stravy se používá gravitační set nebo enterální pumpa. *Bolusovým podáváním* se aplikuje strava do žaludku. Protože je žaludek přizpůsoben k příjmu potravy v dávkách, podává se potrava v bolusu 300 ml v časovém intervalu 2 – 3 hodin během dne a v noci se výživa nepodává. Pokud má pacient pocit plného břicha nebo po otevření setu vytéká žaludeční nestrávený obsah stravy, je nutné intervaly podávání prodloužit. Pokud problémy trvají nadále, je důležité informovat lékaře a poradit se s ním. (38)

Při saturaci potřeby vyprazdňovat se, může rodina asistovat pacientovi při používání přenosného WC nebo při doprovodu na WC, podávat mu podložní mísu nebo močovou lahev. Sestra pečuje o permanentní močový katétr. U pacientů s různými fatickými poruchami je důležité předvídat jejich potřebu vyprázdnit se a okamžitě reagovat na neverbální projevy pacienta, které signalizují tuto potřebu. Sestra vede rodinu pacienta k dodržování zásad při zajištění soukromí a pohodlí, k podpoře aktivity nemocného v soběstačnosti při vyprazdňování. Ve spolupráci s rodinou pomáhá pacientovi dodržovat hygienu po vyprazdňování. Pro usnadnění vyprazdňování může nemocný využít mnoho pomůcek a vybavení WC, o kterých by měla sestra informovat rodinu. Madla na toaletách usnadňují pacientům posazování a vstávání a signalizační zařízení upevňuje pocit bezpečí. Imobilní pacienti mohou s pomocí použít pokojové toaletní křeslo nepojízdné, pojízdné

nebo pojízdné se specificky upravenou výškou, která umožní vjet na standardní klozet. Pro domácí prostředí jsou vhodné přenosné chemické toalety (speciální nádoby s dekontaminačním prostředkem). Podložní mísy slouží především pro vyprazdňování stolice u mužů a stolice a moče u žen. Pro zachycení moče u muže se používá močové lahve, pro ženy existují také močové lahve, ale používají se ojediněle. Inkontinentní pacienti mohou využít inkontinentní pomůcky, které nemocnému hradí pojišťovna v limitu počtu kusů na měsíc. Inko pomůcky se dělí podle materiálu, velikosti i doby použití (noc, den), jsou to především slipové vložky, vložné pleny, natahovací síťové kalhotky, elastické plenkové kalhotky, plenkové lepící kalhotky a jednorázové pomůcky do lůžka. (39,20)

Edukace rodiny v oblasti provádění hygienické péče je nedílnou součástí souhrnné péče o nemocného po prodělané CMP. Potřeba čistoty je jednou ze základních potřeb člověka a potřeba hygieny je u každého člověka zcela individuální, ale čistota přispívá k pocitu duševní pohody u většiny lidí. V této oblasti sestra rodinu informuje o pravidlech hygienické péče o pacienta, které vychází z každodenních rituálů při dodržování hygieny. V závislosti na zdravotním stavu a míře soběstačnosti pacienta se neustále mění postupy hygienické péče. Význam hygienické péče pacienta spočívá v odstranění nečistoty a zápachu, prevenci imobilizačního syndromu, mobilizaci pacienta, předcházení vzniku proleženina a opruzenin. Správnou hygienou se předchází vzniku infekčních a dalších komplikací. Hygienická péče navozuje pocit pohody u nemocného, pomáhá při navázání kontaktu a při získání důležitých informací do anamnézy. Komplexní hygienická péče zahrnuje česání a mytí vlasů, holení vousů, stříhání nehtů, ranní a večerní hygienu, celkovou koupel, péči o dutinu ústní a nosní, mytí rukou, hygienu po vyprazdňování, péči o inkontinentního pacienta, prevenci a ošetření opruzenin a dekubitů a péči o osobní prádlo. Zapojení rodiny do hygienické péče o nemocného s porušenou soběstačností spočívá v promyšleném poskytování rad, v koordinaci hygienické péče a provádění postupu pro dosažení uspokojení potřeby čistoty pacienta. Pro koordinaci hygienické péče zde sestra uplatní objektivní hodnocení stupně soběstačnosti dle hodnotících škál (Barthel index, Katzův index). (20)

Před propuštěním do domácí péče, by si měl pacient ve spolupráci s rodinou vyzkoušet doporučené kompenzační pomůcky. Jedná se o pomůcky kompenzující celkovou nebo částečnou poruchu hybnosti. Pomůcky k posazování se v lůžku (hrazdička, žebříček), pro stoj a chůzi (chodítka, hole). Stupeň postižení, rozsah nezávislosti i soběstačnosti v aktivitách denního života (ADL) a především kvalita rodinného zázemí určuje potřebu dlouhodobé ošetrovatelské péče a sociální pomoci. (6,40)

Nezastupitelnou rolí při procesu uzdravování je spolupráce s rodinou v péči o psychiku nemocného. Většina nemocných po prodělané CMP propadá pocitům smutku, apatie, deprese, nezájmu, vznětlivosti, podrážděnosti, obavám z následků onemocnění, možné sociální izolace, poruchám spánku i celkové únavě. Právě úzká spolupráce a provázanost ošetrovatelského týmu s nejbližšími členy rodiny je předpokladem co nejlepšího zvládnutí tohoto náročného období. Je klíčové, aby rodina byla dostatečně edukována, že nemocní jsou v tomto období nesmírně citliví a zranitelní. Motivace samotného nemocného i ostatních členů rodiny zapojit se co nejdříve do péče je důležitým cílem ve všech obdobích nemoci. Zájem rodiny, přítomnost u lůžka, časté návštěvy a samotná účast rodiny v ošetrovatelských činnostech, vzbuzují v nemocném pocit, že je stále důležitým „článkem“ vlastní rodiny, která mu umožní se rychleji začlenit zpět do vlastního, domácího prostředí. Nemocný následkem změny svého duševního i fyzického stavu mnohdy potřebuje nalézt svou novou vlastní identitu a získat pocit, že neztratil lidskou důstojnost. V případě, že nemocný zaujímá ke své nemoci pouze negativistický postoj a odmítá léčbu, je vhodné využít individuální poradenství nebo skupinovou terapii. U některých nemocných s těžšími psychickými problémy je nezbytné vyhledat pomoc psychoterapeutů, psychologů či psychiatrů. (41)

Další stádia centrální mozkové příhody z hlediska rehabilitace (stádium relativní úpravy, chronické stádium) jsou léčena dle závažnosti postižení, buď na jiném nemocničním oddělení jako jsou: oddělení následné péče či oddělení akutní rehabilitace, kam je pacient z neurologického oddělení překládán, nebo v jiném zdravotnickém zařízení podobného typu. Výjimkou není ani propuštění imobilního pacienta do domácího ošetření.

Je vhodné, aby sestra podala rodině i nemocnému dostatek informací o občanských sdruženích, která nabízejí pomoc osobám po CMP. V České republice je poskytována rehabilitační pomoc osobám po CMP. Poskytuje ji dobrovolné občanské sdružení občanů i právnických osob. Úsilím tohoto sdružení, je zkvalitnění péče o osoby po CMP a péče o rizikové skupiny občanů ohrožených vznikem iktu. Dále sdružení poskytuje pomoc i osobám s onemocněním, které má stejné nebo podobné příznaky jako iktus.

Sdružení CMP poskytuje pomoc postiženým osobám a jejich příbuzným formou klubů, rekondičních pobytů, komunitních center, pořádáním odborných přednášek, kulturních, vzdělávacích, výukových a společenských akcí. Sdružení vydává i různé publikace a zprávy, jež se týkají onemocnění CMP. Také provozuje sociální, zdravotní, právní a ekonomické poradny, obhájí oprávněné zájmy osob po CMP a účastní se na přípravě právních směrnic a připomínkovém řízení k navrhovaným právním nařízením.

Kluby pracují v různých regionech (Brandýs nad Labem, Brno, Havlíčkův Brod, Liberec, Orlová, Praha 5, Poděbrady, Teplice) a zaměřují se především na sociální rehabilitaci, kde osobám postižených iktem dodává podporu a vědomí, že nejsou sami. Klub zajišťuje poradenskou činnost, vzdělávací a volnočasové aktivity, socioterapeutické činnosti, například nácvik jemné motoriky, arteterapii, trénink paměti a koncentrace, fyzioterapii.

Rekondiční pobyty mají pozitivní vliv aktivizaci osob po CMP. Vedou účastníky k dosažení zlepšení fyzické a psychické kondice a snaží se zmírnit nebo zcela odstranit nepříznivý vliv onemocnění. Zdravotní tým se skládá z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů a psychologa. Nemocný má zde šanci se seznámit s jinými, stejně postiženými lidmi. Pro účastníky těchto pobytů má nesmírnou cenu výměna informací, zkušeností a dalších svépomocných aktivit.

Společnost Ictus o.p.s. také pomáhá osobám s následky po CMP při návratu do jejich každodenního života. Rodina nemocného, nebo sám pacient může kontaktovat společnost Ictus o.p.s. Společnost pak rodinu nebo nemocného vyhledá a snaží se jim vysvětlit, že jejich situace není tak beznadějná jak vypadá. Společnost vytvořila slovník pro afatiky i desatero pro osoby postižené iktem (viz. Příloha 8, 9). (42)

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat úroveň spolupráce sester a rodiny u pacientů hospitalizovaných na neurologickém oddělení.

Cíl 2: Zmapovat postoj rodiny ke spolupráci se sestrou na neurologickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jakým způsobem probíhá spolupráce sester a rodiny u pacientů hospitalizovaných na neurologickém oddělení?

VO2: Jaký je postoj rodiny ke spolupráci ze strany sester?

3 METODIKA

3.1 Metodika kvalitativního výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Využitou metodou pro průzkum byl polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření probíhalo v období duben až červen roku 2012.

Rozhovory s respondenty obou skupin byly zpracovány, přepsány a následně kategorizovány. Na základě kategorizace byly vytvořeny hlavní kategorie, které jsou pro lepší přehlednost znázorněny ve schématech. Rozhovorům s respondenty předcházelo povolení od hlavní sestry Nemocnice Písek a.s.a od vrchní sestry Neurologického oddělení. Po obdržení písemného souhlasu obou jmenovaných bylo zahájeno výzkumné šetření. Výběr respondentů byl zcela individuální, avšak členěn do dvou skupin. Po vysvětlení všech důvodů požadovaného rozhovoru a ujištění o maximální anonymitě, byl sestaven sesterský a příbuzenský výzkumný soubor respondentů.

Délka každého rozhovoru se pohybovala přibližně kolem 60-ti minut. Dialog byl veden podle předem připravených otázek. Prostředí pro možnost konverzace s respondenty bylo zajištěno využitím šatny sester. Pro usnadnění následné práce vedoucího rozhovorů bylo využito nahrávacího zařízení, vždy po vzájemné domluvě s respondentem. Rozhovory s respondenty obou skupin byly zpracovány do kasuistik a shrnuty.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl členěn na dvě skupiny. První skupina respondentů byla tvořena 5-i sestrami ve věku 26 - 35 let. Z dotazovaných dvě sestry dosáhly vysokoškolského vzdělání, další dvě respondentky teprve vysokou školu studovaly a zbývající sestra měla ukončenou střední zdravotnickou školu. Pomaturitní specializaci ARIP ukončila prozatím jediná z respondentek. Dvě dotazované pracují na JIP a zbývající 3 na standardním oddělení. Délka jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje v rozmezí 2 až 11 let.

Druhou skupinou souboru byli příbuzní, jejich věk se pohyboval v kategoriích od 31 do 82 let. Soubor respondentů byl tvořen 41- letou dcerou, 38- letou vnučkou, 31 letou manželkou, 82- letým druhem a 47- letým synem. Četnost návštěv byla u všech rodinných příslušníků na dobré úrovni, kde 4 z 5 -i dotazovaných své blízké navštěvovali denně.

4 VÝSLEDKY

4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů - sestry

Respondenti	Věk	Délka praxe na neurologickém oddělení	Dosažené vzdělání
Sestra (S1)	29 let	6 let	středoškolské, ARIP, zahájeno bakalářské studium
Sestra (S2)	30 let	4 roky	středoškolské
Sestra (S3)	31 let	11 let	středoškolské, zahájeno bakalářské studium
Sestra (S4)	26 let	2 roky	vysokoškolské
Sestra (S5)	35 let	3 roky	vysokoškolské

Výzkumný soubor byl členěn na dvě skupiny. První skupina respondentů byla tvořena 5-i sestrami ve věku 26 - 35 let. Identifikačními kritérii byl věk, délka praxe na neurologickém oddělení a nejvyšší dosažené vzdělání v oboru. Z dotazovaných dvě sestry dosáhly vysokoškolského vzdělání, další dvě sestry teprve vysokou školu studovaly a

zbývající sestra měla ukončenou střední zdravotnickou školu. Pomaturitní specializaci ARIP ukončila prozatím jediná ze všech. Dvě dotazované pracují na JIP a zbývající 3 na standardním oddělení. Délka jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje v rozmezí 2 a 11 lety.

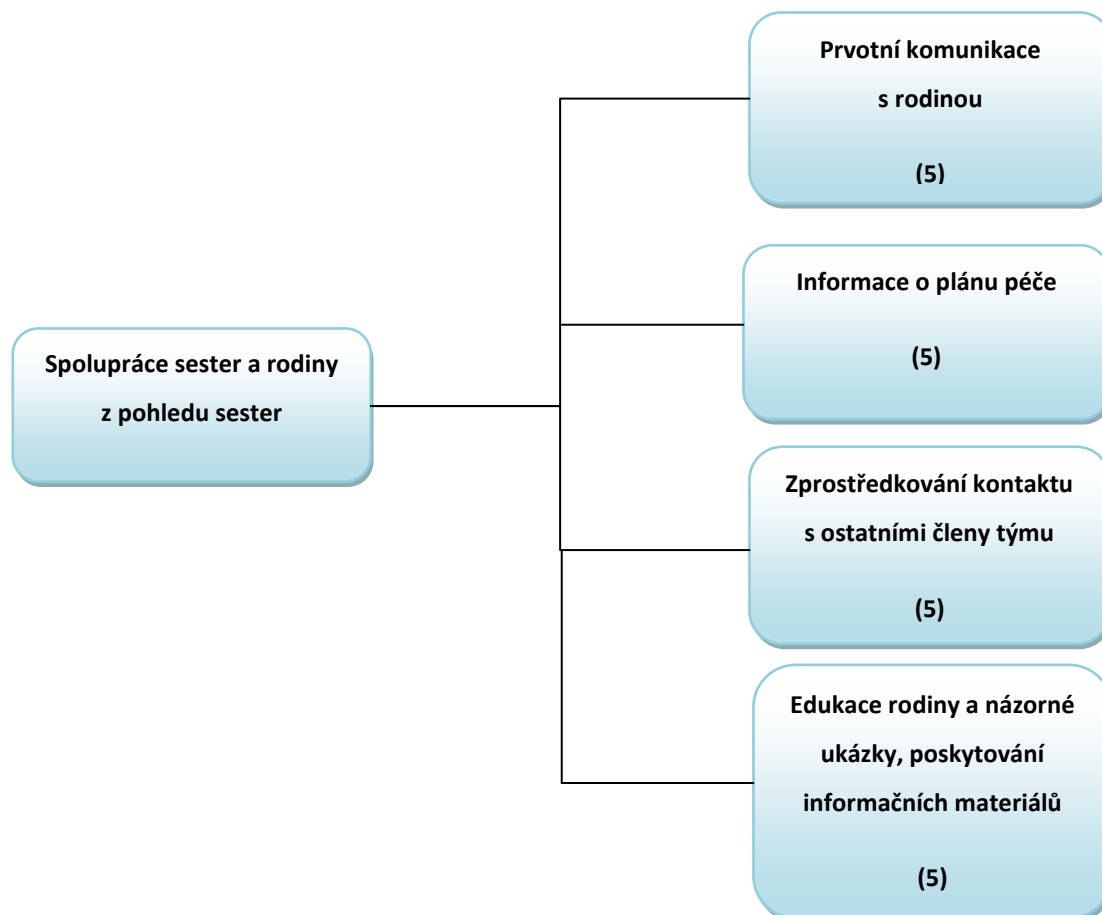
4.2 Kategorizace získaných dat od sester

Tabulka 2 – seznam kategorií a podkategorií (sestry)

Kategorie	Podkategorie
1) Spolupráce sester a rodiny z pohledu sester	Prvotní komunikace s rodinou
	Informace o plánu péče
	Zprostředkování kontaktu s ostatními členy týmu
	Edukace rodiny a názorné ukázky, poskytování edukačních materiálů
2) Nejčastěji poskytované informace sestrou	Kompenzační pomůcky
	Rehabilitace
	Výživa a stravování
	Logopedie
3) Překážky v poskytování péče ze strany rodiny	Psychický stav a zvládnání emocí
	Zájem rodiny o spolupráci, důvody nezájmu o spolupráci, oblasti ve kterých se rodina nejméně angažuje

4.3 Kategorie spolupráce sester a rodiny z pohledu sester

Schéma 1 – Kategorie – Spolupráce sester a rodiny z pohledu sester



Kategorie „*Spolupráce sester a rodiny z pohledu sester*“ obsahuje pět oblastí, které byly nejčastěji zastoupeny v odpovědích sester. Je zde posuzována oblast týkající se prvotní komunikace s rodinou, informace o plánu péče, zprostředkování kontaktu s ostatními členy týmu, edukace rodiny s názornými ukázkami a poskytování informačních materiálů. U jmenovaných oblastí jsou uváděna čísla, jež znamenají počet sester, které tuto problematiku ve svých odpovědích zmiňují.

4.3.1 Podkategorie prvotní komunikace s rodinou

Z této podkategorie je patrné, že se o prvotní komunikaci s rodinou zmiňují ve svých rozhovorech všechny oslovené sestry. Jednoznačně se shodují v tom, že informace, které rodinní příslušníci vyžadují jako prvotní, jsou informace o zdravotním stavu jejich blízkého. „V samém počátku požadují příbuzní co nejpřesnější informace o průběhu a prognóze nemoci svého blízkého. Zprostředkování kontaktu s lékařem je pro nás sestry zcela samozřejmé a pochopitelné.“ (S1). Stejného názoru je i sestra 2: „Téměř každý první kontakt nás sester s rodinou probíhá v zásadě stejným způsobem. Na příbuzných je často patrna bezmoc a strach o své drahé. Snažíme se proto my samy nelehkou situaci řešit co možná nejrychlejším kontaktováním sloužícího lékaře, který následně sdělí příbuzným požadované informace.“ „První otázka, kterou rodina téměř pokaždé položí, je téma zdravotního stavu jejich blízkého a zjištění výsledků vyšetření, které absolvoval. Na tuto otázku bohužel odpovědět nesmím. Nemám k tomu kompetence, proto je pošlu za lékařem, který jejich příbuzného k hospitalizaci přijal.“ (S3). Sestra 4 mimo jiné přiznává, že někteří vyžadují informace, jakým způsobem jsou zajištěny základní fyziologické potřeby u jejich blízkého: „První, co od příbuzných slyším skoro pokaždé, jsou dotazy na aktuální zdravotní stav jejich blízkého, na plánovaná vyšetření nebo jakým způsobem jsou uspokojeny jeho základní fyziologické potřeby, hygiena, výživa, vyprazdňování a další. Při osobní návštěvě rodinných příslušníků převážně vyhledává příbuzný sestru, eventuálně sestra vyhledává rodinu sama pro upřesnění některých informací, týkajících se stavu pacienta.“ Stejně odpověděla i sestra 5, která jediná z dotazovaných upozorňuje i na nutnost dodržování zásad při poskytování informací: „Rodina často vyžaduje informace o zdravotním stavu od prvního zdravotníka, se kterým se setká. Ovšem ani lékař nemůže každému z příbuzných informace podat. Při příjmu nového pacienta zjišťujeme, kdo z jeho příbuzných či blízkých smí být informován o jeho aktuálním stavu. Samozřejmě hovořím o pacientech, kteří jsou tohoto rozhodnutí schopni“.

4.3.2 Podkategorie informace o plánu péče

Další podkategorie odhaluje důležitost informování rodinných příslušníků o plánu péče, na kterém se mohou určitým způsobem oni sami podílet. K této tématice se vyjadřovaly všechny oslovené sestry. Některé sestry se domnívají, že vhodně zvoleným postupem a informovaností lze docílit pozitivního přístupu ze strany rodiny. „*Troufám si říci, že jak se rodina zapojí, do samotné péče o svého blízkého je jistým obrazem toho, jaké panují v rodině vztahy. Snažím se, aby například blízcí pacienta pochopili, v počátečním stádiu nemoci je dodržování klidu na lůžku pro něho prioritou. V souvislosti s dalším vývojem jeho zdravotního stavu můžeme rodinu následně začleňovat do ošetrovatelského procesu.*“ (S1). Téměř identický názor uvádí v rozhovoru také sestra 2: „*Pokud je jen trochu možné, usilujeme o to, abychom si již od prvních dnů pobytu stanovili, dle aktuálního zdravotního stavu, plán péče spolu s nemocným a jeho rodinou.*“ „*Dle mého názoru a zkušeností vím, že každý pacient vzhledem k postižení a schopnostem omezeného pohybu, potřebuje zcela individuální péči. Spolupracující rodina je pro zotavení pacienta velmi důležitým článkem v péči o něho. Svědomitost, pozornost, úsilí a nadšení některých příbuzných je pro nás sestry v některých případech plánované péče přímo ukázkové.*“ (S3). Sestra 4 a 5 ve svých rozhovorech více konkretizovaly informace, jež poskytují rodinám ohledně plánu péče. „*Většinu rodinných příslušníků poučuji, pokud to neudělal již někdo z mých kolegů dříve, o tom, že jejich příbuzný, hospitalizovaný na JIP, má určitý režim, na který rodina není zvyklá. Jedná se o specifika ohledně potřeby monitorování fyziologických funkcí, výživy, cvičení, vyprazdňování a vyjadřování. Sami příbuzní často projevují snahu se na této péči podílet a mít tak možnost sledovat vývoj zdravotního i psychického stavu svého nejbližšího.*“ (S4). Sestra 5 ve svém rozhovoru zdůrazňuje nezbytnost informovat rodinu mimo jiné i o režimových opatřeních na JIP: „*Režim, který je specifický pro JIP se odlišuje od standardního oddělení mimo jiné i omezenou návštěvní dobou. Plán samotné péče se zcela přizpůsobuje stavu pacienta a je nezbytné, aby se na něm rodina jakýmkoli způsobem také podílela. I minimální pomoc v oblasti výživy, hygienické péče, vyprazdňování, logopedické péče, rehabilitace a podpory psychického stavu je ze strany rodiny pacientem velmi citlivě chápána*“.

4.3.3 Podkategorie zprostředkování kontaktu s ostatními členy týmu

Z této podkategorie vyplývá, jaké nejčastější kontakty sestra zprostředkovává rodině s ostatními členy týmu, kteří se podílejí na samotné péči o jejich blízkého. Na dané téma poskytlo odpověď všech 5 sester. „*Snahou sester je co nejdříve zajistit péči fyzioterapeuta, ergoterapeuta a logopeda. Pokud příbuzní projeví zájem, zprostředkují jim i osobní kontakt těchto specialistů přímo u lůžka pacienta. Oni pak sami přijatelným způsobem edukují jednotlivé členy rodiny o zásadách správně prováděné komunikaci i o šetrné a účinné rehabilitaci.*“ (S1). „*Já osobně nejčastěji zajišťuji kontakt rodiny s ošetřující lékařem nebo lékařkou. Jestliže má rodina zájem, je možné domluvit individuální schůzku s fyzioterapeutem a požádat ho například o názornou ukázkou, jak má s pacientem cvičit i za jeho nepřítomnosti.*“ (S2). „*Snažím se příbuzné motivovat ke vzájemné spolupráci i s ostatními členy týmu. Klinický logoped často spolupracuje s rodinou formou konzultací a rozhovorů. Nabádá pak příbuzné, aby v komunikaci se svým příbuzným správně artikulovali, hledali možné alternativní prostředky komunikace, aby tak byly zajištěny a udrženy základní potřeby pacienta.*“ (S3). Stejně jako sestra 2 i sestra 4 ve svých odpovědích přiznává, že nejčastěji zajišťuje kontakt rodiny s lékařem: „*Pominu-li, že nejčastěji si rodinní příslušníci přejí domluvit osobní setkání s lékařem, stává se pro mne osobně důležité, abych rodinu mohla seznámit s množstvím specialistů, kteří se podílejí na procesu uzdravování jejich člena rodiny. Logoped, dietní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, to jsou lidé, kteří se podílejí spolu s námi na zvládnání každodenního života pacienta, postiženého cévní mozkovou příhodou.*“ Pouze sestra 5 považuje za důležité kontaktovat rodinu také se sociálním pracovníkem. „*Já osobně zastávám názor, že poskytnout a zároveň i zprostředkovat kontakt na ostatní členy ošetřujícího personálu je i pro pacienta motivující. Důležité je klást důraz na oblast psychickou, ale i sociální. U některých pacientů je nezbytné, aby se do péče společně s rodinou zapojil také psychoterapeut. Právě on sám nejlépe rozpozná, zda porucha chování, která se často u pacientů objevuje, se vyvinula následkem onemocnění. Pomoc rodina určitě oceňuje i v oblasti kontaktování sociálního pracovníka. V jeho kompetencích je pomoci rodině i pacientovi zvládat sociální důsledky nemoci. Myslím tím hlavně následné*

přeložení do jiných zařízení (oddělení následné péče, oddělení akutní rehabilitace, domovy důchodců a jiné), zajištění kontaktů na asistenční služby nebo agentury, zvládnání změn v zaměstnání, starost o domácnost i využití volného času.“

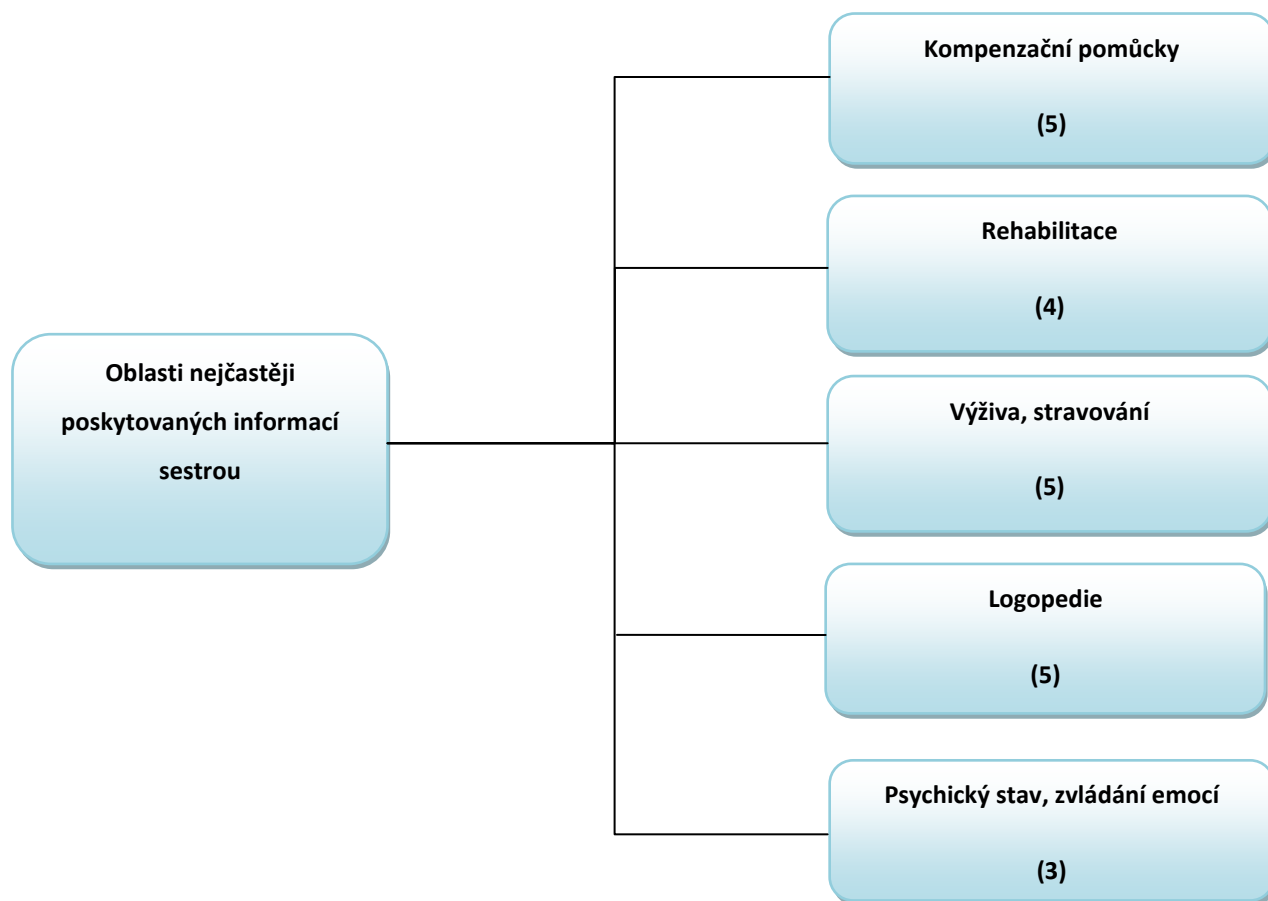
4.3.4 Podkategorie edukace rodiny a názorné ukázky

Tato podkategorie popisuje nejčastější oblasti, ve kterých sestry rodinu edukují a způsoby, jakým je edukace prováděna. Všechny sestry shodně v rozhovorech uvádějí, že edukace spolu s názornými ukázkami je přínosná a nepostradatelná. *„V oblasti stravování šetrně rodinu seznamuji s tím, že v důsledku samotné nemoci může dojít k poruše polykání, a proto musí vědět, jakým způsobem a v jaké formě je u pacienta zajišťována výživa a podávány tekutiny. V oblasti polohování je příbuzným vysvětlována nejenom nutnost instalace zábran na okrajích lůžka, ale i vhodná manipulace s ochrnutým příbuzným. Toto si následně personál je schopen ověřit během dalších návštěv.“* (S1). Dle vyjádření sestry 2 je zapotřebí, aby edukace rodiny byla co nejobsáhlejší a příbuzní se tak naučili rozpoznávat, co je vhodné a nevhodné v ošetrovatelské péči o jejich blízkého: *„Každá z nás by si měla uvědomit, že musíme rodině poskytnout informace nejenom v oblasti zaměřené na výživu, na nácvik zvládnání technik při polohování, na logopedickou péči, ale také na oblasti osobní hygieny a vyprazdňování. Samozřejmě toto vše by nemělo smysl bez nezbytné zpětné vazby.“* (S2). Sestra 3 v rozhovoru uvádí, že nejčastěji poskytuje informace v oblasti logopedické péče: *„Společně s logopedickým pracovníkem edukuji příbuzné o nutnosti komunikovat s pacientem pomalejším tempem. Nabízím možnost využití ukázky psané formy komunikace nebo čtení časopisů a knih.“* (S3). *„Nezřídka se setkávám ze strany rodiny s obavami, zda mohou svého příbuzného nakrmit beze strachu, že by mu nějakým způsobem ublížili. Snažím se často rodině vysvětlit, že jejich obavy jsou zbytečné, pokud se budou řídit mými radami, krmit své blízké pomalu, bez spěchu a strava bude přiměřená k aktuálnímu stavu pacienta. Při problémech pacienta s vyprazdňováním edukuji rodinu o tom, z jakých důvodů má jejich blízký zaveden permanentní katetr.“* (S4). Stejně jako sestra 3 i sestra 5 v rozhovoru přiznává, že poskytuje často informace rodině formou názorných ukázek: *„Způsobů, jak řádně informovat rodinu, je mnoho. Já sama preferuji praktické ukázky,*

zvláště v oblastech polohování v lůžku, přesunu z lůžka na toaletní židli, usazování do křesla a podobně.“ (S5). V rozhovorech mimo jiné sestry nastiňují problém, jak malý počet ošetřujícího personálu považuje za důležité poskytnout rodinám vhodný informační materiál v rámci edukace. Sestra 1, 2 a 4 se k danému tématu vůbec nevyjádřila. *„Způsobů, jak řádně informovat rodinu, je mnoho. Může být poučována pomocí letáčků, brožur, různých internetových odkazů a spoustou jiných pomůcek. Podle mého názoru i veřejné sdělovací prostředky by mohly a měly v oblasti všeobecného povědomí hrát důležitou roli.*“ (S3). Sestra 5 v rozhovoru uvádí, že na oddělení chybí dostatečné množství informačního materiálu propagujícího péči po mozkové příhodě: *„Věřím, že informační materiál ve formě bulletinů, videokazet, knih a podobně by pomohl rodině například v kontaktu na různá sociální zařízení, na podpůrné skupiny či kluby. Jsem přesvědčena, že tato forma osvěty by pomohla také zlepšit podvědomí o této závažné a invalidizující nemoci.*“

4.4 Kategorie oblastí poskytovaných informací sestrou

Schéma 2 – Kategorie - Nejčastěji poskytované informace sestrou



Kategorie „*Oblasti nejčastěji poskytovaných informací sestrou*“ obsahuje pět oblastí, které se nejčastěji objevovaly v odpovědích sester. Je zde znázorněna oblast, týkající se používání kompenzačních pomůcek, rehabilitace pacienta, problematiky výživy, stravování, logopedie a zvládání změny psychického stavu. U jednotlivých oblastí jsou uvedena čísla, která znázorňují počet sester, které ve svých odpovědích zmínily odpověď spadající do určité oblasti.

4.4.1 Podkategorie kompenzační pomůcky

Z jmenované podkategorie je zřejmé, o jakých kompenzačních pomůckách poskytují sestry nejčastěji informace rodinám. Všechny shodně vyjmenovávají jednotlivé a nejčastěji používané pomůcky. *„Ze své praxe mohu potvrdit, že nejčastěji poskytují rodinám informace o důležitosti včasného zajištění kompenzačních pomůcek, které usnadňují samotnou péči o jejich blízkého. Za nejdůležitější považují chodítka, zábrany, toaletní židle, hrazdičku, zdravotní pantofle a u některých pacientů nutnost používání ortéz.“* (S1). *„Důležité je správné použití kompenzačních pomůcek, jakými jsou francouzské hole, berle, umístění toaletní židle vedle lůžka pro bezpečný přesun pacienta samozřejmě instalace jedné či obou zábran k lůžku pacienta.“* (S2). *„Takto postižení pacienti by měli mít k dispozici nepřeborné množství kompenzačních pomůcek, například toaletní židle, hrazdy, madla, zábrany, chodítka či francouzské hole.“* (S3). Sestra 4 upozorňuje na fakt, že: *„Rodina často nechápe nutnost používání zábran u lůžka pacienta nebo pití z kojenecké lahve, které považují za jakýsi způsob degradace příbuzného. Je zapotřebí citlivě vysvětlit rodině důvod nezbytnosti těchto pomůcek.“* *„překonání prvotního šoku příbuzní vyžadují podání informací, které se týkají ulehčení těžké situace jim blízkého člověka, proto s nimi diskutují potřebnost využití kompenzačních pomůcek, kterými jsou opory, madla, chodítka, invalidní vozíky, hole, zábrany, žebříčky do lůžka či sedačky do vany.“* (S5).

4.4.2 Podkategorie rehabilitace

Uvedená podkategorie se věnuje oblasti rehabilitace. Z daného schématu vyplývá, že čtyři sestry ve svých rozhovorech uvádějí jako nezbytné informovat rodinné příslušníky o probíhající rehabilitaci. Pro dvě sestry je prvořadě zmínit význam včasné rehabilitace: *„Zahájení včasné rehabilitace je v tuto chvíli pro pacienta to nejdůležitější.“* (S1). *„Poskytování brzké rehabilitace pod dohledem zkušeného fyzioterapeuta a ergoterapeuta má nesmírný význam pro zlepšení hybnosti. Každá z nás by si měla uvědomit, že obnovení soběstačnosti pacienta nebo minimalizování závislosti postižené osoby na druhých je prioritou celého rehabilitačního programu.“* (S4). Z vyjádření sestry 5 je zřejmé, že by měla být rehabilitace zahájena co nejdříve, jakmile to umožní stav pacienta: *„Včasná*

rehabilitace začíná již na iktové jednotce a je obzvláště prospěšná.“ (S5). Dále sestry v rozhovorech uvádějí: *„Důležitá je i plánovaná následná rehabilitace, která je indikována dle aktuálního stavu pacienta. Musíme mít stále napaměti, že zlepšování stavu je proces pomalý a pozvolný.*“ (S1). *„Rehabilitaci v lůžku v akutní fázi nemoci provádí rehabilitační pracovník dvakrát denně.*“ (S4). *„U pacientů je prováděna odborná rehabilitace za použití prověřených rehabilitačních metod a technik.*“ (S2).

4.4.3 Podkategorie výživa a stravování

Další citovaná podkategorie znázorňuje problematiku výživy a stravování. Všechny oslovené sestry ve svých rozhovorech uvádějí především řešení otázky schopnosti příjmu potravy. *„Příbuzným vysvětluji, k čemu slouží dočasné zavedení nasogastrické sondy.*“ (S1). *„Jistým řešením při nezvládnání příjmu stravy ústy je zavedení žaludeční sondy a zajištění tak adekvátní výživy touto cestou.*“ (S2). *„Vzhledem k poruše polykání, způsobené ochrnutím je zapotřebí příbuzným vysvětlit riziko možné aspirace a případné řešení podávání stravy nasogastrickou sondou nebo provedenou perkutánní endoskopickou gastroscopií.*“ (S3). *„Úprava konzistence stravy je v některých případech zcela nezbytná. Polykací potíže jsou u pacientů po prodělané mozkové příhodě velmi rizikovým faktorem, jenž může ovlivnit další prognózu samotné nemoci.*“ (S4). *„U pacientů s poruchou vědomí příbuzným podrobně vysvětluji funkci nasogastrické sondy nebo eventuální zavedení takzvané perkutánní endoskopické gastroscopie.*“ (S5). Sestra 1 v rozhovoru uvedla: *„Pokud je u pacienta nově zjištěn diabetes mellitus, upozorňuji příbuzné na nutnost dodržování diabetické diety, která zajišťuje kontrolovaný přísun sacharidů.*“ Sestra 4 kladla důraz také na příjem tekutin: *„Jestliže sledujeme u pacienta bilanci tekutin, příbuzné požádám, aby mi při ukončení návštěvy sdělili, jaké množství tekutin v jejich přítomnosti pacient vypil.*“

4.4.4 Podkategorie logopedie

Z této podkategorie je patrné, jak důležitou oblastí v rámci edukace, se stává právě oblast logopedie. O poruše vyjadřování se v rozhovorech zmiňují všechny dotazované sestry. Dvě sestry shodně uvádějí význam nácviku kvalitního řečového projevu pacienta. *„Vhodně zvolený nácvik a správná technika mluvy napomáhají k lepším vyjadřovacím schopnostem.“* (S1). *„Přítomnost logopeda u lůžka pacienta je od prvopočátku velmi důležitá, stejně tak pomoc příbuzných při nácviku dorozumívání.“* (S2). *„Vysvětluji možné použití komunikačních prostředků, jakými jsou například obrázky, použití papíru a tužky či pomalá mluva.“* (S3). *„Mezi formy, kde rodině nabízím možnost zapojení se do péče o svého blízkého, patří pomoc při zvládnání komunikačních bariér za pomoci klinického logopeda. On sám si poté zvolí individuální plán logopedické péče u pacienta.“* (S4). Stejně jako sestra 3 i sestra 5 v rozhovorech považuje jako vhodnou formu řečové terapie používání vymezených materiálů: *„Edukace rodiny probíhá formou názorných ukázek s použitím různých gest, posunků, pomůcek jako jsou obrázky a fotografie příbuzných.“* (S5).

4.4.5 Podkategorie psychický stav a zvládnání emocí

K psychickému stavu a zvládnání emocí, jak je zjevné z této podkategorie, se vyjádřily pouze tři sestry. *„Přítomnost rodiny u lůžka pacienta, časté návštěvy, zájem o zdravotní stav, jsou tou nejsilnější motivací k rychlejšímu uzdravení pacienta a snadnějšímu zvládnání jeho nelehké psychické situace a návratu do domácího prostředí.“* (S1). *„V případě zájmu rodiny se pacient cítí lépe, je pozitivně psychicky naladěný a vnímá zájem o sebe samého. Jakákoli minimální pomoc ze strany rodiny je pacientem velmi citlivě chápána. Role klinického psychologa je využívána u pacientů s depresemi, úzkostmi a při odmítavém postoji k další léčbě.“* (S4). Sestra 5 ve svém rozhovoru nezapomíná zdůraznit nutnost vnímání změn psychického stavu pacienta z pozice ošetrovatelského personálu: *„Ignorování špatného psychického stavu by mohlo mít fatální následky, což je v době vyspělé medicíny zcela nepřijatelné. V dnešní době je péče psychoterapeutů či psychiatrů v našem oboru zcela nezastupitelná. V některých případech já sama doporučuji rodině*

návštěvu oddělení spirituální péče, kdy zkušený kazatel pomáhá pacientům i jeho nejbližším zvládat náročné životní situace.“ (S5).

4.5 Kategorie překážky v poskytované péči ze strany rodiny

Kategorie „*Překážky v poskytované péči ze strany rodiny*“ obsahuje oblast, kterou ve svých rozhovorech sestry uváděly: zájem rodiny o spolupráci, nejčastějších důvody nezájmu o spolupráci, činnosti, ve které se rodina nejméně angažuje.

Odpovědi sester v podkategorii, týkající se zájmu rodiny o spolupráci, obsahovaly ve čtyřech případech spíše kladné poznatky. Pouze jedna z dotazovaných má odpověď i negativního charakteru. „*Ve většině případů se setkávám s kladným přístupem ze strany rodiny. Dle mého názoru je důležité, aby klient věděl, že se na uspokojování jeho primárních potřeb podílí i jeho blízcí a není tak na to všechno sám.*“ (S1). Pozitivně hodnotí zájem rodiny o svého blízkého rovněž sestra 2: „*Je zřejmé, že ve fungující rodině je spolupráce příbuzných s ošetřujícím personálem bezproblémová. Naštěstí počet rodin s pozitivním zájmem o svého nejbližšího převažuje nad těmi, kteří se do péče zapojují jen zcela vyjímečně*“. Snahu o zapojení rodiny do péče oceňuje v rozhovoru také sestra 3: „*Bylo by zcela ideální, kdyby každá rodina měla zájem a snahu spolupracovat a zapojovat se do péče o svého blízkého.*“ „*Dle mého názoru se věc má tak, že čím pozitivnější přístup ze strany rodiny, tím větší bývá motivace k rychlejšímu uzdravení a zvládnutí překážek ze strany pacienta.*“ (S4). Sestra 5 v rozhovoru uvádí, že každá rodina je jiná a má odlišný přístup k péči o svého příbuzného: „*Jak jsem již zmínila, přístup rodiny je individuální a záleží také na vážnosti stavu pacienta. Shledala jsem se také se situacemi, kdy příbuzní cíleně spolupráci odmítali a jevíli nezájem s námi spolupracovat. Domnívali se, že v případě, kdy jejich blízký leží v nemocnici, je povinností personálu se o něho řádně postarat.*“ Odpovědi sester na otázku, co vnímají jako největší úskalí při zapojování rodiny do spolupráce, byly rozličné. Mezi odpověďmi můžeme nalézt důvody, jakými jsou: časová náročnost, narušené rodinné vztahy, stud a ostych, nedostatek finančních prostředků, neznalost techniky ošetřování, strach a značná vzdálenost nemocnice od místa bydliště. „*Jako největší úskalí ve spolupráci s rodinou vidím v nedostatku času, kterým v dnešní*

uspěchané době rodina disponuje. Někdy můžou být důvodem i vážně narušené vztahy v rodině.“ (S1). V rozhovoru sestra 2 uvádí, že velkou roli v zapojení rodiny hraje i stud a ostych: „V případě, kdy například dcera může vidět svého otce obnaženého, může být pro ni až traumatizující a z toho důvodu je spolupráce odmítnuta. Naštěstí výskyt takových situací se objevuje pouze v menším rozsahu.“ Největším úskalím při zapojování rodiny do spolupráce je podle dotazované sestry 3 časová vytíženost rodiny a oprávněné obavy, zda rodina sama bude schopna v budoucnu poskytnout adekvátní péči i v domácím prostředí: „Všimla jsem si, že kolikrát příbuzní ani na návštěvu nedorazí nebo se přijedou podívat za pacientem jen na velmi krátkou dobu. Pracovní vytíženost jednotlivých členů rodiny je zřetelná a proto si ani oni sami nedokáží představit, jakým způsobem budou schopni zajistit svému blízkému další péči po návratu do domácího prostředí.“ Stejně jako sestra 1 přiznává také sestra 4 jako jeden z možných důvodů nezájmu o spolupráci narušené rodinné vztahy: „Problémů, které brání rodině se zapojovat do péče, najdeme nespočet. Pokud jsou v rodině narušené nebo takzvaně nulové vztahy, je jisté, že) spolupráce domáhat nelze. Ale na druhou stranu i v harmonické rodině může být problémem třeba nedostatek času. Troufám si tvrdit, že nezájem může pramenit i z obavy, že vystačit s finančními prostředky, které stát nyní poskytuje v péči o osoby blízké, není snadné.“ „V dnešní době se velmi často setkávám s nezájmem z důvodů obav, že sami blízcí mají strach a nedokáží si představit náročnost ošetrovatelské péče. Spolupráce může být ovlivněna i tím, že iktová centra, kam jsou pacienti přiváženi, jsou na míle vzdálená od místa jejich trvalého bydliště nebo bydliště příbuzných.“ (S5). K otázce ohledně oblastí, ve kterých se dle rozhovorů sester, nejméně rodina angažuje, následovně uváděly. Sestra 2 se k danému tématu nechtěla blíže vyjadřovat. Ze sdělení sestry 1 vyplývá, že nejméně se rodina angažuje v úkonech týkajících se hygieny a vyprazdňování pacienta: „Dle mého názoru přetrvávají v lidech různé předsudky a komplexy, které vůči ošetřujícímu personálu mají. Péči o jejich blízké v oblasti hygieny a vyprazdňování přenechávají zcela na něj. Domnívají se, že si chtějí sestry možná od svých povinností odpočinout, ale opak je pravdou.“ Co se týká nezájmu v zapojení příbuzných do plánu péče o pacienta, nejvíce problematickými oblastmi jsou stejně jako u sestry 1 uváděny sestrou 3 oblasti hygieny a vyprazdňování: „Přebalování,

vylévání exkrementů nebo i omývání jejich blízkého, je pro rodinné příslušníky stresující. Někdy pozoruji na rodině ostych, stud a v některých případech i odpor.“ Shodně k danému tématu vyjadřuje i sestra 4: „Často vidím zábrany v oblasti hygieny, vyprazdňování, ale také při krmení. Opakovaně jsem byla svědkem odmítnutí ze strany rodiny, kvůli obavám z toho, aby pacienta třeba neudusili, aby se mu neudělalo špatně nebo jej horkým jídlem neopařili.“ Sestra 5 v rozhovoru uvádí: „Při zapojování rodiny do vzájemné spolupráce v péči o pacienta, s určitostí lze hovořit o nezájmu po stránce vylučování, manipulace s pacientem nebo provádění osobní hygieny.“

4.6 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 3 – Identifikační údaje respondentů – rodiny

Respondenti (muž,žena)	Věk	Příbuzenský vztah k pacientovi
Žena (R1)	41 let	Dcera
Žena (R2)	38 let	Vnučka
Žena (R3)	31 let	Manželka
Muž (R4)	82 let	Druh
Muž (R5)	47 let	Syn

Druhá skupina výzkumného souboru respondentů byla tvořena 5 příbuznými, v různém příbuzenském poměru k pacientům, ve věkovém rozmezí od 31 let do 82 let.

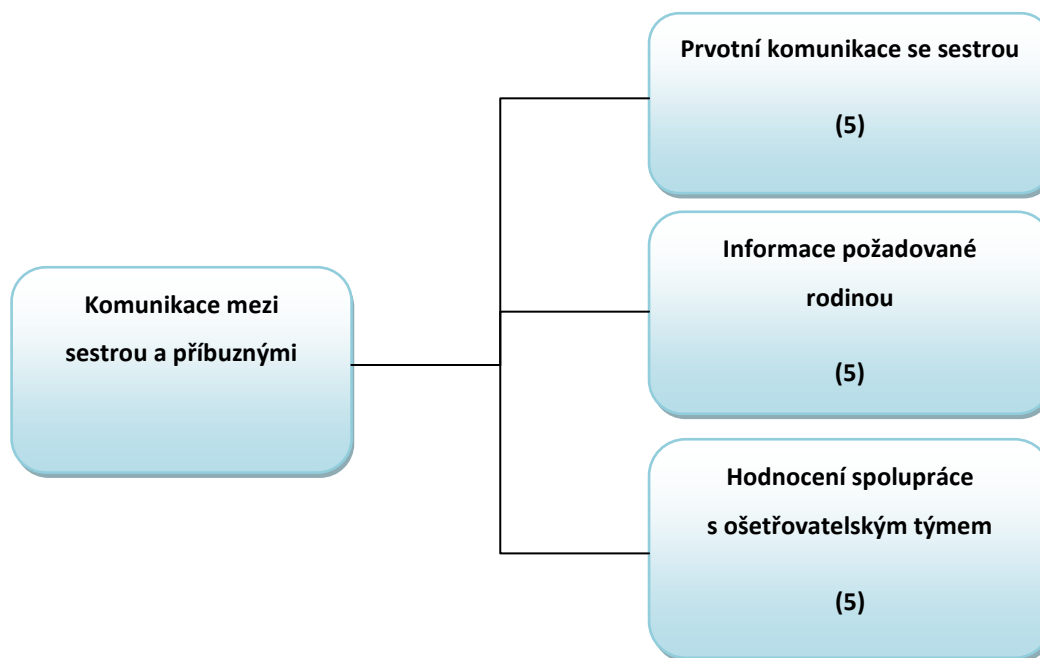
4.7 Kategorizace získaných dat od příbuzných

Tabulka 4 – Seznam kategorií a podkategorií (rodina)

Kategorie	Podkategorie
1) Komunikace mezi sestrou a příbuznými	Prvotní komunikace se sestrou
	Informace požadované rodinou
	Hodnocení spolupráce s ošetrovatelským týmem
2) Spolupráce sester a rodiny z pohledu rodiny	Způsob konzultace péče o příbuzného
	Představa příbuzných o spolupráci se sestrami
	Činnosti, v kterých se rodina podílí na péči

4.8 Kategorie komunikace mezi sestrou a příbuznými

Schéma 4 – Kategorie – Komunikace mezi sestrou a příbuznými



Kategorie „*Komunikace mezi sestrou a příbuznými*“ obsahuje tři oblasti, které nejčastěji rodiny v rozhovorech zmiňovaly. Na prvním místě je zde uváděna prvotní komunikace se sestrou, dále pak oblast informací požadovaných rodinou a hodnocení spolupráce s ošetrovatelským týmem. U vyjmenovaných oblastí jsou uvedena čísla, znázorňující počty rodin, které se daným tématem zabývaly.

4.8.1 Podkategorie prvotní komunikace se sestrou

Z této podkategorie jednoznačně vyplývá, že se o prvotní komunikaci se sestrou ve svých rozhovorech vyjadřují všichni oslovení příbuzní. Zcela shodně zastávají stanovisko, že vstřícný a profesionální přístup ze strany sester při prvním kontaktu s nimi byl povzbuzující. *„Vzhledem k tomu, že maminka prodělala již jednu lehkou mozkovou příhodu před 5 lety, věřila jsem, že se opět setkám s tak skvělou odbornou péčí a profesionalitou jako předtím. Při příchodu mne uvítala mladičká sestra, posadila mne do vestibulu JIP a ihned se začala shánět po ošetřující lékařce, která by mi poskytla informace o mé mamince.“* (R1). Stejnou zkušenost s vlídným přístupem ze strany sester při příchodu na oddělení má také respondentka 2: *„Během první návštěvy jsem oslovila sestru, která v tu chvíli procházela kolem. Pohotově mne informovala o tom, kde babička leží a sama se hned nabídla, že zprostředkuje, aby mi lékař podal informace ke stavu mé babičky.“* *„Přiznávám, že v takovéto situaci jsem se nikdy neocitla. Měla jsem štěstí, že nemoci se mně i mým blízkým vyhýbaly. Vzhledem k tomu jsem proto neměla žádné zkušenosti s nemocničním prostředím ani s ošetřovatelským personálem. Po prvním rozhovoru s lékařem a sestrami jsem se cítila klidnější. Snad trochu opadl i strach z neznámého, když mne sestřičky uklidňovaly, že vše chce čas a notnou dávku trpělivosti.“* (R3). Oslovený respondent 4 v rozhovoru přiznává, že také on, stejně jako tomu bylo u předchozích respondentů, vzpomíná na první setkání se sestrami na oddělení jen v dobrém: *„Jako bývalý pedagog a i s ohledem na svůj vysoký věk dokážu ocenit ohleduplný a empatický přístup, kterého se mi od sestřiček od prvního setkání dostává. Komunikace z jejich strany přinesla pocit důvěry i hodnotné prvotní informace.“* Respondent 5, který je synem hospitalizovaného pacienta v rozhovoru uvádí: *Představu o tomto oddělení, o pacientech, kteří jsou zde hospitalizováni, jsem neměl do této chvíle žádné. Byla ve mně malá dušička, když jsem vcházel na samotný pokoj JIP. Proto jsem byl i vděčný, že první, kdo převzal iniciativu a poskytl mi ty nejzákladnější informace, byla sestřička. Ke komunikaci přistupovala citlivě, šetrně a s ohledem na to, v jakém stavu jsem se právě ocitl.“*

4.8.2 Podkategorie informace požadované rodinou

Odpovědi respondentů v této podkategorii, týkající se informací, které požadují jako rodina, byly velmi podobné. V popředí odpovědí se často objevoval akutní zdravotní stav, plánovaná vyšetření a jejich výsledky, doporučená návštěvní doba, rizikové faktory nemoci, psychický stav, způsoby výživy, možnosti rehabilitace a řešení následné péče. Respondentka 1 uvedla: *„Z důvodů obavy o svou maminku mne samozřejmě nejvíce zajímal její aktuální zdravotní stav a výsledky vyšetření, jenž jí byly ihned po příjezdu na JIP prováděny. Vyčerpávající informace od lékařky o vážnosti situace a upozornění sestřiček, že léčba bude vyžadovat dlouhodobou hospitalizaci a nesmírnou dávkou trpělivosti se staly pro mne v daném momentě nejdůležitější.“* Identicky jako respondentka 1 i respondentka 2 přiznává, že prvořadé pro ni bylo vždy zjistit informace ohledně zdravotního stavu své babičky: *„Kolikrát je obtížné sehnat lékaře, který by mi poskytl potřebné informace. Zvláště v odpoledních hodinách je problém větší, neboť se lékaři účastní rentgenových vizit, vedou své odborné poradny nebo jsou jinak časově vytíženi. Na druhou stranu musím ocenit, jakým způsobem jsem získávala informace od sester. Uvědomuji si, že jsem jen pouhý laik a občas jsem odbornému výkladu ne zcela přesně rozuměla. Přesto se mi nestalo, že by mne některá ze sester odbyla, pokud jsem něco hned nepochopila a nesnažila se mi vysvětlit vše znovu a bez používaného zdravotnického ‘slangu’. Při opakovaných návštěvách mne sestry informovaly například ohledně výživy, spánku i o pokrocích, které moje babička učinila při rehabilitaci. Jako pozitivní oceňuji i fakt, že jsem byla obeznámena i s možností následné péče.“* Respondentka 3 se téměř shoduje s odpověďmi respondentek 1 a 2: *„Byla jsem vděčná za každou radu a zprávu o manželově zdravotním stavu, o prognóze a rizicích do budoucna i možnostech následné péče na oddělení akutní rehabilitace. Nešetkala jsem se s žádnou negativní reakcí v poskytování informací, jak ze strany lékařů, tak ostatních členů zdravotnického personálu, včetně sester. Jsem ráda, že to byly právě ony, které mne informovaly o chodu a provozu na JIP a o návštěvní době, na které se je možné individuálně domluvit.“* I respondent 4 má jasný názor k otázce informací: *„Informace ohledně zdravotního stavu průběžně dostávám, jak od ošetřujícího lékaře, tak od sester samotných. Jsem šťastný, když od sestřiček slyším zprávy, jaké dnes*

moje Anička udělala pokroky při cvičení i jakou má dnes třeba dobrou náladu. Oceňuji i tu zkušenost, že při získávání informací používají běžný, srozumitelný jazyk a upustily od používání odborných výrazů, kterým bych jen těžko rozuměl.“ „, Setkávám se s ochotou lékařů i sester podat mi kompletní a ucelené informace, nejen o aktuálním zdravotním stavu, ale i o výsledcích vyšetření, dalších plánovaných výkonech, o možných rizicích současného zdravotního stavu či o způsobu výživy mého otce. Jsem rád, že mi bylo umožněno získat rovněž bližší informace z oblasti sociální péče, které určitě využiji.“ (R5).

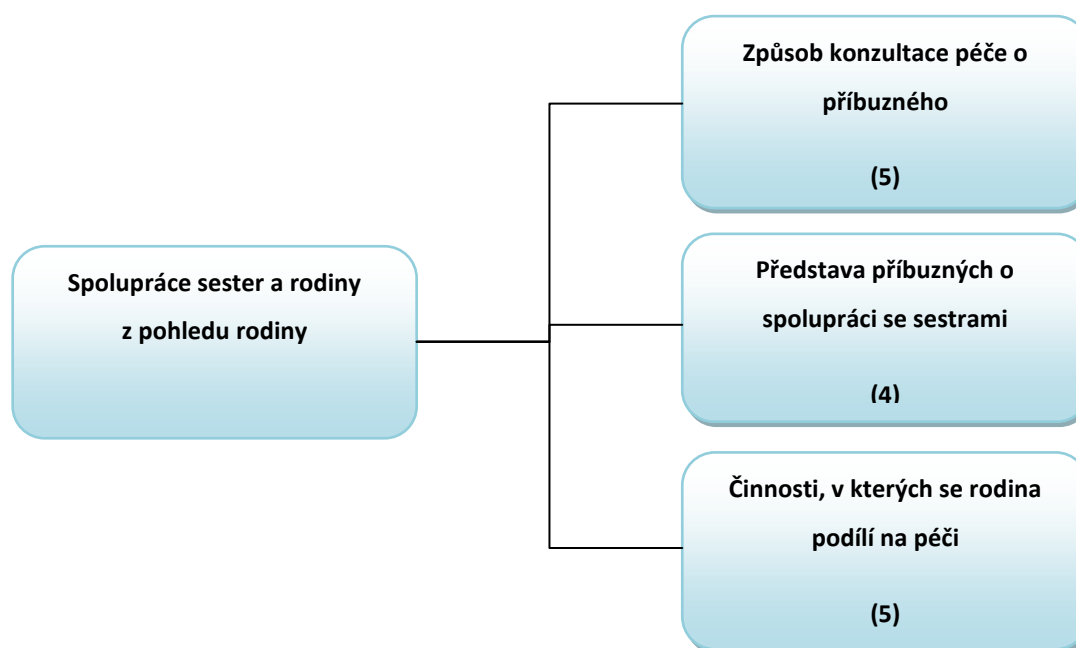
4.8.3 Podkategorie hodnocení spolupráce s ošetřovatelským týmem

Uvedená podkategorie se věnuje oblasti hodnocení spolupráce s ošetřovatelským týmem. Tuto oblast zmiňovali v odpovědích všichni dotazovaní. Nejčastěji se v hodnocení spolupráce objevují slova empatie, ochota, vstřícnost, profesionalita a vlídnost. *„Setkala jsem se s profesionálním přístupem, s taktností a zájmem. Sestry byly vstřícné, ochotné a schopné vysvětlit mi srozumitelným a přijatelným způsobem vše, co jsem jen chtěla vědět.“ (R1).* Také respondentka 2 na otázku odpověděla zcela zřetelně a jasně: *„Sestry na oddělení, kde má příbuzná leží, jsou ochotné. Oceňuji i jejich vlídné odpovědi a rady, jak mám s babičkou komunikovat, mít snahu chválit ji za sebemenší pokrok v léčbě a nadále ji tak tímto způsobem povzbuzovat i po psychické stránce.“* Respondentka 3 uvádí: *„Byla jsem mile překvapena, jaké ochoty, vstřícnosti a ohleduplnosti ze strany sestřiček, se mi dostalo už při prvním setkání. Ke mně samotné, k mému manželovi i k našim obavám přistupují vždy s maximálním pochopením, empatií a vlídností. S prací a přístupem ošetřujícího personálu jsem a doufám, že i nadále budu naprosto spokojená.“ „Vím, že práce sester je nelehká a stresující, ale přesto dovedou na svých tvářích vyloudit úsměv, který nás blízké potěší. Kdyby mi příslušelo, na základě své bývalé profese, hodnotit spolupráci, musel bych klasifikovat známkou jedna. Komunikace, zvláště ze strany sester je vedena ohleduplně, s dostatečným citem a pochopením. Vím, určitě se najdou i takové sestry, které pro tuto práci nejsou, já říkám, stvořeny. Profesionálem se člověk nenarodí, profesionálem ve svém oboru se musí stát. Já naštěstí tuto špatnou zkušenost z tohoto oddělení nemám.“ (R4).* Pozitivně hodnotí spolupráci s ošetřovatelským týmem také

respondent 5: „Od samého počátku hospitalizace mého otce jsem měl snad stovku otázek. Přesto jsem se nesešel s tím, že by sestřička nějakým negativním způsobem na ně reagovala nebo mi odmítala některé dotazy zodpovědět. Setkávám se vždy s tou největší profesionalitou, vstřícností a ochotou podat kompletní a ucelené informace.“

4.9 Kategorie spolupráce sester a rodiny z pohledu rodiny

Schéma 5 – Kategorie – Spolupráce sester a rodiny z pohledu rodiny



Kategorie „*Spolupráce sester a rodiny z pohledu rodiny*“ je definována ve třech oblastech, jenž uváděli respondenti ve svých rozhovorech. Je zde posuzována oblast způsobu konzultace péče o příbuzného, oblast představ příbuzných o spolupráci se sestrami a jako poslední oblast činností, v kterých se rodina podílí na péči. U jednotlivých oblastí jsou uvedena čísla, která znázorňují počet rodin, které ve svých rozhovorech zmínily odpověď spadající do určité oblasti.

4.9.1 Podkategorie způsob konzultace péče o příbuzného

Tato podkategorie popisuje nejčastější zvolené způsoby konzultace péče příbuzného. Nejvíce příbuzných uvádělo, že považují za nejvhodnější znát způsoby péče o svého blízkého v oblasti rehabilitace, logopedie a způsobu příjmu potravy. Přikláněli se ke způsobu provádění názorných ukázek, které by jim pomohly zvládnout správnou techniku jednotlivých úkonů. Pouze jeden z oslovených respondentů podrobněji péči nekonzultoval, vzhledem ke svému vysokému věku. *„Nadcházející dny probíhaly z velké části ve znamení praktických ukázek. Řadím se k typům lidí, kteří chtějí situaci co nejlépe pochopit a chtějí znát způsob, jak nejlépe pomoci v péči o své nejbližší. Sestry mi názorně předvedly, jak šetrně mám manipulovat s maminkou, jakým způsobem a z jaké strany například přistupovat při krmení i jak postupovat při omývání a masáži jejího těla. Byla mi sestrou nabídnuta i osobní konzultace s odborníky z oboru rehabilitace, logopedie a klinické psychologie, těmi, kteří jsou se svým profesním zaměřením nejlepšími konzultanty.“* (R1). Na otázku, týkající se podílu, způsobu či možné konzultace péče o svého blízkého, respondentka 2 uvádí: *„Na tuto otázku mohu otevřeně říci, že mám sama velký zájem o proškolení v oblasti rehabilitace a v maximální míře s babičkou cvičit. Konzultace sestry se mnou a její edukace, týkající se plánu péče o mou příbuznou, probíhala formou názorných ukázek a podrobného vysvětlování. Sestra mi nabídla využít i možnost spolupráce s fyzioterapeutem.“* Stejným způsobem se k tématu vyjadřuje i respondentka 3: *„Není oblast, ve které by se člověk nepostaral o svého blízkého. Tuto větu si říkáme snad všichni, ale pokud nastane kritická situace, jsme bezradní. Dle mého názoru sestry představují první linii v péči o pacienta, jsou prvními kontaktními osobami, takovými spojkami v komunikaci mezi lékařem, pacientem a rodinnými příslušníky. Bez jejich aktivní pomoci by byla CMP pro mne stále velkou neznámou. Péči o manžela jsem většinou konzultovala přímo se sestrou a kdykoli ji mohla požádat i o názornou ukázkou při provádění základních rehabilitačních cviků.“* Na otázku způsobu konzultace péče respondent 4 přiznává: *„Nejsem si jistý, že bych sám byl schopen svou družku například vykoupat nebo bez pomoci jiných přemístit z lůžka na pojízdný vozík a zpět. Nechci, abychom my dva byli zcela závislí*

na péči jiných, ale podle mne není teď jiná možnost. Je mi 82 let, nejsem už žádný velký jura a tělesných sil ubývá. Příznávám, ač nerad, že svou péči o Aničku mohu obrátit, dle rad ostatních, hlavně na pomoc psychickou a duševní.“ Obsáhleji se k dané otázce vyjadřuje respondent 5: *„Oblasti příjmu potravy, rehabilitace, nácvičku mluvních dovedností a prevence proleženin jsou nejčastějšími tématy, která se sestrami konzultuji. Jsem jim vděčný, že jsem se mohl osobně přesvědčit, jakým způsobem denně provádějí koupel mého otce na pojízdné vaně, jak mu z důvodů prevence proleženin provádějí masáž zad a hýždí i to, že lůžko hned opatřily antidekubitární matrací. Po několikadenní instruktáži jsem si mohl sám vyzkoušet i způsob podávání stravy pomocí velké stříkačky do žaludeční sondy. Jsem přesvědčen, že zásluhou těchto zkušeností a praktických dovedností, které jsem získal díky ochotě sester, se budu moci o svého tatínka řádně postarat i v domácím prostředí.“*

4.9.2 Podkategorie představa příbuzných o spolupráci se sestrami

Ze jmenované podkategorie je zřejmé, jakou představu o spolupráci mají jednotliví rodinní příslušníci. *„Představa o spolupráci se sestrami se v zásadě neliší v tom, jak už jsem spolupráci hodnotila předtím. Pokud jsem hned něco nechápala, umožnily mi sestry se znovu zeptat. Chtěla jsem být něčím užitečná a ne jen bezmocně přihlížet, jak všechno dělají samy. Spolupracovat s odborníky, kteří své práci rozumí, dokáží člověka pochopit i pochválit, když něco motivujícího dokážete pro svého příbuzného udělat, to považuji za velkou přednost v jejich profesionalitě.“* (R1). Respondentka 2 se k dané tématice již blíže nevyjadřovala. Odkazuje na část rozhovoru, kde se vyjadřovala k hodnocení samotné spolupráce. *„Má představa o spolupráci rodiny s ošetřujícím personálem a zvláště se sestrami byla v minulosti odlišná. Možná i inspirována seriály ze zdravotnického prostředí, jsem pohlížela na povolání sester jiným pohledem. V seriálech je možné vše, ale nyní už chápu, že prakticky není možné, aby jedna sestra seděla u lůžka a věnovala se péči o mého manžela, jak to často v televizi vidíme. Jak jsem se měla možnost přesvědčit, dvě sestry na JIP mají na starost čtyři pacienty, z nichž někteří jsou na tom po zdravotní stránce mnohem hůře než můj manžel. Nikdy bych nevěřila, že vzájemná spolupráce mezi rodinou a*

personálem přinese takové úspěchy v léčbě. Pro můj osobní pocit spokojenosti, kromě pokroků mého muže, byla i pochvala od sestřiček, že ačkoli nejsem profesionál, zvládám některé úkony téměř bravurně.“ (R3). Představu o spolupráci se sestrami zmiňuje v rozhovoru i respondent 4: „Představy o spolupráci se sestrami může mít každý z příbuzných jiné. To, co jedni dokáží ocenit se u druhých setkává s neúspěchem. Nevzpomínám si na žádné komplikace, které by mi bránily ve spolupráci se sestrami. Já osobně jsem rád, že se mohu alespoň nepatrným způsobem podílet právě na této spolupráci. Jsme na sebe s družkou velmi citově fixováni, a tak udělám cokoli, abych jí svou každodenní přítomností povzbudil a podpořil.“ Respondent 5 zastává názor: „Spolupracovat s rodinnými příslušníky, kteří jsou na rozdíl od sester obyčejní amatéři, je nesmírně těžké i pro ně samotné. Byl jsem vděčný, že mi sestřička například vysvětlila i to, proč má tatínek v nose zavedenou takzvanou sondu, proč má moč svedenu do močového sáčku, proč je nezbytné, abych na svého tatínka pomalu a zřetelně mluvil. Takový způsob spolupráce já sám považuji přímo za ukázkový.“

4.9.3 Podkategorie činnosti, v kterých se rodina podílí na péči

Z této podkategorie je patrné v jakých činnostech se rodina nejčastěji podílí na péči o svého blízkého. Všichni členové rodin ve svých rozhovorech uvádějí především činnosti, jakými jsou: rehabilitace, hygiena, polohování a nácvik některých cvičebních úkonů, způsoby podávání stravy, logopedie a nácvik mluvy, pomoc s vyprazdňováním či psychoterapie. „*Oblast poskytování ošetrovatelské péče zaměřený na hygienu, podávání stravy a co nejlepší zvládnutí komunikačních dovedností se dle mého staly naprostou prioritou. Doufám, že svou přítomností a pomocí v těchto vyjmenovaných činnostech ušetřím i starost o maminku sestrám, které samy mají jistě práce nad hlavu. Když se maminka 4. den dokázala s pomocí dětského hrnečku sama napít, bylo to pro mne motivující a má radost nebyla hraná. Maminka byla vždy velký bojovník, nic předem nevzdávala a tak věřím, že se s naší psychickou pomocí a aktivním zapojením všech zbývajících členů naší rodiny překonáme i toto náročné životní období.“ (R1). „*Jak jsem již uvedla, mé působení na poli akutní péče vidím hlavně v oblasti rehabilitace a nácviku**

některých cvičebních úkonů. V akutním stádiu centrální mozkové příhody se mnou fyzioterapeutka nacvičovala správné polohování a pasivní protahování končetin. Tady se zprvu projevil nedostatek mé zručnosti, zkušenosti a s trochou nadsázky i odvahy.“ (R2). K otázce, v kterých činnostech se chce příbuzná podílet na péči o svého blízkého, uvádí respondentka 3 následovně: „Za sebe mohu říci, že jsem se chtěla nejvíce podílet na rehabilitaci manžela. V rámci spolupráce mi byla nabídnuta schůzka s fyzioterapeutkou, která mi předvedla důležité cviky. Nejprve jsem se bála, abych manželovi neublížila, protože laik to má v této situaci těžké. Byla jsem poučena, že manželovi mohu pomoci při jakýchkoli činnostech, ale to neznamená, že za něho budu vše dělat. Tím je myšlena například pomoc s jídlem nebo oblékáním. Prvořadým cílem, jak jsem pochopila, komplexní péče u pacientů po prodělané CMP je snaha o co největší soběstačnost. Podporovala jsem manžela od začátku hospitalizace i po stránce psychické. Vštěpovala jsem mu, že může vždy počítat s mou podporou, ale i celé rodiny a přátel.“ Respondent 4 v rozhovoru uvedl: „Jak už jsem předeslal, činností, kde se já sám vzhledem k svému vysokému věku mohu v péči o svou družku uplatnit je velmi málo. Fyzické síly ochabují a mne tak nezbyvá jen ta podpora psychická. Anička je človíček, který se nikdy nevzdával a tak jen doufám, že tomu tak bude i nadále a její vnitřní síla, snad i díky mně, jí neopustí.“ Z vyjádření respondenta 5 je zřejmé, že činností, kde se chce podílet na péči o svého otce je mnohem více, než tomu bylo u ostatních oslovených respondentů: „Mám svému tatínkovi co oplácet. Ve 12 letech jsem měl těžkou autonehodu. A byl to právě on, který u mne trávil veškerý čas. Mluvil na mne, doufal, věřil a prosil, ať svůj boj nevzdávám. Proto se dnes snažím i já stejnou péči poskytnout jemu. Jsem rozhodnut svého tatínka co nejvíce motivovat, psychicky podporovat, povzbuzovat, aby neztrácel víru ve své uzdravení. Je před námi velmi dlouhá cesta, ale jsem připraven ji nevzdat. Oceňuji, jakým stylem mi sestry poskytují informace o provádění šetrné rehabilitace, o způsobu podávání stravy žaludeční sondou, o možnostech nalézt spolu s logopedem nejvhodnější formu komunikace, o způsobu, jakým je u tatínka zajišťováno vyprazdňování. Sestry mne samy vybízejí, abych se bez jakýchkoli zábran ptal, co mi není na jednotlivých činnostech srozumitelné. Vzhledem k

tomu, že jsme do budoucna rozhodnutí se o tatínka postarat v domácím prostředí, jsem rád, že mi je umožněno si vše i prakticky vyzkoušet.“

4.10 Kategorie překážky v podílení se na péči o příbuzného

V této kategorii se všichni oslovení respondenti vyjadřují k překážkám, které brání v podílení se na péči o jejich příbuzného. Jednoznačně převažují překážky, jakými jsou: vyprazdňování, intimní hygiena, strach z přístrojové techniky a tělesná indispozice. U jednoho z dotazovaných je uváděna časová vytiženost a vzdálenost nemocničního zařízení od místa trvalého bydliště.

Respondentka 1 se ve svém rozhovoru vyjadřuje následovně: *„Největším úskalím, dle mého názoru, je otázka vyprazdňování a péče o močový katetr. Nejsem žádný odborník, a proto se mi tyto oblasti péče zdají jako hodně intimní.“* Stejného názoru je i respondentka 2: *„Pokud by to bylo možné, ráda bych se prozatím vyhnula oblasti intimní hygieny a vyprazdňování.“* *„Mezi mé osobní slabosti či komplikace, které se objevily během péče o manžela, patřil strach z nainstalovaných monitorů, hadiček a přístrojů. Jakékoli pípání ve mně vzbudilo poplach, že se něco děje. Byla jsem personálem uklidňována, že k alarmu může dojít například při pohybu pacienta, či odlepení elektrod. Ale i přesto při každém zapípání jsem byla okamžitě ve střehu. Často jsem si kladla i otázku, zda bych byla schopna zvládnout polohování v lůžku, pomoc s vyprazdňováním a hygienou. Stav mého manžela nebyl naštěstí tak vážný, abych musela tyto otázky přímo řešit. Velmi bych se snažila být nápomocna, ale pokud mám být upřímná, nezvládla bych zcela určitě péči o osobu blízkou, například při umírání.“* (R3). Respondent 4 v rozhovoru přiznává: *„Plně připouštím, že oblast ošetrovatelské péče, tedy ta část, která je zaměřena na hygienu, výživu, úkony spojené s vyprazdňováním i na konkrétní léčbu je v současném stádiu dostatečně zajištěna zdravotnickým personálem. Uvědomuji si, že já sám bych tuto péči do budoucna, vzhledem k své tělesné indispozici, již nebyl schopen zvládat bez pomoci druhých.“* Jako největší překážku v podílení se na péči o příbuzného vidí respondent 5 v pracovní vytiženosti a velké vzdálenosti zdravotnického zařízení od místa jeho bydliště: *„Největší překážkou se*

pro mne v současnosti stává pracovní zaneprázdněnost a spolu s tím i mnoha kilometrová vzdálenost nemocnice od našeho bydliště. Jsem rád a vážím si toho, že je mi umožněno, se souhlasem primáře oddělení, abych mohl svého otce navštěvovat kdykoli i mimo doporučenou návštěvní dobu a mohl se tak podílet co nejvíce na jeho péči.“

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zaměřovala jednak na problematiku spolupráce mezi sestrami a rodinou na neurologickém oddělení a dále na stanovisko rodiny, jež k této spolupráci zaujímá. K získání informací byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a s rodinami. Rozhovory byly uskutečňovány v měsících duben, květen a červen na jmenovaném oddělení v Nemocnici Písek a.s. K realizaci vytyčeného průzkumu byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem výzkumného šetření bylo rozkrýt úroveň spolupráce mezi těmito subjekty, druhý cíl práce se týkal zmapování postoje rodiny ke spolupráci se sestrou na témže oddělení. Ke splnění cílů byly použity dvě výzkumné otázky, svou podstatou spolu vzájemně souvisejí.

První výzkumná otázka zněla: Jakým způsobem probíhá spolupráce sester a rodiny u pacientů hospitalizovaných na neurologickém oddělení? Název druhé výzkumné otázky byl formulován takto: Jaký je postoj rodiny ke spolupráci ze strany sester? Tematické otázky určené k rozhovorům se sestrami byly směřovány na samotnou spolupráci sester a rodiny, na nejčastěji poskytované informace a na překážky při poskytování péče.

První oblast spolupráce sester a rodiny, byla zaměřena na prvotní komunikaci s rodinou, na informace o plánu péče, na možnost zprostředkování kontaktu s ostatními členy ošetrovatelského týmu a na edukaci rodiny a formy (schéma 1). Z odpovědí jasně vyplynulo, že první kontakt byl častěji navozen přímo příbuznými, ve dvou případech padl názor, že vyhledávání kontaktu může být ze strany sestry a rodiny oboustranné. Ze své zkušenosti se s těmito názory ztotožňuji. Jako logické se proto jeví, že harmonická rodina bude mít aktivní zájem o získání podrobnějších zpráv, týkajících se jejich blízkého. Na tento fakt navazuje i další z otázek, která zjišťovala, jaké nejčastější prvotní informace rodina požadovala. Z výsledků šetření jsme se dozvěděli, že rodinu nejčastěji zajímal aktuální zdravotní stav, průběh a prognóza nemoci. Mimo jiné se příbuzní dotazovali na konkrétní výsledky všech plánovaných a absolvovaných vyšetření a na úroveň plnění základních lidských potřeb.

Spolupráce sester a rodiny se zaměřovala svým charakterem šetření také na okruh poskytování informací o plánu péče o jejich blízké. Sestry shodně uváděly nezbytnost začlenění rodiny do ošetrovatelské péče. Aby spolupráce byla co nejefektivnější, zapotřebí vytvořit individuální ošetrovatelský plán, díky kterému by získaly obě strany výhody znát přesná pravidla a aspekty péče. Tímto argumentem se zabývá i Tóthová, která prezentuje ve své knize výhody správného plánování ošetrovatelské péče: „*Správný plán ošetrovatelské péče usnadňuje komunikaci mezi sestrami - na ošetrování pacienta se podílí více členů ošetrovatelského personálu, na základě uvedených činností můžeme zajistit potřebné pomůcky a plán zabezpečuje plynulý průběh péče.*“ (7, s. 103). Oslovené sestry dokázaly ocenit ve svých rozhovorech aktivní přístup některých rodinných příslušníků do samotného ošetrovatelského procesu. Ať už tím byla myšlena oblast cvičení, komunikace, provádění hygieny či nácviku v příjmu potravy. Svědomitost, úsilí, pozornost a nadšení některých příbuzných bylo podle nich přímo „*ukázkové*“.

Studie odhalila skutečnost, že nejčastěji sestry používaly při edukaci praktické ukázky a vysvětlování, ať již ve zmiňované oblasti rehabilitace, logopedie či poskytování hygienické péče. Pouze dvě sestry by ocenily větší možnost poskytování informací formou knih, letáčků, bulletinů a odkazů na internetové stránky.

Výzkum ve druhé oblasti prokázal, že nejčastěji poskytované informace rodinám byly, dle sdělení sester, směřovány na používání kompenzačních pomůcek, rehabilitaci, způsob a nácvik komunikace, výživu a stravování, na hygienu, vyprazdňování a podle očekávání i na péči o psychický stav nemocného (schéma 2). Jmenované oblasti řadíme mezi základní fyziologické potřeby každého jedince. Během nemoci jsou tyto potřeby narušeny a musejí být v co největší míře zajišťovány. Identické stanovisko se objevuje v knize Šamánkové: „*Fyziologické potřeby, základní a primární, zůstávají po velmi dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného člověka. Zájem o fyziologické potřeby (jídlo, pití) nemocní postupně ztrácejí. Povinnost poskytovatelů veškeré péče spočívá v převzetí role zabezpečení fyziologických potřeb tak, aby nemocný člověk netrpěl nedostatkem např. ve výživě, ve vyprazdňování.*“ (19, s. 36).

V rozhovorech sestry uváděly, že fyzioterapeut a ergoterapeut svými odbornými znalostmi a praktickými zkušenostmi často navazoval, na doporučení sester, kontakty přímo s rodinami pacientů. Projevila-li rodina zájem, jak svému blízkému pomoci z hlediska rehabilitace, fyzioterapeut vše podstatné vysvětlil, předvedl různé druhy kompenzačních pomůcek a prakticky přímo ukázal některé cviky a postupy na pacientovi. Průběh edukace rodiny vždy evidentně záležel na aktuálním zdravotním stavu pacienta a na stádiu mozkové příhody. Tento názor lze rozšířit o fakta, uvedená v Seidlově knize, která jednu z významných léčebných metod – ergoterapii, odborněji popisuje: „*Ergoterapie je obor, který se v posledních letech vyvinul z části rehabilitace, kterou jsme nazývali léčba prací, výchova k soběstačnosti. Jejím hlavním cílem je zjistit potřeby jedince a jeho omezení vzhledem k běžnému životu a snažit se nácvikem a správným výběrem různých kompenzačních pomůcek minimalizovat ve spolupráci s nemocným tyto nedostatky. Jedná se o nácvik oblékání, schopnosti najít se, vykonávat osobní hygienu, o nácvik psaní apod.*“ (2, s. 157). Dle sdělení sester nejčastěji fyzioterapeut či ergoterapeut podával rodině srozumitelné informace, aby je zbytečně nezahlucoval odbornými termíny, neboť v drtivé většině se jednalo o laiky. Z mého osobního pohledu, pramenícího z letité zkušenosti vím, že ne každá rodina bohužel projevuje v této oblasti takový zájem, jako tomu bylo u našich respondentů. Často se stává, že příbuzní se obávají jakékoli manipulace s blízkým, někdy dokonce se ho bojí i dotýkat v domnění, že by mu mohli ublížit. V takovém případě je na ošetřujícím personálu, aby rodině šetrným způsobem vysvětlil, že komunikace, doteky jsou pro postiženého cenným stimulem. A to i ve stádiu změněného stavu vědomí. Stává se také, že příbuzní jen bezmocně stojí u lůžka a po chvíli se slzami v očích odcházejí. Včasný zásah ze strany fyzioterapeuta či nás sester je schopen tento nežádoucí stav eliminovat na minimum. Samozřejmě, ne vždy se to může podařit. Vždy bylo a je zřejmé, že každý úspěch a pokrok při uzdravování je silným motivem pro další aktivity, jak pro postiženého, tak pro jeho blízké.

Studie prokázala i to, že edukace v oblasti komunikace se stala nedílnou a neodmyslitelnou součástí ve spolupráci s rodinou. Klinický logoped, který na oddělení

každodenně docházel, měl možnost často otevřeně hovořit s rodinami, které projevovaly zájem, a poskytnout jim cenné informace pro správnou komunikaci s jejich nejbližšími. Příbuzným byly vysvětleny a názorně ukazovány vhodné komunikační metody a zásady, kterými je se třeba řídit. Tyto zásady podrobněji popisují Mlčochová a Chrástková: „*Zabezpečit primární prostředí, komunikovat tváří v tvář, vysvětlit klientovi, proč nemůže komunikovat, mluvit pomalu a stručně, chybnou řeč nenapodobovat, projevit trpělivost, dokud se klient verbálně neprojeví, vyzvat klienta, aby mluvil klidně...*“ (36, s. 55-56). Osobně mohu potvrdit, že včasný a účinně vedený nácvik logopedie, za asistence rodinných příslušníků, je tou nejlepší motivací k dalšímu příznivějšímu vývoji zdravotního stavu jejich nejbližších.

Sestry se mimo jiné vyjadřovaly k poskytování informací ve vztahu k psychickému stavu nemocného. Pouze tři z dotazovaných sester v rozhovorech připustily, že v této citlivé oblasti je právě zájem ze strany rodiny neodmyslitelný a stimulující. Jestliže docházelo k přímé motivaci ze strany rodiny, sestry jednoznačně potvrzovaly, že léčba probíhala mnohem rychleji, snadněji a účinněji. Samotná přítomnost rodiny u lůžka nemocného ulehčovala jejich příbuznému adaptaci na neznámé prostředí i nemoc samotnou, zajišťovala mu pocit bezpečí a jistoty, které on vlivem nemoci často ztrácí. Tento názor zdůrazňuje ve svém publikovaném článku i Králíčková: „Rodina je odnepaměti nejužším společenstvím, které dodává všem jejím členům pocit životní jistoty, bezpečí a sounáležitosti.“ (33). Psychický stav pacienta má dle mého názoru zcela zásadní vliv na uzdravení. Identický názor uvádí ve své knize i Feigin: „*Členové rodiny by měli zotavujícího se člověka povzbuzovat, dodat mu důvěru v uzdravení a umožnit mu tak stát se nezávislým a aktivním, jak jen to je možné. Pacienti potřebují být ujišťováni, že je rodina pořád chce a potřebuje, že jsou pro ni důležití a zůstávají členy její sociální struktury.*“ (41, s.163). Sestry ze své praxe uváděly jako velmi vhodné začlenění rodiny do ošetřovatelského procesu a psychickou podporu svého příbuzného. Zažila jsem a bohužel i zažívám ze své praxe také případy odlišné, kdy rodina jeví buď zcela minimální, nebo vůbec žádný zájem o svého blízkého. Pak je právě na nás zdravotníků, abychom volili co nejšetrnější způsoby a

metody, které odvrátí jeho apatii, smutek a obavy, že o něho rodina ztratila definitivní zájem. Potvrzuje se mi tímto, že spolupráce funguje pouze tam, kde jsou funkční rodinné vztahy. Přítomnost nemoci člena rodiny může mít vliv i na její sociální existenci. Touto problematikou se zabírá ve své knize Bártlová, kde uvádí: „*V případě, že důsledky nemoci brání některým aktivitám, je možné je „nahrazovat“ aktivitami jinými. Tato „sociální rehabilitace“ se však netýká jen samotného nemocného, ale i jeho bezprostředního sociálního prostředí, které musí být patřičným způsobem ovlivňováno.*“ (25, s. 56).

Třetí oblast byla zaměřena na problémy v poskytování péče ze strany rodiny. Ve svých rozhovorech dotazované připustily, že existují ve spolupráci překážky, které jí znesnadňují (schéma 3). Sestry ze strany rodiny často narážejí na obavy, stud i úzkost z neznámého. Mohu potvrdit ze zkušenosti ve vlastní rodině, že právě obavy příbuzných a strach jsou jedny z největších stresorů. Když jsme tatínka před několika lety po dvouměsíční hospitalizaci převzali do domácí péče se zavedenou nazogastrickou sondou, močovým katetrem a nutností ho pravidelně odsávat z dýchacích cest, byla to právě moje maminka, která se s tak náročnou péčí ve svém vyšším věku musela vyrovnávat ještě několik týdnů poté. Na oddělení se snažila spolupracovat, jak jen to její síly dovolily, ale domácí realita byla nesrovnatelně horší. Z rozhovorů sester mimo jiné vyplývá, že mnohým z rodinných příslušníků brání i časová náročnost, pracovní vytíženost, značná vzdálenost zdravotnického zařízení od místa bydliště a v neposlední řadě i finanční důvody. Dle jejich vyjádření si v této „*hektické době*“ nemohou dovolit například požádat o pracovní volno a věnovat se svému nejbližšímu. Často mám možnost vyslechnout příbuzné, kteří se svěřují se svými pocity a problémy. Sami si neumí do budoucna představit, jakým způsobem se o svého milovaného postarají a jak zkombinují péči o něho se svým pracovním nasazením. Tento problém nastiňuji ve svém uveřejněném článku i Bar a Chmelová: „*Je důležitá úzká spolupráce s rodinou pacienta i řešení úpravy domácího prostředí s cílem maximálně redukovat závislost pacienta.*“ (16, s. 134).

Zpětnou vazbou pomocí přímých dotazů, zda danému problému příbuzní rozuměli, měly sestry možnost zjistit, jak edukaci rodina pochopila a jakým způsobem dokáže

získané informace dále využít. Z výzkumného šetření všech dotazovaných vyplývá, spolupráci s rodinami by v současné době hodnotily kladným způsobem.

Tematické otázky určené k rozhovorům s příbuznými byly členěny rovněž do tří oblastí - na komunikaci mezi sestrou a příbuznými, spolupráci sester a rodiny a na překážky v podílení se na péči. Výzkumnou skupinu tvořili rodinní příslušníci v různém příbuzenském poměru k nemocnému, odlišných věkových kategorií a z rozličných míst Jihočeského kraje.

Studie prokázala, jak důležitý byl aktivní kontakt s rodinou (schéma 4) již při prvním setkání. Byly to ve většině případů právě sestry, které se staly prvními, které rodina osobně kontaktovala. Pouze respondenti 1 a 5 při konverzaci ocenili a byli vděční, že iniciativu při prvním setkání převzala sama sestra. Respondenti shodně uvádějí, že jim bylo následně umožněno setkat se se službu konajícím lékařem, který jim poskytl v rámci svých kompetencí nezbytné informace.

Další otázky, kladené při rozhovoru se týkaly předávání informací zdravotnickým personálem. Jedno z témat rozhovoru bylo věnováno okruhu, nejčastěji poskytovaným informacím od ošetřovatelského týmu. Zde se dotazovaný od oslovených rodinných příslušníků dozvěděl, že mezi nejčastěji diskutované patří informace o aktuálním zdravotním stavu a o provedených či plánovaných vyšetřeních. Velice podobně vidí tuto záležitost i Feigin: „*Rodinní příslušníci by měli dostat strážlivé a jasné informace a pokyny, aby byli co nejdříve schopni být pacientovi oporou a navázat s ošetřovatelským týmem spolupráci nutnou k řešení problémů.*“ (41, s. 163). Respondentka 3 ohodnotila kladně i skutečnost, že byla seznámena se samotným chodem a provozem na JIP a s možností se domluvit na individuální návštěvní době u lůžka svého manžela. Dle mého názoru je naprosto logické, že se rodina v prvé řadě zajímá o to, jaký je aktuální zdravotní stav příbuzného, kterého postihlo toto závažné onemocnění. Možné reakce, každé funkční rodiny, jsou vyvolávány obavami o další budoucnost jejich člena i o její následné fungování. Bártlová sama ve své knize tento problém zmiňuje: „*Onemocnění jedince*

nepostihuje pouze tuto osobu, ale ovlivňuje celou rodinu. Záleží na tom, který člen rodiny onemocní, jak závažné je jeho onemocnění, záleží na délce a trvání nemoci. Záleží i na společenských a kulturních zvycích, kterými se rodina řídí.“ (25, s. 98). Autor rozhovorů získal informace, které uvádějí, že dalšími častými náměty rozhovorů mezi rodinami a sestrami byly mimo jiné oblasti výživy, rehabilitace, logopedie, změny psychického stavu i možných rizik, vyplývajících ze závažnosti situace, v které se jejich blízký nachází.

Jak vyplynulo z výzkumného šetření, příbuzní se při spolupráci setkávali s taktním a ohleduplným chováním ze strany sester. Nejvíce zmiňovanými slovy byla vstřícnost, ochota, empatie, pochopení a profesionalita. Profesionální chování je dle mého názoru jedním z možných předpokladů našeho profesního rozvoje. Odpovědnost k nemocnému, erudovanost i kolegiální přístup mezi všemi zdravotníky je zárukou kvalitně poskytované péče. Bohužel se stává, že profesionální přístup ze strany zdravotnického personálu není vždy ukázkový. Možnost, že ne vždy se můžeme setkat ze strany sester pouze s kladným přístupem, zmínil i respondent 4, který doslovně řekl: *„Vím, určitě se najdou i takové sestry, které pro tuto práci nejsou, jak já říkám, stvořeny. Profesionálem se člověk nenarodí, profesionálem ve svém oboru se musí stát.*“ Z pozice našeho postavení bychom měli proto zvládat jak komunikaci mezi personálem, tak komunikaci s pacienty a jejich rodinami. Každý z nás by si měl uvědomit, že může nastat den, kdy my sami budeme na opačné straně a budeme nuceni hodnotit přístup zdravotníků, jakož to pacienti nebo členové rodin. Snažme se být pro pacienta obrazem pravého profesionála, vnímejme nemocného jako individualitu, spolupracujme a budme schopni i určitých kompromisů. Věřím, že pokud nastavíme pacientovi svou lidskou tvář, bude nám to oplácet stejným způsobem.

Výzkum se zaměřil na spolupráci sester a rodiny z pohledu rodiny (schéma 5), byl směřován na způsoby péče, na představy příbuzných o samotné spolupráci a na činnosti, ve kterých je rodina schopna podílet se na péči. Konzultace sester s příbuznými byly vedeny pokaždé, jakmile to rodinní příslušníci vyžadovali a umožňoval to provoz oddělení. Nejčastěji jmenované okruhy, ve kterých se příbuzní chtěli aktivně a se zájmem podílet, se týkaly oblastí akutní rehabilitace, ojediněle provádění hygienické péče, zvládání

komunikace alternativními způsoby a oblastí výživy a stravování. O uvedená edukační témata měli zájem všichni oslovení respondenti. V jednom případě zaznělo přání podílet se pouze na psychické a duševní vyrovnanosti své družky. Část otázek byla mimo jiné zaměřena na oblasti týkající se zájmu a nezájmu rodiny v rámci spolupráce. Převážná část z příbuzných, se kterými byl veden rozhovor, se nezmínila o žádných podstatných komplikacích, překážkách či problémech v rámci interakce s personálem.

V rámci výzkumu byla položena i otázka: V jakých oblastech by se rodinní příslušníci nechtěli podílet na péči o svého blízkého? Nejvíce uváděnou odpovědí bylo odmítání účasti na péči týkající se narušení osobní intimity a problémy spojené s vyprazdňováním. Stejného výsledného kritéria dosáhla ve svém výzkumu i Králíčková: „*Nejméně ochoty spolupracovat se ukázalo při činnostech souvisejících s vyprazdňováním a hygienou nemocného.*“ (33). Tato tvrzení si dovoluji svým vlastním názorem podpořit. Představa, že bych já sama, v roli laika, spatřila nahotu svého blízkého, například otce, který se ocitl v situaci, při které se nedokáže sám umýt či dojít na toaletu, by pro mne byla nepřírozená a vyvolávala ve mně pocit studu. Avšak vzhledem k tomu, že já sama jsem zdravotník, mám na tuto problematiku zkreslený názor. Jedna z oslovených uvedla, že by se zřekla péče o osobu blízkou například při umírání. Jako méně závažné překážky ve spolupráci se zdravotníky, dva dotazovaní v rozhovoru zmínili především časovou vytíženost personálu, ojedinělé použití odborných výrazů a strach z přístrojové techniky. Se zmíněnými výroky rodinných příslušníků, ať už byly pozitivní či negativní, si dovoluji souhlasit. Jako nejvíce přínosné v péči o nejbližšího, uvedla celá skupina dotazovaných formu názorných ukázek a vysvětlování. Návčik je směřován na provádění základní ošetrovatelské péče a možnost získat manuální dovednosti, které rodina využije následně v domácím prostředí. Můj názor na tuto citovanou oblast, je autentický s tvrzením Mastiliakové, která ve své knize: Úvod do ošetrovatelství II. v kapitole „*Psychoterapeutický proces v péči o člověka*“, uvedla, že nabídnutý vztah, představující komunikaci a vzájemnou interakci klienta a osoby poskytující péči, je klientem přijímán. (34). Domnívám se, že nejvýstižnějším příkladem k této otázce, se kterým si trůfám

souhlasit, byla zkušenost 47letého syna hospitalizovaného klienta na neurologickém oddělení. Ten uváděl: „ Po několikadenní instruktáži jsem si mohl sám vyzkoušet i způsob podávání stravy pomocí velké stříkačky do žaludeční sondy. Jsem přesvědčen, že zásluhou těchto zkušeností a praktických dovedností, které jsem získal díky ochotě sester, se budu moci o svého tatínka řádně postarat i v domácím prostředí.“ Výzkum jednoznačně prokázal, že aktivní spoluúčast rodiny v ošetrovatelském procesu a edukace rodinných příslušníků se pozitivně odráží, jak v přímé péči, tak v samotné psychice příbuzného. Je důležité si uvědomit, že navázáním vzájemné spolupráce s rodinou v průběhu hospitalizace, vytváříme kolem pacienta podpůrné prostředí k uspokojování jeho biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb. Studie prokázala, že tato skupina, náhodně vytipovaných rodinných příslušníků, má zájem na uzdravení svých členů a projevuje snahu zlepšit jim svou přímou péčí kvalitu života. Domnívám se, že sestra svými znalostmi, dovednostmi a empatickým přístupem by měla co nejvíce poskytovat odborné informace z ošetrovatelského hlediska, jež budou následně rodinou využívány v posthospitalizační péči. Pouze fungující rodina, která je ochotna se o pacienta starat a kde citové vazby jednotlivých členů nejsou narušeny, bude schopna plnit podpůrnou a výchovnou roli. V rámci edukace rodinných příslušníků nesmíme zapomínat ani na poskytování dostatečných informací o možnostech sociálních služeb, sociální podpory, domácí péče a o podmínkách, za jakých jim mohou být v péči o blízkého poskytovány.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala otázce spolupráce sester a rodin. Výzkumný soubor byl sestaven ze sester pracujících na neurologickém oddělení Nemocnice Písek a.s.. Druhým zkoumaným souborem byli příbuzní pacientů hospitalizovaných na neurologickém oddělení téže nemocnice. K tomu, aby se výzkumné šetření mohlo uskutečnit, byly stanoveny dva cíle.

První cíl byl zaměřen na „úroveň spolupráce“, jehož plné znění je : Zmapovat úroveň spolupráce sester a rodin pacientů hospitalizovaných na neurologickém oddělení. K jeho realizaci byl použit rozhovor s předem připravenými tématickými otázkami. Výsledky byly zpracovány pomocí dvou výzkumných otázek. První výzkumná otázka zněla: Jakým způsobem probíhá spolupráce sester a rodiny u pacientů hospitalizovaných na neurologickém oddělení? Znění druhé výzkumné otázky bylo : Jaký je postoj rodiny ke spolupráci ze strany sester?

Druhý cíl se zabýval „postojem ke spolupráci“. Celý jeho název byl : Zmapovat postoj rodiny ke spolupráci se sestrou na neurologickém oddělení. I jeho realizace byla uskutečněna pomocí rozhovorů s respondenty a výsledná data zpracována pomocí výzkumných otázek.

Z výzkumného šetření byla získána fakta o úrovni spolupráce personálu a příbuzných v dnešní době. Výsledky odhalily, že vzájemná spolupráce sester a rodinných příslušníků na neurologickém oddělení je na velmi dobré úrovni. Odpovědi respondentů zněly ve většině případů jednoznačně - spolupráce mezi rodinou a sestrou je oboustranně pozitivní a prospěšná.

Výzkum postoje rodiny ke spolupráci se sestrami na neurologickém oddělení přinesl kladné závěry. Dotazovaní příbuzní jevíli veliký zájem o nemocného. Stavěli se k nově vzniklé situaci, kdy je jejich blízký hospitalizován, realisticky. Odmítnutí nabízené spolupráce nenastalo, avšak nejistota a strach z neznámého byl u všech rodinných respondentů zřejmý. Z tohoto důvodu byl vytvořen jednoduchý manuál, ve kterém byly využity závěry výzkumného šetření.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa; RŮŽIČKA, Evžen; TICHÝ, Jiří; et al. Neurologie. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 368 str. ISBN 80-7262-160-2.
2. SEIDL, Z. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 168 str. ISBN 978-80-247-2733-2.
3. AMBLER, Zdeněk. Základy neurologie. 6. vydání Praha: Galén, 2006. 351 str. ISBN 80-7262-433-4.
4. KALINA, Miroslav, et al. Cévní mozková příhoda v medicínské praxi. Praha: Triton, 2008. 231 str. ISBN 978-80-7387-107-9.
5. BEDNAŘÍK, Josef; AMBLER, Zdeněk; RŮŽIČKA, Evžen., a kol. Klinická neurologie: část speciální 1. 1. vydání. Praha: Triton, 2010. 707 str. ISBN 978-80-7387-389-9.
6. KALITA, Zbyněk, et al. Akutní cévní mozkové příhody: Diagnostika, patofyziologie, management. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2006. 623 str. ISBN 80-85912-26-0.
7. TÓTHOVÁ, V., et al. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. 159 str. ISBN 978-80-7387-286-1.
8. PLEVOVÁ, Ilona, et al. Ošetrovatelství 1. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288 str. ISBN 978-80-247-3557-3.
9. SIXTOVÁ, Jitka. Ošetrovatelský proces u pacientky léčené trombolýzou. Diagnóza v ošetrovatelství. 2008, roč. 4. č. 9, str. 11. ISSN 1801-1349.
10. KOLEKTIV AUTORŮ. Sestra a urgentní stavy. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 552 str. ISBN 978-80-247-2548-2.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, dotisk 2010. 352+16 s. ISBN 978-80-247-1830-9
12. PLAČKOVÁ, Romana. Léčba ischemické CMP pomocí trombolýzy. Diagnóza v ošetrovatelství. 2008, roč. 4, č. 1, str. 11. ISSN 1801-1349.

13. SLEZÁKOVÁ, Zuzana, et al. Neurologické ošetrovatelstvo. Martin: Osveta, 2002. 147 str. ISBN 80-8063-106-9.
14. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 264 str. ISBN 80-247-1399-3.
15. VOŠOUSTOVÁ, Petra, ABSOLÓNOVÁ, Dana. Péče o pacientku po CMP - kazuistika. Diagnóza v ošetrovatelství. 2008, roč. č. 6 str. 16. ISSN 1801-1349.
16. BAR, Michal; CHMELOVA, Irina. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. Postgraduální medicína. 2011, roč. 13, č. 2, s. 128-135. ISSN 1212-4184.
17. SMILKOVÁ, Magdaléna, ZÍTKOVÁ, Lenka. Polohování - prevence i léčba. Diagnóza v ošetrovatelství. 2008, roč. 4, č. 3, str. 27-28. ISSN 1801-1349.
18. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 200 str. ISBN 80-247-0592-3.
19. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. Lidské potřeby ve zdraví i nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 str. ISBN 978-80-247-3223-7
20. VYTEJČKOVÁ, Renata, et al. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 1 : obecná část. 1. vydání Praha: Grada, 2011. 232 str. ISBN 978-80-247-3419-4.
21. LEPŠÍKOVÁ, Magdaléna. Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku. Multidisciplinární péče. 2007, roč. 2, č. 1, str. 43-44. ISSN 1801-0199.
22. PFEIFFER, Jan. Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 352 str. ISBN 978-80-247-1135-5.
23. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 128 str. ISBN 978-80-247-2835-3.
24. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232 str. ISBN 978-80-247-2068-5.

25. BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. přeprac. a doplň. vydání. Praha: Grada, 2005. 188 str. ISBN 80-247-1197-4.
26. ZACHAROVÁ, Eva. Sociální komunikace: součást odborné erudice sestry. Zdravotnické noviny. 2009, roč.58 č. 40, str. 28. ISSN 1805-2355.
27. ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. Sestra. 2010, roč. 20, č. 7-8, str. 28-29. ISSN 1210-0404.
28. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
29. PLEVOVÁ, Ilona, et al. Ošetřovatelství 2. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 224 str. ISBN 978-80-247-3558-0.
30. BAUMANOVÁ, Zdenka. Zvládnutí etického chování první krok k úspěchu. Sestra. 2009, roč. 19, č. 7-8, str. 30. ISSN 1210-0404.
31. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. Základy ošetřovatelství. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. str. 353. ISBN 80-246-1091-4.
32. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. Sociologie zdraví, nemoci a rodiny Sociológia zdravia, choroby a rodiny. 1. vydání. Martin: Osveta, 2009. 142 str. ISBN 978-80-8063-306-6.
33. KRÁLÍČKOVÁ, Ivana. Spolupráce rodiny v ošetřovatelském procesu. Florence. 2007, roč. 3, č.11. ISSN 1801-464 X.
34. MASTILIAKOVÁ Dagmar. Úvod do ošetřovatelství 2. díl: Systémový přístup. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 160 str. ISBN 80-246-0428-0.
35. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. Ergoterapie. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. 272 str. ISBN 978-80-7367-583-7.
36. CHRÁSTKOVÁ, Eva, MLČOCHOVÁ, Renata. Komunikační dovednosti sester u klientů po CMP s poruchou řeči. Sestra. 2009, roč. 19, č.7-8, str. 55-56. ISSN 1210-0404.

37. VRBATA, Jaroslav. Komplexní domácí péče o pacienta po CMP. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 4, str. 43-44. ISSN 1210-0404.
38. ZATLOUKALOVÁ, Irena. Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP. *Sestra*. 2011, roč. 21, č.1, str. 54-56. ISSN 1210-0404.
39. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. Klíčové dovednosti sester. 1. vydání Praha: Grada, 2006. 260 str. ISBN 80-247-1714-X.
40. VOTAVA, Jiří. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 4, str. 184-189. ISSN 1213-1814
41. FEIGIN, Valery. Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vydání Praha: Galén, 2007. 207 str. ISBN 978-80-7262-428-7.
42. ICTUS o.p.s., Jan Dohnálek, *Afatický slovník* [online] 16.8.2012
- Dostupné z : (<http://www.ictus.cz/>)

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Struktura rozhovoru pro sestry

Příloha 2 – Struktura rozhovoru pro příbuzné

Příloha 3 – Povolení hlavní sestry

Příloha 4 – Povolení vrchní sestry

Příloha 5 – Glasgow Coma Scale

Příloha 6 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha 7 – Modifikovaná Rankinova stupnice

Příloha 8 – Poloha záda, zdravý bok, postižený bok, břicho

Příloha 9 – Etický kodex sester

Příloha 10 – Slovník pro afatiky

Příloha 11 – Desatero pro osoby postižené iktem

Příloha 1- Struktura rozhovoru pro sestry

Identifikační otázky:

Věk, pohlaví, vzdělání, délka praxe

Otázky k rozhovoru se sestrami

1. Jakým způsobem probíhá první kontakt s rodinou pac.? (vyhledávání – sestra sama, rodina sestru, pacient x sestra)
2. Jaké informace nejčastěji požaduje rodina?
3. V jaké oblasti edukujete rodinu (výživa, RHB, polohování, logopedie, vyprazdňování...)
4. Jaké volíte způsoby edukace rodiny?(brožury, letáky, www stránky, praktický nácvik péče...)
5. V jakých oblastech je vhodné zapojit rodinu do péče o pacienta?
6. Jak často má rodina zájem o zapojování se do péče o příbuzného?
7. Co vnímáte jako největší úskalí při zapojování rodiny do spolupráce (nedostatek dovedností, časová náročnost)?
8. V jakých oblastech nejčastěji nemá rodina zájem o zapojení se do péče o příbuzného?
9. Jakou roli hrají rodinní příslušníci v rámci ošetrovatelské péče o příbuzného (závislost na své rodině, odmítání-zátěž pro rodinu)?
10. Jakou rozdílnost v psychickém stavu pozorujete u pacienta se zájmem rodiny x nezájmem rodiny...(vliv na zlepšování zdravotního stavu...)?
11. Jak často konzultujete s rodinou péči o pacienta (problémy, zlepšení- zpětná vazba)?
12. Jak byste charakterizovali současnou spolupráci s rodinou pacienta?

Příloha 2- Struktura rozhovoru pro příbuzné

Identifikační otázky:

Věk, pohlaví, příbuzenský vztah

Otázky k rozhovoru s příbuznými

1. Jakým způsobem probíhal první kontakt s ošetřovatelským týmem?
2. Jak byste charakterizoval/la současnou spolupráci s ošetřovatelským týmem při péči o Vašeho blízkého?
3. Spatřujete nějaké překážky, komplikace v podílení se na péči o Vašeho blízkého? (postoj sester, nesrozumitelné, nedostatečné informace...)
4. Jak byste si představoval/la spolupráci s ošetřovatelským personálem při péči o Vašeho blízkého?
5. V jakých oblastech byste se chtěl/la podílet na péči o Vašeho blízkého?
6. V jakých oblastech byste se nechtěl/la podílet na péči o Vašeho blízkého?
7. Jaké informace nejčastěji dostáváte od ošetřovatelského týmu? (oblasti edukace)
8. O jaké informace od sester byste měl/la zájem?
9. Jakým způsobem s Vámi sestry konzultují péči o Vašeho příbuzného? (praktické ukázky péče, ukázka pomůcek, vysvětlování, letáčky, brožury, video, odkaz na www stránky, odkaz na svépomocné skupiny.)
10. Jak často s Vámi sestry konzultují péči o Vašeho blízkého? (problémy, zlepšení – zpětná vazba)
11. Jakým způsobem motivujete svého příbuzného, aby se zapojil aktivně do nácviku sebeděče (psychická stránka-podpora.)?

Příloha 3- Povolení hlavní sestry

V Písku 4. 4. 2012

Hlavní sestra
Mgr. Jana Somrová
Nemocnice Písek a.s.
Karla Čapka 589
397 23 Písek

Věc: Žádost o poskytnutí souhlasu s výzkumným šetřením v Nemocnici Písek a.s.

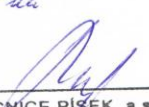
Žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu k provedení výzkumného šetření v Nemocnici Písek a.s. v měsících duben až červen 2012.

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a zpracovávám bakalářskou práci na téma : „ Spolupráce sestry a rodiny u pacientů po cévní mozkové příhodě.“ Součástí mé práce je výzkumné šetření, které bude prováděno formou rozhovorů se sestrami a příbuznými pacientů. Všem zúčastněným bude zaručena anonymita a výsledky budou použity pouze v mé bakalářské práci.

Děkuji, s pozdravem

Ivana Kysučanová
studentka 3. ročníku ZSF JU ČB
e-mail: IvaKysu@seznam.cz

Souhlasím s výzkumným šetřením


NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
hlavní sestra
Mgr. Jana Somrová

Příloha 4- Povolení vrchní sestry

V Písku 6. 4. 2012

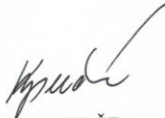
Vrchní sestra
Bc. Marie Havlanová
Neurologické oddělení
Nemocnice Písek a.s.
Karla Čapka 589
397 23 Písek


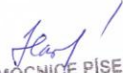
Věc: Žádost o poskytnutí souhlasu s výzkumným šetřením na Neurologickém oddělení

Žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu k provedení výzkumného šetření v Nemocnici Písek a.s. v měsících duben až červen 2012. Žádost k povolení byla hlavní sestrou již schválena.

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a zpracovávám bakalářskou práci na téma : „Spolupráce sestry a rodiny u pacientů po cévní mozkové příhodě“. Součástí mé práce je výzkumné šetření, které bude prováděno formou rozhovorů se sestrami a příbuznými pacientů. Všem zúčastněným bude zaručena anonymita a výsledky budou použity pouze v mé bakalářské práci.

Děkuji


Ivana Kysučanová
studentka 3. ročníku ZSF JU ČB
e-mail: IvaKysu@seznam.cz



NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
neurologické oddělení
Bc. Marie Havlanová
vrchní sestra

Příloha 5- Glasgow Coma Scale

STAV VĚDOMÍ podle GCS (Glasgow Coma Scale)					
datum hodina					
otevírání očí	spontánně otevřené	4			
	otevře na slovní podnět	3			
	otevře na bolest.podnět	2			
	neotevře	1			
nejlepší motorická odpověď					
	vykoná pohyb na oslovení	6	(i snaha)		
	cílené reakce na bolest	5	(sopor)		
	úniková reakce na bolest	4			
	dekortikační flexe	3	(koma - přitaž. v lokti)		
	decerebrační extenze	2	(decerebrační křeče)		
	nic	1			
nejlepší slovní odpověď					
	orientován, konverzuje	5			
	desorientován, konverzuje	4			
	neadekvátní slova	3			
	nesrozumitelná slova	2			
	nic	1			
Celkem dosaženo bodů - součet					
Podpis sestry					

Zdroj: Oddělení Neurologie Nemocnice Písek a.s. (Použito se svolením hlavní sestry
Mgr.Jany Somrové)

Příloha 6-Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností.
(ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01. Najedení,napití		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
02. Oblékání		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
03. Koupání		Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
04. Osobní hygiena		Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
05. Kontinence moči		Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06. Kontinence stolice		Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07. Použití WC		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
08. Přesun lůžko-židle		Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09. Chůze po rovině		Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10. Chůze po schodech		Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

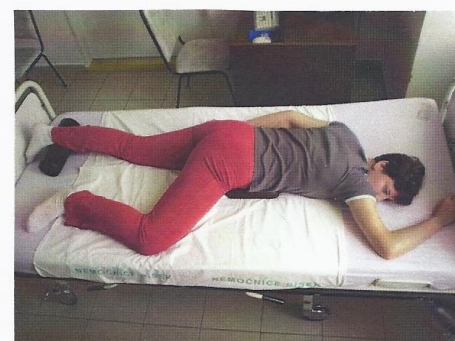
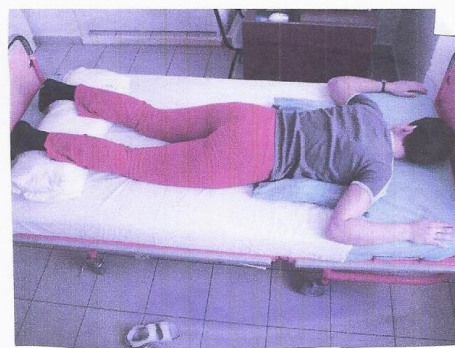
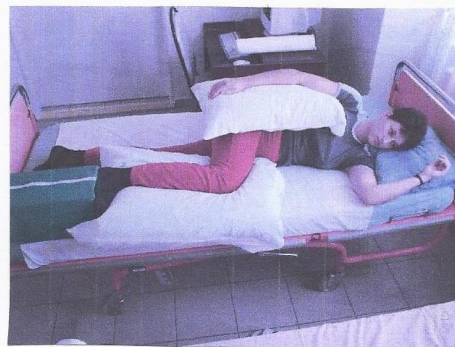
Zdroj: <http://skripta.kachitta.net/tul/uzs/test-barthel.doc>

Příloha 7- Modifikovaná Rankinova stupnice

Skóre	Popis
0	Bez symptomů
1	Bez výraznějšího omezení, schopen vykonávat všechny obvyklé denní potřeby a aktivity
2	Lehká invalidita: neschopnost vykonávat všechny dříve obvyklé aktivity, schopen vykonávat všechny své potřeby bez dopomoci
3	Mírná invalidita: vyžaduje pomoc, ale je schopen chůze bez dopomoci
4	Středně těžká invalidita: neschopnost chůze bez dopomoci, neschopnost vykonávat tělesné potřeby bez dopomoci
5	Těžká invalidita: upoután na lůžko, inkontinentní, vyžaduje nepřetržitou péči
6	Smrt

Zdroj: <http://www.mudr.org/web/rankinovo-skore-modified-rankin-scale-mrs>

Příloha 8- Poloha záda, zdravý bok, postižený bok, břicho





Zdroj: Oddělení OAR Nemocnice Písek a.s.(Použito se svolením hlavní sestry Mgr. Jany Somrové)

Příloha 9- Etický kodex sester

Etický kodex sester

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetřovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědoma povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděla v souvislosti s výkonem svého povolání.

Zdravotní sestra nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně zodpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá

odpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní. Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka či občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdroj: <http://www.eticky-kodex.cz/eticky-kodex-sester/>

Příloha 10- Slovník pro afatiky

 <p>BOTA bota <i>bota</i></p>	 <p>ČEPICE čepice <i>čepice</i></p>	 <p>ŠÁLA šála <i>šála</i></p>	 <p>PONOŽKY ponožky <i>ponožky</i></p>
 <p>KLOBOUK klobouk <i>klobouk</i></p>	 <p>RUKAVICE rukavice <i>rukavice</i></p>	 <p>BAČKORY/PŘEZŮVKY bačkory/přezůvky <i>bačkory/přezůvky</i></p>	 <p>KECKA / TENISKA kecka / teniska <i>kecka / teniska</i></p>
 <p>JÍ jí <i>jí</i></p>	 <p>PIJE pije <i>pije</i></p>	 <p>MLUVÍ mluví <i>mluví</i></p>	 <p>PÍŠE píše <i>píše</i></p>
 <p>ČTE čte <i>čte</i></p>	 <p>SPÍ spí <i>spí</i></p>	 <p>SEDÍ sedí <i>sedí</i></p>	 <p>POČÍTÁ počítá <i>počítá</i></p>

© DICK – Jaroslav Salač 2004

Zdroj: Afatický slovník- DICK – Jaroslav Salač 2004

Příloha 11- Desatero pro osoby postižené iktem

Desatero pro osoby postižené iktem:

1. Neztrácej naději
2. Nikdy není pozdě
3. Tvůj nemocný, je dospělý člověk (nechovej se k němu jako k dítěti)....
4. Hledej a najdi svůj a hlavně jeho vzor
5. Nechtěj vše najednou
6. Pravidelné cvičení se stává odměnou
7. Máš možnost získat nové přátele
8. Život nekončí mozkovou příhodou – nový život začíná
9. Běh na dlouhou trať
10. I nemoc přináší příležitosti
11. Je to dobrý, ale až příští rok...
12. Jako by nemocný vnímal
13. Mozek potřebuje čas
14. Neboj se opřít o své blízké
15. Zjistíš, kdo je skutečný přítel

Zdroj: <http://www.ictus.cz/>