

Zkušenosti všeobecných sester s posouzením projevů strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě

Lenka Mazalová*, Lenka Machálková*, Marinella Danosová*, Irena Opavská**

* Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovateľství

** Fakultní nemocnice Olomouc

Abstract

Mazalová, L. – Machálková, L. – Danosová, M. – Opavská, I. Experiences of nurses with assessment of fear's symptoms in patient after stroke. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2018, vol. 8, no. 1, pp. 6-11. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2018-rocnik-8/cislo-1/zkusenosti-vseobecnych-sester-s-posouzenim-projevu-strachu-u-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode>.

Aim: The research aim was to describe the manifestations of fear among stroke patients based the opinions and experience of nurses caring for this group of patients.

Methodology and sample: A qualitative, descriptive study design was used. Data was acquired using semi-structured questionnaires in focus groups. 33 general nurses were deliberately selected based on inclusion criteria. The nurses were aged 22-60, with 2-40 years of work experience, mostly from secondary medical schools and general nurses' specialists. All participants had previous experience with caring for stroke patients. A content analysis was performed and core areas of manifestations of fear were established among hospitalised patients in the acute phase after stroke.

Results: The content analysis showed two core themes of subjective and objective manifestations of fear among patients in the acute phase after stroke. The subjective manifestations include emotional experience of fear in of verbal expression of feelings of fear by the patient. Signs of non-verbal character focused on his mimic. Objective manifestations of fear were described as changes in patient's behaviour regarding haptic contact, aggression, uncertainty and passivity. Physical functions have accelerated pulse and breath and increased blood pressure.

Conclusion: Knowing the manifestations of fear amongst stroke patients significantly contribute to improve effectiveness of nursing care. It enables the nurse to assess the specific needs of stroke patients. Consequently, the nursing professional can better plan nursing interventions which are aimed at reaching adequate quality of life in patients after stroke.

Keywords: fear, stroke, nurses, qualitative study

Úvod

Všeobecné sestry (dále VS) hrají klíčovou roli v multidisciplinárním týmu, který zajišťuje péči o pacienta po cévní mozkové příhodě (dále CMP). Jejich přínos spočívá v důrazu na holistický aspekt procesu péče o pacienta ve vztahu k jeho individuálním potřebám. Vzhledem k tomu, že jsou VS v neustálém kontaktu s pacientem, jsou schopny aktuálně identifikovat jakékoli změny stavu po prodělané CMP z pacientovy perspektivy (Clarke, 2014).

Metasyntéza kvalitativních studií dokládá, že znalost individuálního kontextu prožitků pacientů po CMP je základem pro komplexní pohled na důsledky CMP pro pacienty. Tyto poznatky by neměly vycházet jen z kvantifikace funkčního stavu pacienta hodnotícími škálami, ale měly by se soustředit na kvalitativní posouzení komplexu subjektivního vnímání pacienta po CMP (Salter et al., 2008).

Při popisu pocitů pacientů po prodělané CMP dominuje strach, který se stává součástí jeho života (Horne et al., 2014; Thomas et al., 2018). Strach je konsekvencí intenzivního psychického inzultu v podobě akutního onemocnění (Praško et al., 2010). Z hlediska časové osy se strach objevuje již v nejrannější fázi při objevení se prvních příznaků CMP a je významným faktorem ovlivňujícím vyhledání lékařské péče (Kitko, Hupcey, 2008). Dále se strach objevuje ihned po přijetí do nemocnice (Schmid et al., 2010) a přetrvává po celou dobu rekonvalescence i po propuštění do domácí péče (Yeung et al., 2011).

Prožívání strachu má zásadní vliv na úspěšnost tělesného, psychického a sociálního zotavení po CMP. Strach je vymezen jako bariéra znovuzískání pocitu sebejistoty a sebedůvěry ve vlastní schopnosti pacienta. Je spojen s odmítavým chováním pacienta, zejména ve vztahu k pohybovým aktivitám (Horne et al., 2014). Následkem toho je restrikce běžných denních aktivit, sebepéče, ztráta jistoty, pasivity a narušení kvality života (Schmid et al., 2011). Konceptuální definování projevů strachu vychází z biomedicínského a psychologického modelu a zahrnuje afektivní, psychické, kognitivní a behaviorální aspekty (Suriano et al., 2011).

V rámci ošetrovateľského posouzení strachu jsou významnými znaky identifikace jeho objektu a vyjádření strachu různé intenzity ve smyslu vystrašení, nervozity, obavy, děsu až hrůzy. Dalšími doprovázejícími projevy strachu jsou zvýšený stres a ostražitost, útočné chování, pozornost soustředěná na zdroj strachu, vyjádření zvýšeného napětí a snížená sebejistota, snížená schopnost řešit problémy a vyhýbavé chování, impulsivnost a snížená schopnost učit se. V tělesných projevech dominují především zrychlený puls a dýchání, zvýšený krevní tlak. Komplex těchto znaků doplňuje ztuhlost sva-

lú, dušnosť, pocení, rozšírení zorníc, nauzea, nechutenstvá, průjem, bledosť, únava, pláč (Suriano et al., 2011; Zeleníková et al., 2012).

Cíl

Cílem výzkumného šetření bylo popsat, jak pacienti v akutním stádiu po CMP prožívají strach na základě zkušeností VS, které pečují o tuto skupinu pacientů. Výzkumná otázka zněla: jak VS vnímají projevy strachu u pacientů v akutním stádiu po CMP?

Soubor

Selekce souboru byla realizována metodou záměrného výběru na podkladě stanovených kritérií: VS, která minimálně 2 roky pečuje o pacienty po CMP. V rámci výzkumného šetření bylo realizováno 6 ohniskových skupin. Celkem se zúčastnilo 33 VS (32 žen a 1 muž), ve věku od 22 do 60 let (medián 35 let), s délkou praxe od 2 do 40 let (medián 9 let), převažovaly absolventky střední zdravotnické školy a VS specialistky. Výzkumný soubor byl tvořen VS z fakultní nemocnice a okresních nemocnic v Olomouckém a Zlínském kraji v České republice.

Metodika

Jedná se o kvalitativní deskriptivní studii. Sběr dat byl realizován polostrukturovaným rozhovorem v ohniskových skupinách (*focus groups*, dále FG). Tato metoda zachycuje subjektivní pohledy jednotlivých účastníků na zkoumaný jev. Jejich názory jsou výsledkem interakce celé skupiny, vzájemné stimulace jednotlivých členů, tvorby komentářů založených na percepci, chování a zkušenostech (Davidson et al., 2010). Skupina začínala volnou diskuzí s méně strukturovaným přístupem a směřovala k více strukturované diskuzi se specifickými dotazy, například: „Co prožívá člověk bezprostředně po CMP? Jaké typy emocí vás na pacientovi zaujmou? Jak se projevuje, že se pacient bojí?“ Po ukončení každé FG proběhl rozhovor moderátora s pozorovatelem pro reflexi a shrnutí prvních dojmů z FG. Sběr dat probíhal od listopadu 2015 do ledna 2016 v neutrálním prostředí mimo nemocniční oddělení, diskuze trvala 30-50 minut. K analýze dat bylo využito tematické analýzy. Pomocí tohoto procesu lze klasifikovat slovní projev společně s observací do kategorií založených na jejich konceptuálním významu. V iniciální fázi byly třemi členy výzkumného týmu opakovaně a odděleně pročitány doslovné přepisy audio záznamů a záznamů pozorovatelů a nezávisle na sobě kódovány shodné nebo podobné opakující se názory, pozorování a koncepty. Jednotlivé názvy kódů byly vygenerovány ze získaných zdrojů. Následně byly obsahově identické kódy shlukovány do tematicky shodných kategorií. Dalším krokem analýzy bylo sloučení těchto shodných kategorií a vytvoření témat s vyšší úrovní abstrakce tak, aby zahrnovaly všechny aspekty zkoumané problematiky. Komparace a interpretace těchto kategorií a jejich charakteristik byla opakovaně diskutována ve výzkumném týmu, dokud nebylo dosaženo konsenzu. Arbitrem v této diskuzi byl čtvrtý člen týmu, který také revidoval transkripce a kódování. Pro zvýšení důvěryhodnosti a platnosti získaných dat bylo využito datové triangulace. Data byla získána od VS z různých typů nemocnic, z různých lokalit jednoho regionu, v rozdílných časových momentech. Při analýze dat bylo využito triangulace výzkumníků (Krueger, Casey, 2015).

Autorky prohlašují, že studie nemá žádný konflikt zájmu. Souhlasné stanovisko s realizací výzkumu bylo uděleno etickou komisí.

Výsledky

Výpovědi VS popisovaly jejich zkušenosti s vnímáním projevů strachu u pacientů v akutním stádiu po CMP. Přesto, že tyto reakce nabývají značně individuální podoby, byly sděleny charakteristiky, které se týkaly dvou hlavních témat: subjektivních a objektivních projevů. Uvedená hlavní témata byla dále specifikována do subtémat (Tab. 1.).

Tab. 1. Hlavní témata a subtémata

Subjektivní projevy	Objektivní projevy
Vyjádření strachu pacientem	Chování
- verbální	- haptický kontakt
- nonverbální	- agrese
	- nejistota
	- pasivita
	Změny tělesných funkcí
	- tachykardie
	- zvýšený krevní tlak
	- zrychlený dech

Subjektívny prejav

Toto téma bolo podrobnejšie vymedzeno ako subtéma emocionálneho vyjadrenia strachu pacientom, a to vo dvoch rovinách, verbálnu a nonverbálnu.

Verbálnu vyjadrenie strachu

VS uvádzali, že pacienti pomerne často hovoria o pocitoch strachu. „Hlavné to sami ventilujú, reknú, že ten strach majú.“ Bezprostredne po prijatí do nemocnice slovnú výpoveď pacientov potvrdzujú hrůzu a zděšení. „Když je přiveze sanitka na příjem, v akutním stavu, mluví o zděšení a hrůze.“ Tyto intenzivní strachy jsou typičtější spíše ve slovním vyjadrení žen, muži nejsou tak sdílní a jsou spíše uzavření do sebe. „Chlapi se brání přiznat se, když jsem já, sestra, jako ženská, je to pro ně ponížující a taky hodně těžké...Pacientky jsou hovornější, potřebují to, co mají v sobě, někomu svěřit, říct, jak se bojí, jak jsou vystrašené, že neví, co bude.“ Podle VS pacienti v průběhu hospitalizace sdělují spíše mírnější strach ve smyslu prožívání nejistoty, vystrašenosti, obav, stresu, znepokojení a napětí. Častěji se to objevuje po kontaktu rodiny s pacientem. „Večer po návštěvách mi pacient řekl, že má strach, co bude, že je živitel rodiny.“ VS uvedly, že při verbálním popisu prožívání strachu pacienti hovořili i o objektu strachu. „Obrátili se na mě s obavama, že se bojí závislosti, že se sami neumyju a nedojdou si na záchod...Nechtěl z lůžka, bojí se, že spadnou, že znova dostanou mrtvici.“ VS doplnily, že tyto výpovědi byly závislé na stavu pacienta po CMP, jeho pohlaví, věku a osobnostních rysech, na sociálním zázemí. „Je fakt, že to muži snášejí hůř, je to pro ně likvidační, po pracovní a partnerské stránce... Taky záleží na věku, pokud mají děti, tak mluví o strachu spíš o ně, ti starší pak zase spíše o sebe... Když je pacient sám, tak se ten strach násobí.“

Nonverbálnu vyjadrenie strachu

V případě, kdy pacient nebyl schopen slovního vyjadrení z důvodu poruchy řeči, uváděly VS subjektivní projevy strachu tvořící poměrně rozsáhlou skupinu pozorovaných charakteristik chování pacienta. VS vnímaly odraz těchto emocí především v mimickém výrazu obličeje pacientů. Byl to první ukazatel strachu, kterého si všimly při kontaktu s ním. „Určitě výraz tváře napoví, si myslím, u těch lidí nejvíce o strachu...ten strach tam je, v tom obličej, ta mimika, určitý grimasy...“, ostatní VS souhlasně pokyvovaly. VS popisovaly projevy strachu jako zvýšené napětí, znepokojení, hrozba, rozrušenost, nervozita, zděšení, panika. V mimice pacientů dominovaly jejich oči. Podle míry jejich vytrženosti a velikosti zornic hodnotily VS prožitky strachu ve smyslu paniky, děsu až hrůzy. Výraz strachu v obličej pacienta dokreslovaly sevřené rty. „Je to téměř zvířecí strach, jo, zvířete zahnaného do kouta... Taková ta panika, ty oči... Jsou vyděšeni, vyložené to na těch očích je vidět.“ VS také uvedly, že podle jejich zkušeností je poměrně častým projevem strachu u pacientů po CMP pláč nebo plačtivost. „Kolikrát se pacienti rozpláčou, jako, že někdo to tak má, jako ty svoje strachy... Plačtivé jsou ženy, myslím, z toho strachu... Když mají hrůzu, jak s rodinou, tak dochází k plačtivým scénám, jako chlapiska, brečí... Rozpláčou se, když je překládáme z JIPky na normální pokoj, fakt se bojí.“ Tyto znaky VS popisovaly především u žen, ale nevyhýbaly se ani mužům, u kterých byly spojeny s beznadějí a bezradností.

Objektivní prejav

Téma objektivních atributů strachu zahrnovalo specifické projevy, které se týkaly změn v chování pacienta a v tělesných funkcích.

Chování

Výpovědi VS detailněji popisovaly chování v kategoriích haptického kontaktu, agrese, nejistoty a pasivity pacienta. VS uvedly, že pacienti dávali najevo strach tím, že vyhledávali záchytný bod ve svém okolí, drželi se křečovitě lůžka nebo pomůcek doplňujících lůžko. Pacienti projevovali strach obrannými haptickými gesty ve smyslu odmítání tělesného kontaktu s ošetřujícím personálem. „Někteří pacienti se báli přiblížení, strach v očích, třeba jeden pacient měl vyděšený oči, držel se hrazdičky.“ Zatímco jiní pacienti se naopak snažili o haptický kontakt s ošetřujícím personálem. Bylo to zejména v situacích, kdy se VS dostaly do bezprostřední blízkosti pacienta při ošetřování pacientů na lůžku, při polohování nebo podávání stravy. „Pacienti třeba i víc touží po dotyku, pohlazení, aspoň u nás, teda spíš ho víc vyhledávají.“ VS určily jako projevy strachu přítomnost zlosti, naštvanost a útočného chování u pacientů. „Pacienti jsou v cizím prostředí, já se jim nedivím, mají strach a jsou zlostní, neví, co je čeká.“ Slovní a/nebo fyzická agrese byla cílená především na ošetřující personál a také na sebe sama. „Něco po nás hodí, nebo spíš možná často je i slovní agrese, sprostě nadávají...pacient na nás řval, ať ho necháme a nechodíme k němu...pak taky ta agrese vůči sobě, mají strach.“ Slovní agrese se objevovala u pacientů s poruchou hybnosti, fyzická agrese a autoagrese spíše u pacientů s poruchou řeči. Téměř vždy šlo o muže. Determinujícím faktorem byla jistá míra izolace a nedůvěry v cizí lidi i prostředí.

Dalšími aspekty prožívaného strachu byla nejistota pacienta vedoucí ke zvýšené ostražitosti. To se projevovalo opakovaným, častým dotazováním na postupy léčby a péče, na prognózu stavu a možnosti zlepšení. „Pořád se ptají, kdy už to bude lepší, kdy se to spraví, nikdo jim to nedokáže říct a oni mají strach.“ Prožívání strachu dávali pacienti najevo také tím, že opakovaně vyžadovali sledování a kontrolu zdravotního stavu. Zejména se jednalo o pacienty přeložené z jednotky intenzivní péče (JIP) na standardní oddělení, kde jejich stav již nebyl tak intenzivně monitorován přístroji. „První se ptají po

zvonečku, majú strach, že se nedozvoní, keď prídu z JIP na bežné oddelenie...pacienti sledujú monitory, hneď hlásia, ak to kolísajú, a majú strach, ak to pípajú.“

Opačným prejavom strachu bola pasivita, apatie, neochota zapojiť sa do liečby alebo jej odmietanie, nespôlupráca so zdravotníkmi, nedôvera v ošetrojúci personál. „Bráni sa jakékoli pomoci personálu, majú strach, čo s nimi budeme robiť...nedôverujú nám, že na nás budeme zlí a nevštrícni.“

Zmeny telesných funkcií

Jako objektívne príznaky strachu boli posudzované prejavy zistené monitorovaním. Jednalo sa o príznaky kardiovaskulárneho a dýchacieho systému. Byli to hodnoty potvrdzujúce zrýchlený puls a dech a zvýšenie krvného tlaku. „Z fyziologických funkcií hypertenzie, tachykardie, pretože vo väčšine je máme na monitoru“, ostatné VS v skupine súhlasne príkyvujú.

Individuálny charakter prejavov strachu bol u pacienta ovplyvnený závažnosťou stavu po CMP, osobnostnými atribútmi, rodinným zázemím a jeho hodnotením dôsledkov CMP pre životnú perspektívu.

Diskuze

Výsledky výskumu popísali prejavy strachu u pacientov v akútnom štádiu po CMP, tak, ako sú posudzované VS pečujúcimi o týchto pacientov. Bola identifikovaná dve hlavné témy subjektívnych a objektívnych znakov strachu. Subjektívne vyjadrenie tejto emócie bolo explicitne verbálne potvrdené pacientom, vrátane identifikácie príčiny strachu. Pacienti sa najviac báli budúcnosti, neschopnosti postarať sa o seba a o rodinu. Shodné závery dokladajú kvalitatívne štúdie popisujúce zážitky pacientov po prodĺžanej CMP. Potvrdzujú, že strach je ich bežnou skúsenosťou a celá ovláda ich život po CMP (Horne et al., 2014; Kouwenhoven et al., 2011). Svedčí o tom i sdelenie v internetových deníkoch na blozích pacientov (Thomas et al., 2018). Pacienti sa stredne ťažkou alebo ťažkou CMP zažívajú strach z závislosti na jiných ľuďoch a z izolácie (Kitson et al., 2013).

Faktormi ovplyvňujúcimi vyjadrenie strachu je miera verbálnych schopností pacienta. VS v našom výskume boli na základe svojich skúseností schopní posúdiť strach i u pacientov s deficienciou reči. U nich ich VS popisovali ako zmeny v mimike a vo výraze očí. Autoři Kirkevold et al. (2012) upozorňujú na zásadný nedostatok výskumov špecificky celených na psychosociálne potreby pacientov s afáziou po CMP. Navyše sú tieto pacienti vyřazovaní z výskumov, pretože majú ťažké s vyplnením dotazníkov alebo pri rozhovore. Prítom v akútnom štádiu po CMP trpia afáziou asi 20 – 38% pacientov (Cherney et al., 2011).

Dôležitým aspektom pre identifikáciu strachu je jeho intenzita, niekedy spojená i s pláčom. Miernejší strach a obavy u pacientov po jednom roku od CMP uvádza Carlsson et al. (2009). Kvalitatívna metasyntéza popisuje skôr znepokojenie a dlhodobý pocit strachu (Salter et al., 2008). Naopak, pacienti v akútnej fáze v nemocnici vyjadrujú zděšení, paniku a intenzívne pláčou (Kitson et al., 2013; Yeung et al., 2011). Spoločnými znakmi týchto emócií je ich špecifikácia ako nečakaných, rôzne intenzívnych strachoplňných pocitov spojených so zklamáním, nespokojenosťou, stratou kontroly nad vlastným telom a neznalosťou toho, čo sa okolo pacienta deje a čo bude (Kirkevold et al., 2012; Salter et al., 2008).

Objektívne charakteristiky strachu zahŕňovali prejavy správania pacienta ako ostražitosť, nejistotu, agresivitu a snahu o kontakt. V správaní pacienta, ktorý sa bojí, sa odráža miera jeho sebedôvery. Vzťah medzi týmito fenoménmi je u pacientov po CMP veľmi úzky, čím je väčší strach, tým je menšia sebedôvera a sebestojosť. Prejavom strachu je vyhýbanie sa fyzickej, psychickej a sociálnej aktivity a súvisí s pocitom nebezpečia a nejistoty (Horne et al., 2014). Tieto môžu byť posilované deficienciou sebestojosti, narušením dôstojnosti, nedostatkom informácií, dehumanizáciou pečie, neprofesionálnym prístupom zdravotníka a nepriateľským prostredím (Kitson et al., 2013).

Medzi mierziteľné atribúty strachu boli zaradené zmeny telesných funkcií: tachykardie, tachypnoe a zvýšený krvný tlak. K obdobnému záveru dospeli autoři Yeung et al. (2011) pri popise prejavov strachu ako vnútorného chvenia v hrudníku a svírání kolem srdce. Tieto telesné symptomy sú spôsobené aktiváciou sympatického vegetatívneho nervového systému v rámci tzv. poplachovej reakcie organizmu na akútnu onemocnenie spojené s pocitom ohrozenia. Táto reakcia je do určitej miery prijímaná organizmom ako priaznivá a poskytujúca možnosť obrany. Pri dlhšej dobe trvajúcej prvotného negatívneho podnetu v podobe akútneho onemocnenia s trvalými následkami sa stáva neprieměřenou a poškodzuje organizmus celou radou nepriaznivých dôsledkov (Janak, Tye, 2015).

Určitými limitami omezujúcimi pomerne vysokou zjevnou validitou výsledkov nášho výskumu môže byť jistá štruktúrovanosť FG. Tým, že boli predem dané okruhy skupinovej diskuzie, mohlo dôjsť k tematickej limitácii a k potlačení vlastnej aktivity účastníkov. Pre ďalšie výskumy v tejto oblasti by preto bolo vhodné viesť s VS individuálne rozhovory. Za ďalšiu limitu lze považovať výber výskumného vzorku z jednej geografickej lokality. Pre posilenie prenositeľnosti dát by bolo žiadoucí rozšíriť výber vzorku do inej geografickej a kultúrnej lokality. Navazujúcim krokom by mali byť FG realizované s pacientmi, ktoré by overili dôveryhodnosť našimi získanými poznatkami.

Záver

Schopnosť identifikácie prejavov strachu VS významne posiluje efekt klinického ošetrovateľského úsudku. Na tieto závery pak môžu navazovať ošetrovateľské intervencie minimalizujúce subjektívne bariéry v prožívání pacienta a stimulujúce procesy individuálneho biopsychosociálneho uzdravení pacienta. Podľa Kirkevold et al. (2012) je významná podpora komunikácie naratívny dialogem pro nálezni smyslu v nové situácii, posílení sebestjoty rozvojem copingových stratégií, metody řešení problémů.

Príspevek je dedikovaný projektu IGA UP FZV_2015_010 Posouzení strachu u hospitalizovaných pacientů po CMP.

Seznam bibliografických odkazů

- CARLSSON, G. E. – MÖLLER, A. – BLOMSTRAND, Ch. 2009. Managing an everyday life uncertainty – A qualitative study of coping in persons with mild stroke. In *Disability and Rehabilitation*. 2009, vol. 3, no. 10, pp. 773-782.
- CLARKE, D. J. 2014. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. In *Journal of Clinical Nursing*. 2014, vol. 23, no. 9-10, pp. 1201-1226.
- DAVIDSON, P. – HALCOMB, E. – GHOLIZADEH, L. 2010. Focus Groups in Health Research. In LIAMPUTTONG, P. *Research Methods in Health: Foundations for Evidence-Based Practice*. Melbourne, Vic : Oxford University Press, 2010, pp. 54-72.
- GERRISH, K. – LACEY, A. 2010. *The Research Process in Nursing*. Oxford : Wiley-Blackwell, 2010, 534 p.
- CHERNEY, L. R. – PATTERSON, J. P. – RAYMER, A. M. 2011. Intensity of aphasia therapy: evidence and efficacy. In *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2011, vol. 11, no. 9, pp. 560-569.
- HORNE, L. J. et al. 2014. What does confidence mean to people who have had a stroke? – A qualitative interview study. In *Clinical Rehabilitation*. 2014, vol. 28, no. 11, pp. 1125-1135.
- JANAK, P. H. – TYE, K. M. 2015. From circuits to behaviour in the amygdala. In *Nature*, 2015, vol. 517, no. 7534, pp. 284-292.
- KIRKEVOLD, M. et al. 2012. Promoting psychosocial well-being following a stroke: Developing a theoretically and empirically sound complex intervention. In *International Journal of Nursing Studies*, 2012, vol. 49, no. 4, pp. 386-397.
- KITKO, L. – HUPCEY, J. H. 2008. Factors that influence health-seeking behaviours of patients experiencing acute stroke. In *Journal of Neuroscience Nursing*. 2008, vol. 40, no. 6, pp. 333-340.
- KITSON, A. L. et al. 2013. Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis. In *International Journal of Nursing Studies*, 2013, vol. 50, no. 3, pp. 392-403.
- KOUWENHOVEN, S. E. et al. 2011., Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. In *Journal of Advanced Nursing*, 2011, vol. 68, no. 8, pp. 1726-1737.
- KRUEGER, R. A. – CASEY, M. A. 2015. *Focus Groups: A practical Guide for Applied Research*. London : Sage Publications, 2015, 280 p.
- PRAŠKO, J. et al. 2010. Úzkostné poruchy v neurologii. In *Neurologie pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 4, s. 265-270.
- SALTER, K. et al. 2008. The experience of living with stroke: A qualitative meta-synthesis. In *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2008, vol. 40, no. 8, pp. 595-602.
- SCHMID, A. A. et al. 2011. Fear of Falling Among People Who Have Sustained a Stroke: A 6 Month Longitudinal Pilot Study. In *The American Journal of Occupational Therapy*, 2011, vol. 65, no. 2, pp. 123-132.
- SCHMID, A. A. et al. 2010. Prevalence, predictors, and outcomes of poststroke falls in acute hospital setting. In *Journal Of Rehabilitation Research & Development*, 2010, vol. 47, no. 6, pp. 553-562.
- SURIANO, M. L. F. et al. 2011. Consensual Validation of the Nursing Diagnoses Fear and Anxiety Identified at the Immediate Preoperative Period in Patients Undergoing Elective Surgery. In *International Journal of Nursing Terminologies and Valssifications*, 2011, vol. 22, no. 3, pp. 133-141.
- THOMAS, C. M. – ALLISON, R. – LATOUR, J. M. 2018. Using blogs to explore the lived-experience of life after stroke: „A journey of discovery I never wanted to take“. 2018. In *Journal of Advanced Nursing*, 2011, vol. 74, no. 3, pp. 579-590.
- YEUNG, S. M. – WONG, F. Y. – MOK, E. 2011. Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home. In *Journal of Advanced Nursing*, 2011, vol. 6, no. 11, pp. 2394-2405.
- ZELENÍKOVÁ, R. et al. 2012. Obsahová validizácia ošetrovateľskej diagnózy Strach. In *KONTAKT*, 2012, roč. 14, č. 1, s. 30-38.

Kontakt

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

Ústav ošetrovateľství FZV UP

Hněvotínská 976/3

775 15 Olomouc

Česká republika

E-mail: lenka.mazalova@upol.cz

Prijaté: 10. 1. 2018

Akceptované: 16. 2. 2018