

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jana Bartoňková

**Motivace k rehabilitaci a návratu do běžného života
u vybraných skupin pacientů na rehabilitačním oddělení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 13.června 2020

podpis

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za její vstřícnost, trpělivost a vedení této přehledové bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala svým třem dětem a panu primáři Oddělení lůžkové rehabilitace Fakultní nemocnice v Olomouci doc. MUDr. Aloisovi Krobotovi, Ph.D., za jeho odborné rady a pomoc při zpracování práce, a především za jeho podporu po celou dobu mého studia.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Péče o pacienty na rehabilitačním oddělení

Název práce v ČJ: Motivace k rehabilitaci a návratu do běžného života u vybraných skupin pacientů na rehabilitačním oddělení

Název práce v AJ: Motivation for rehabilitation and return to normal life in selected groups of patients in the rehabilitation department

Datum zadání: 2019-11-19

Datum odevzdání: 2020-06-13

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Bartoňková Jana

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá motivací k rehabilitaci u pacientů na rehabilitačním oddělení. Cílem je předložit dohledané validní a aktuální publikované poznatky o významu motivace k rehabilitaci u pacientů na oddělení lůžkové rehabilitace. Z dohledaných informací vyplývá, že to jsou především motivace pacienta a jeho pozitivní přístup k rehabilitaci, které jsou nejdůležitější v celém procesu vedoucí k jeho návratu do samostatného života. Proces budování motivace, její nedostatek nebo naopak nárůst demotivace u pacienta, ovlivňuje celý komplex mnoha prolínajících se faktorů. Mezi nejdůležitější patří bezesporu pozitivní empatický přístup všeobecné sestry, která s pacientem tráví nejvíce času. Velmi důležitá je i podpora rodiny pacienta a okolí, jeho povaha i samotný pacientův přístup k léčbě a rehabilitaci. Ten může být dle dohledaných poznatků ovlivněn nárůstem deprese, mírou postižení daného

onemocnění či nedostatečnou ošetrovatelskou péčí. Předložené poznatky jsou čerpány z databází Bibliographia medica Českoslovaca, EBSCO, ProQuest a PubMed. Dále v odborných českých, slovenských a zahraničních periodících.

Abstrakt v AJ:

The overview bachelor thesis deals with the motivation for rehabilitation of patients in the rehabilitation department. The aim is to present valid and current published knowledge about the importance of motivation for rehabilitation in patients in the inpatient rehabilitation department. The information obtained shows that it is primarily the motivation of the patient and his positive approach to rehabilitation, which are the most important in the whole process leading to his return to independent living. The process of building motivation, its lack or, conversely, the increase in demotivation in the patient, affects the whole complex of many intertwining factors. Undoubtedly one of the most important is the positive empathic attitude of the general nurse who spends the most time with the patient. The support of the patient's family and surroundings, its nature and the patient's approach to treatment and rehabilitation are also very important. According to the findings, it may be affected by an increase in depression, the degree of disability of the disease or insufficient nursing care. The presented knowledge is drawn from the databases Bibliographia medica Českoslovaca, EBSCO, ProQuest and PubMed. Also in professional Czech, Slovak and foreign periodicals.

Klíčová slova v ČJ: motivace, všeobecná sestra, rehabilitace, cévní mozková příhoda, demotivace, rehabilitační oddělení, emoce, emoční inteligence, zrcadlové neurony

Klíčová slova v AJ: motivation, general nurse, rehabilitation, stroke, demotivation, rehabilitation department, emotions, emotional intelligence, mirror neurons

Rozsah: 35 stran / 0 příloh

Obsah

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 MOTIVACE K REHABILITACI U PACIENTŮ NA REHABILITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	11
2.1 ZPŮSOBY, METODY A PROSTŘEDKY MOTIVACE K REHABILITACI U PACIENTŮ NA REHABILITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	14
2.2 FAKTORY DEMOTIVACE K REHABILITACI U PACIENTŮ NA REHABILITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	21
2.3 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ	27
ZÁVĚR.....	29
REFERENČNÍ SEZNAM	31
SEZNAM ZKRATEK.....	35

Úvod

Na oddělení rehabilitace se všeobecná sestra setkává s pacienty s méně či více závažnějšími diagnózami. Většina těchto pacientů se potýká nejen se svým onemocněním či postižením, ale především se svými emocemi, které jeho motivaci k léčbě a rehabilitaci přímo ovlivňují. A právě emoce jsou na oddělení rehabilitace společným jmenovatelem nejen u pacientů, ale neméně důležitou roli hrají i u ošetrovatelského personálu. V popředí stojí všeobecná sestra, která se stává profesionálním vzorem v empatickém pochopení a porozumění pacientových emocí, které ovlivňují motivaci k rehabilitaci a následně návrat do běžného života. Empatie sestry je nezbytnou součástí emocí a vytváří velice důležitý prvek důvěrnosti ve spojení mezi ní a pacientem, a to jak při verbální, tak i při neverbální komunikaci (Praszkie, 2016, str. 1-25)

Na lůžkovou rehabilitaci jsou pacienti přijímáni po zvládnutí akutní fáze svého onemocnění. Nejčastěji jsou překládáni z neurologie po cévních mozkových příhodách (CMP), dále z ortopedie nebo traumatologie a neurochirurgie po polytraumatech a těžkých operacích. Podle míry imobility jsou nemocní téměř vždy odkázáni na pomoc druhých. Pro úspěšnost léčby a tím pacientův návrat do maximálně samostatného života je pro ošetrující personál nesmírně důležité pracovat s cíli pacientů. Vedle optimální lékařské a ošetrovatelské péče, samozřejmě spolu s komplexní rehabilitační léčbou, je současně vždy naprosto zásadní trvale sledovat a pozitivně ovlivňovat psychický stav každého jednotlivého pacienta. Ne vždy pomohou lékařem naordinované léky nebo intervence klinického psychologa. Pacienti bývají uzavřeni do sebe a rehabilitace tak nepostupuje dle očekávání (Loft et al, 2017, str. 162-174)

V souvislosti s touto problematikou je možné si položit otázky:

1. Jaké jsou aktuální publikované validní poznatky o pozitivní motivaci pacientů k rehabilitaci na oddělení lůžkové rehabilitace?
2. Jaké jsou aktuální publikované validní poznatky o příčinách demotivace pacientů k rehabilitaci na oddělení lůžkové rehabilitace?

Hlavním cílem přehledové bakalářské práce je sumarizovat dohledané aktuální publikované poznatky o motivaci a vzniku demotivace u pacientů na rehabilitačním oddělení.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující dva dílčí cíle:

1. Sumarizovat aktuální, dohledané a validní poznatky o metodách motivace k rehabilitaci u pacientů na rehabilitačním oddělení.
2. Sumarizovat aktuální, dohledané a validní poznatky o faktorech ovlivňujících demotivaci k rehabilitaci u pacientů na rehabilitačním oddělení.

Vstupní literatura:

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., HOUDEK, L., ed., [2015]. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-225-1.

HONZÁK, R., 2017. *Psychosomatická prvouka*. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-9124.

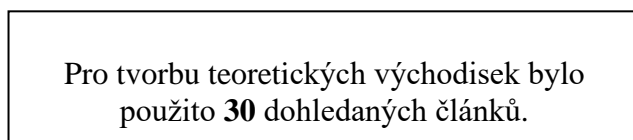
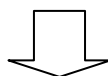
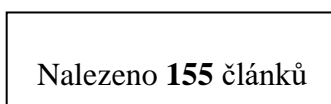
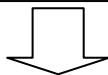
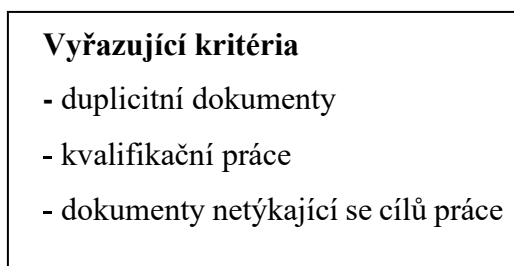
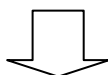
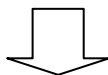
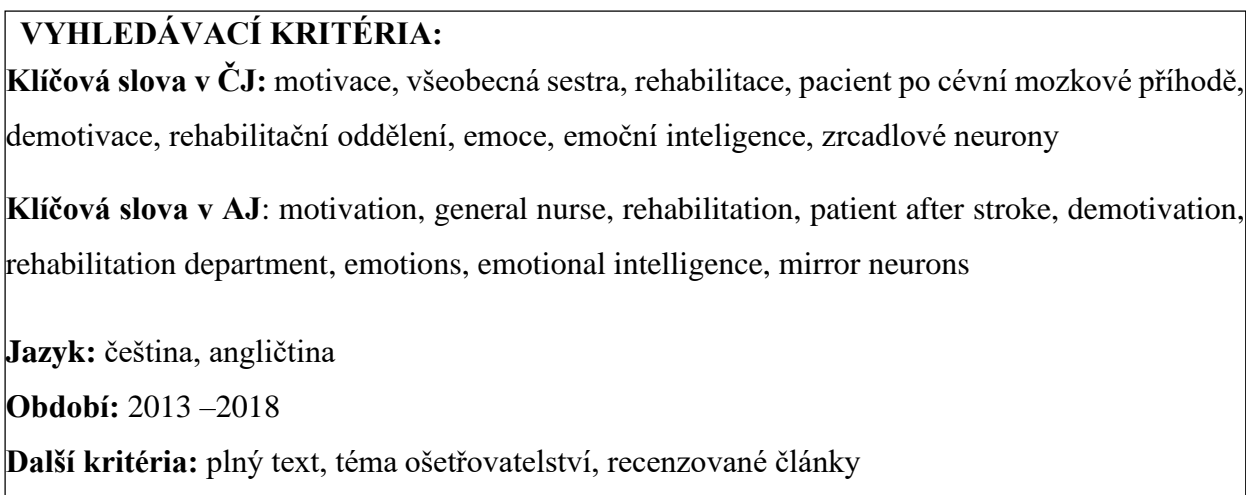
JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/zasady-edukace-v-oseetrovatelske-praxi-163/>

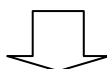
PALMER, S., PALMER J. B., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0348-3.

RAPČÍKOVÁ, T., BOHUŠOVÁ I., HARABIŠOVÁ M., 2018. Motivácia sestier ako efektívny nástroj kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. s. 42-49. ISBN 978-80-87347-40-9.

1 Popis rešeršní činnosti

Pro dohledání validních informací byl použit standartní postup vyhledávání s využitím vhodných klíčových slov a booleovských operátorů.





SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO.....	2 články
ProQuest.....	3 články
PubMe.....	16 článků
Medvik.....	9 článků

2 Motivace k rehabilitaci u pacientů na rehabilitačním oddělení

Celkové snahy o motivaci pacientů mají v rehabilitační léčbě, a samozřejmě zejména v ošetrovatelské péči jako takové, u pacientů na rehabilitačním oddělení naprosto nezbytnou až nezastupitelnou roli. Termín motivace je odvozený z latinského slova *movere*, které znamená hýbat se. Nebo také, pohybovat se, ale hlavně se snažit pohybovat. Samotná motivace se považuje stále jen za psychicky daný stav. Což je však mnohem komplexnější, a zejména ovlivnitelný, fenomén. Motivací rozumíme vše, co každého jedince, zdravého a tím spíše nemocného, vede k volnému úsilí při zvyšování jeho vitality (kvality života). Zjednodušeně, je to jeho trvalá, a hlavně strukturovaná mentální snaha „se posunout dál“. Vše, co člověku pomůže zlepšit kvalitu jeho života. V mládí, ve stáří a zejména v nemoci. A to jak mentálně, zejména emočně, a samozřejmě spolu s tím i somaticky. Zlepšení pohybové kondice, jak ve smyslu „fit“ tak i „gym“ pak je tou „pomocnou berličkou“, která jej posílí v jeho dalším úsilí (motivaci). Nutí jej, aby něco (vy)konal, podporuje ho a vede k uvědomované snaze při cvičení v rehabilitaci i v jeho celkové snaze k návratu do maximálně samostatného (běžného) života. Ne vždy jsou ale pacienti sami natolik motivováni, aby zvládli náročnou rehabilitaci a mohli se tak navrátit do běžného života. Na oddělení rehabilitace pacientům při budování motivace pomáhá celý ošetrovací personál v čele se všeobecnou sestrou. Ta své pacienty motivuje, vede je na jejich cestě ke zdraví, pomáhá jim v jejich nemoci ve všech ohledech. Je to především právě všeobecná sestra, která musí dobře chápat všechny okolnosti, nálady a momentální emoce každého konkrétního pacienta. Pracovat s emocemi nemocného, ale i se svými vlastními emocemi, je vlastně zásadní součástí profesní kompetence sestry. Zvládnout emoce své i pacienta má zkrátka obrovský význam pro celou ošetrovatelskou praxi. Je to především, a jen, šťastná a motivovaná sestra, co svým správným empatickým přístupem motivuje své pacienty (Beckham, Riedford, 2017, str. 79-82).

Budování či zvyšování motivace je u pacientů na rehabilitačním oddělení pro ošetrovatelský personál alfou a omegou. Prognosticky nejtěžší na oddělení lůžkové rehabilitace jsou pacienti po cévní mozkové příhodě (CMP). Iktus se svojí pohybovou ale hlavně kognitivní (emoční) ztrátou představuje nesmírně těžké břemeno. Jak pro pacienty samotné, tak i pro jejich blízké, rodiny, pečovatele a všechny zainteresované. CMP se považuje za jednu z nejvýznamnějších příčin chronické invalidity populace v rozvinutých zemích. Budování či navyšování motivace u těchto pacientů je pro návrat do jejich běžného života nezbytné (Krobot et al., 2017, s.521-526).

Nejdůležitějším kritériem ovlivňujícím zlepšení výsledného stavu pacienta postiženého CMP je především včasné zahájení léčby. Z výsledků studie, zabývající se časovým intervalem od samotného nástupu příznaků akutní ischemické CMP až po zahájení léčby na katetrizačním sále vyplývá, že včasné zahájení léčby, a to do 4 hodin od nástupu potíží, naprosto zásadně ovlivní potenciál zlepšení celkového stavu pacientů. To, co včasnou rehabilitaci a s tím spojeného dobře motivovaného pacienta ovlivňuje, je právě čas. Autoři studie svým výzkumem poukazují na důležitost maximálního zkrácení časové prodlevy. Od doby, kdy se objeví u pacientů první příznak CMP po jejich dopravení do nemocnice. Zdůrazňují, že opravdu v tomto případě „čím déle divadlo trvá, tím hůře pro mozek“. Čím dříve se totiž u pacientů stanoví diagnóza CMP, včas se může zahájit prognosticky efektivní neurointervence (trombolýza nebo trombektomie), a dříve se může zahájit intenzivní rehabilitace. A spolu s tím se také u nemocného ovlivňuje, resp. buduje, motivace. Tedy jeho šance se navrátit do běžného života bez větší invalidity jsou podstatně reálnější (Marchese, Procházka, Widimský, 2016, str. 234-240).

Po zvládnutí akutní fáze CMP další léčba spočívá v co nejrychlejší zahájení ústavní rehabilitace, kdy k obecným pravidlům patří zahájení pohybového tréninku již v prvních dnech po příhodě, a to ještě na iktových jednotkách. Následně k hlavním cílům neurorehabilitace pacientů po CMP patří obnovení tzv. lokomoční samostatnosti neboli samostatného krokového stereotypu. S ohledem na celkový stav a možnosti pacientů jsou dnes v neurorehabilitaci chůze využívány nejrůznější techniky. Základní terapií je vedená chůze terapeutem, dále roboticky asistovaná chůze a nácvik kroků na tzv. chodícím pásu. Nebo dokonce nácvik chůze v odlehčení. Či v použití virtuální reality, která pacientům napomůže v tréninku chůze v měnících se podmínkách. Jako je např. překročení nebo vyhnutí se jakékoliv překážce. Za prokazatelně nejúčinnější formu léčby, díky níž dosahují pacienti po CMP maximálně možnou obnovu samostatnosti, je považována včasná a kvalitní rehabilitace. Právě díky odborně a efektivně prováděné rehabilitaci vznikají u pacientů tzv. nové motorické programy, jež jsou podporovány pravidelným a intenzivním opakováním daného pohybového úkolu. Nejdůležitějším okamžikem a pro pacienty tou největší motivací k další rehabilitaci je chvíle, kdy se pacient znovu postaví na vlastní nohy, proto je rehabilitace chůze považována za tu nej přirozenější a nejefektivnější rehabilitaci (Krobot et al, 2017, str. 521-526). Nejlepší rehabilitací je ta, kterou pacienti dokážou samy. A právě jejich chůze je tím nejdůležitějším bodem, od kterého se rehabilitace odvíjí a která má pro ně obrovský motivující význam. Ve studii zabývající se klinickým hodnocením chůze toto potvrzuje měření na chodícím pásu u pacientů po CMP v subakutní fázi. Z výsledků studie vyplývá, že velkou předností a motivací

pro pacienty je možnost častého opakování chůze na chodícím páse a také postupné navyšování rychlosti či naopak přizpůsobení se jejich zdravotnímu stavu (Ondráčková, Kolářová, 2018, str. 93-101).

Velký důraz je proto kladen na včasnou, kvalitní a efektivní rehabilitaci poskytovanou na odděleních lůžkové rehabilitace, motivování pacientů celým ošetrovatelským personálem v čele se všeobecnou sestrou a na vytváření obohaceného prostředí vedoucí ke zvyšování motivace a rozvíjení každodenních rutin u pacientů, které jim pomáhá ke snažšímu návratu do jeho běžného života. Ve studii postavené na hloubkových, individuálních rozhovorech s pacienty, kteří prodělali CMP, mimo jiné autoři popisují, že pacienti po CMP i přesto udávají nedostatek příležitostí k pohybu mimo terapii na rehabilitačním oddělení. Připadají si „jakoby zbyteční“, když namísto terapie tráví spoustu neaktivního času ve svém lůžku, doslova čekají na milosrdenství někoho jiného. Uzavírají se do sebe a ve svých myšlenkách přemýšlejí, co bude dál, kdo jim pomůže v jejich starostech a obavách a jestli vše zvládnou jako dřív. A právě pomoci pacientům v těchto jejich těžkých chvílích je jedním z hlavních úkolů všeobecné sestry. Ta tráví s pacienty celých 24 hodin denně a stává se tak pro pacienty po celou dobu jejich hospitalizace největší oporou a pomocnicí. Ona je ta, kdo pacienty, v jejich nemoci změněném světě, vlídným slovem a úsměvem povzbudí a pomáhá jim při jejich běžných denních činnostech (ADL). Dle výsledků kvalitativní výzkumné studie pacienti popisovali také nedostatek konkrétních informací, týkajících se volného času mezi jednotlivými rehabilitačními intervencemi. Mnohdy čekali na někoho, kdo jim vůbec řekne co, kdy a jak mají dělat. Prioritou pro celý zdravotnický tým, zejména pak pro všeobecnou sestru, je budování pacientovy motivace. Klást důraz na zvyšování příležitostí k větší aktivitě. Podpořit pacienty v jejich aktivním zapojení při všech ADL činnostech, které mohou napomoci ve struktuře času během dne a tím i vedou ke zlepšení celkové regenerace. Tedy mimo specifickou fyzioterapii a ergoterapii. Cílem léčebné rehabilitace, umožňující pacientům po CMP návrat do běžného života, je především dosažení co nejvyšší možné funkční nezávislosti. Velice důležitá je v tomto případě týmová spolupráce celého ošetrovacího personálu, lékařů, fyzioterapeutů, psychologů, ergoterapeutů a logopedů. Ti všichni hrají při budování motivace u pacientů nezastupitelnou roli. Pacienti jsou na oddělení rehabilitace pomocí takového týmu motivováni k samotné rehabilitaci. Neustálým opakováním se učí pohybovým dovednostem, jako jsou například přesuny z lehu do sedu a následně do vozíku či do stoje nebo také neméně důležitým trénováním sebeobsluhy (Xue Wen Eng et al., 2014, str. 1-8)

U všech pacientů na oddělení lůžkové rehabilitace po prodělané CMP, po těžkém úrazu, amputaci končetiny, operaci páteře, nádoru na mozku, nebo jakémkoliv jiném, závažnějším

postižení, nastává spolu s cílem uzdravení také maximální snaha o jejich motivaci. Motivaci zapojit se do rehabilitační terapie ale i vykonat i jen drobné pohybové úkony sebeobsluhy. Pacienti jsou ale různí a se svými úrazy nebo nemocemi s mnohdy trvalými následky se vyrovnávají každý po svém. Je proto velmi důležité k pacientům přistupovat vždy individuálně a s ohledem na velikost jejich postižení. U pacientů, jejichž zdravotní stav, a potažmo následně i stav emoční, se naráz zásadně změnil, je možnost návratu do jejich běžného života tou nejzásadnější otázkou. Obvykle, pro ně, „velkou neznámou“. A právě motivace se tak stává pro takovéto pacienty tím hnacím motorem, který je má převést přes jejich postižení a pomoci jim navrátit ztracenou nebo oslabenou hybnost (Przewoźnik, Rajtar-Zembaty, Starowicz 2015, str. 64-68).

2.1 Způsoby, metody a prostředky motivace k rehabilitaci u pacientů na rehabilitačním oddělení

Motivace pacientů, podporující jejich uzdravení a návrat do běžného života po různých méně či více závažných onemocnění nebo úrazech, bývá ovlivněna mnoha faktory. Je důležité si uvědomit, že každý pacient vnímá své onemocnění či postižení jinak. V době své nemoci se pacienti stávají zranitelnější a citlivější, jsou vyřazeni ze svého běžného života a touží najít opět svoji rovnováhu. Samotná ošetrovatelská péče je založená na vztahu pacientů s ošetřujícím personálem, přesněji řečeno také na jejich vzájemné komunikaci. Tu jako pojem interpersonální komunikace sester zkoumá ve své studii Vertino (2014, str. 1). Poukazuje na vztah komunikace se známou Maslowovou hierarchií lidských potřeb, kterou v roce 1943 Abraham Maslow popsal jako základ lidského chování z hlediska priorit přežití. Z výsledků studie vyplývá, že použití účinných interpersonálních komunikačních strategií u všeobecných sester v osobním i v profesionálním prostředí snižuje stres a zlepšuje celkovou kvalitu života všeobecných sester. Dále autor studie poukazuje na důležitost týmové komunikace mezi sestrami a přítomnosti dobré morálky mezi sestrami. To vlastně zabraňuje chybám na pracovišti a zajišťuje i „bezpečí“ pacientů. Komunikace je dle autora nedílnou součástí života, bez které bychom nepřežili. Všeobecná sestra využívá ve své profesi nejen verbální, ale, a to především, i neverbální komunikaci. Využívá svého empatického přístupu, úsměvem dodává pohlázení po duši, pohlázením po rameni navozuje přátelskou atmosféru a vlastně tak neustále dodává pacientům naději v jejich uzdravení a motivuje je k návratu do běžného života. Jak autor této studie uvádí, pacienti mnohdy kvůli svému poškození mozku nemohou mluvit, nebo nedokážou přímo popsat, co potřebují, co je trápí. Potřebují tak, aby za ně „mluvily hlasy všeobecné sestry“, při

komunikaci s ostatními zdravotníky. Ty jsou díky neustálému kontaktu s jinými trpícími bytostmi v nejvíce ideální pozici, aby mohly využívat svoji empatickou mezilidskou komunikaci. A tím vlastně podporují i svůj vlastní emoční, psychologický a duchovní vývoj. Návrat pacientů do běžného života a k tomu potřebnou motivaci ovlivňuje mnoho faktorů. Záleží, jakou mají pacienti nejen povahu, ale i osobní konstituci a jak se dokážou vyrovnat se svým onemocněním. Neméně důležité je i jejich rodinné a celkové sociální zázemí a také i do jak kvalitního zdravotnického zařízení se po svém úrazu či onemocnění dostanou.

Cílem přehledové studie, věnující se vztahu sestra-pacient, je poukázat nejen na důležitost vzájemného porozumění mezi všeobecnou sestrou a pacienty, ale i na uspokojování jak potřeb pacientů, tak i potřeb všeobecných sester. Autorky ve své studii poukazují na důležitost komunikačních dovedností všeobecných sester, které jsou při poskytování ošetrovatelské péče nepostradatelné. Prioritou a zároveň zárukou kvalitní ošetrovatelské péče je péče založená na vztahu všeobecné sestry a pacienta a na uznávání člověka jako jedinečné lidské bytosti (Stasková, Tóthová, 2015, str. 212-217).

Jak i ve své studii autoři Loft et al. (2017, str. 162-174) uvádějí, všechno je možné ve prospěch pacientů a jejich vyléčení ovlivnit kvalitním, pozitivním, a především emotivním přístupem ošetrovatelského personálu. Všeobecná sestra hraje u pacientů v procesu motivace k rehabilitaci naprosto zásadní, až klíčovou, roli. Pojem rehabilitace je ve studii označován jako časově ohraničený cílený proces, zahrnující spolupráci pacientů s různými zdravotnickými odborníky a rodinou. Ve studii konvergentních smíšených metod se autoři zaměřili na výsledky vzdělávacího programu Rehabilitace 24/7, který měl za úkol u všeobecných sester navýšit znalosti o rehabilitaci a motivaci k ní u pacientů po CMP na oddělení lůžkové rehabilitace a vyplnit tak u pacientů aktivními intervencemi časové ztráty v prostoru mezi vlastními terapiemi. Název vzdělávacího programu vychází právě z důvodu navýšení rehabilitace na 24 hodin denně po dobu sedmi dnů v týdnu. Pro vzdělávací program Rehabilitace 24/7 byly navrženy dva hlavní cíle:

- Systematicky pracovat s rehabilitačním přístupem ve všech aspektech péče o pacienta
- Úmyslně a systematicky pracovat s navrženými cíli pacientů

Vzdělávacího programu, zahrnujícího tři workshopy, dotazník a polo-strukturované rozhovory, se povinně zúčastnilo celkem 27 všeobecných sester z oddělení lůžkové rehabilitace. Všeobecné sestry dle výsledků studie po absolvování vzdělávacího programu Rehabilitace 24/7 dokážou svou specifickou péčí během celého dne významně ovlivnit kvalitu rehabilitace. A to zcela rovnocenně jako fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Všeobecné sestry také pak popsaly uvědomění si “všech těch malých věcí“, které s pacienty vykonávají prakticky celý den.

Pomáhají pacientům vstát, provést hygienu, najíst se, obléknout, nebo často i v noci se dopravit na toaletu. Uznavy také, že „najednou vidí“, jak svou pomocí během celého dne příznivě ovlivňují psychiku pacientů, což jednoznačně vede k navyšování jejich motivace. Výzkum přinesl všeobecným sestřím i pozitivní výsledky v prohloubení znalostí v ošetrovatelství s rehabilitačním přístupem k pacientům postiženým CMP. Pochopily více jejich omezení způsobené mozkovou příhodou, prohloubily si znalosti o specializaci rehabilitace u CMP a naučily se s pacienty také efektivněji komunikovat. Jako největší pozitivum výzkumu všechny všeobecné sestry uvedly uvědomění si svojí významné role v rehabilitační péči. Uvědomily si, že jsou to právě ony, kdo může pacientům postiženým CMP svým 24 - hodinovým ošetrovatelským a rehabilitačním přístupem, snad nejvíce, napomoci v jejich motivaci k rehabilitaci a snazšímu návratu tak do jejich běžného života.

S motivací v procesu uzdravování a léčby jako takové souvisejí především emoce. Ať už se jedná o emoce samotných pacientů, nebo emoce všeobecné sestry. Emoce v ošetrovatelské péči hrají velmi významnou roli a jsou základem citové složky každé osobnosti. Rozsáhlá studie polských autorů Kozłowski et al. (2017, str. 1-13), se zaměřila na vztah emoční inteligence (EI) a klinického rozhodování (CDM). Emoční inteligence představuje u současného člověka (*Homo sapiens, sapiens*) komplexní schopnost pracovat s emocemi. Svými i okolních osob. Emoce kontrolovat, hodnotit a rozpoznávat. Zjednodušeně tedy zvládat emoce vlastní a ovlivňovat emoce druhých. Emoce u zdravotnického personálu dle výzkumu představují velmi silný a všudypřítomný prvek v procesu klinického rozhodování. Bez emocí jsou klinická rozhodnutí nazývána jako podřadná a mechanická. Emoce samotné dle výsledků studie ovlivňují zdravotnické pracovníky, jejich péči o pacienty a také velmi úzce souvisí s emoční inteligencí zdravotníků. Nikoli jen u lékařů, ale především u všeobecných sester je naprosto zásadní zvládnutí emocí. Je to silný znak profesionality! Všeobecné sestry tráví s pacienty 24 hodin denně a jsou to tedy právě ony, které svým emotivním přístupem a s ní související neméně důležitou EI motivují pacienty k rehabilitaci a k návratu do jejich běžného života. Současně je autory v této studii v klinickém rozhodování sester vyzdvihována přítomnost empatie a soucitu s pacienty. Jen „všímavá“ a empatická sestra vidí i na tichých (introvertních) pacientech, že něco není v pořádku, soucítí s nimi a dokáže jim v jejich trápení pomoci. Empatie a soucit tedy dle výzkumu představují mocnou sílu v motivaci při poskytování holisticky vhodných intervencí v ošetrovatelské péči.

Empatií všeobecných sester se zabývají také autoři Bourgault et al. (2015, str. 323-328) ve své pilotní studii. Poukazují na nízkou úroveň empatie u všeobecných sester, které ošetřují pacienty trpícími bolestmi. Takoví pacienti jsou nejen na odděleních urgentních příjmů, kde

byla pomocí dotazníků prováděna tato studie na 40 francouzských sestřích, ale i na jiných odděleních, mezi které patří i oddělení lůžkové rehabilitace. Rehabilitace mnohdy bolí a často pro trvalou bolest dochází k frustraci nejen pacientů, ale i u fyzioterapeutů a všeobecných sester. Z výsledků studie vyplývají dvě skutečnosti:

(1) Všeobecné sestry pečující o celkově psychosomaticky stigmatizované nemocné „doslova bolavé pacienty“, vykazují velmi často nedostačující míru vlastní empatie. U všeobecných sester hrály velkou roli jejich psychosociální změny. Naopak spojení individuálního potenciálu všeobecné sestry pozitivně motivovat pacienty a současně mít momentálně i dlouhodobě dobrý vlastní sociální „blahobyť“, vykazovalo vysokou korelaci k výsledkům pozitivní motivace a prevenci demotivace u pacientů.

(2) Současně existuje vysoká korelace mezi momentální emocí všeobecných sester a déle trvající negativní náladou a jejich vlastním psychosociálním zázemím („blahobytem“)

Zjednodušeně lze říci, že všeobecná sestra, která má dobré psychosociální zázemí a dokáže pracovat se svými emocemi, je více „pohodová“, a je jednoznačně lépe schopna motivovat psychosociálně těžší pacienty.

Zvýšená emocionální zátěž ale může u všeobecných sester vyvolat syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je dle Circenis et al. (2015, str. 86-91) popisován jako duševní porucha zdraví související s prací a vyznačuje se nejčastěji emočním vyčerpáním, depersonalizací a sníženým osobním pracovním výkonem. Autor ve studii na 60 -ti všeobecných sestřích v Litvě popisuje v prevenci syndromu vyhoření význam tzv. supervize, která přispívá ke snížení úzkosti, deprese a únavy z jejich práce. Supervize tak pomáhá všeobecným sestřím více pochopit své emoce, sebe samotné a prostřednictvím supervizora v procesu emoční podpory může zvýšit kvalitu poskytované péče pacientům a tím je více motivovat. Dle Janíkové a Bužgové (2017, str. 363-378) je supervize popisována jako proces zaměřující se na podporu profesní autonomie, rozšíření vědomostí, podporu pracovního růstu a zlepšení organizace práce. Souvislost supervize s emoční inteligencí všeobecných sester popisují autoři ve své studii Cruz, Carvalho, Sousa (2014, str. 97-101) a poukazují na zlepšení duševního zdraví nikoli jen u supervidovaných všeobecných sester, ale i u jejich pacientů. Podotýkají, že spokojená sestra má spokojené pacienty. Pokud se ona usmívá, potom se usmívají i samotní pacienti a dochází tak k optimálnímu navyšování jejich motivace tolik potřebné v procesu léčebné rehabilitace. Souvislost mezi motivací sester a syndromem vyhoření je popisována také v kvantitativním výzkumu u všeobecných sester ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Výzkum byl prováděn pomocí standardizovaného a nestandardizovaného dotazníku motivačních faktorů, který byl založen na principech Herzbergovy dvoufaktorové motivační teorie a probíhal prostým

záměrným výběrem všeobecných sester a jejich následným rozdělením do dvou skupin, a to na sestry neohrožené syndromem vyhoření a na sestry již syndromem ohrožené nebo syndrom vyhoření prokazující. Ve výzkumu bylo také poukázáno na důležitost dobře motivovaného personálu a bylo potvrzeno, že zvyšující se míra jejich uspokojení snižuje míru syndromu vyhoření (Ježorská, Vévoda, Chrastina, 2014, str. 9-15).

Důležitost pracovat zejména s vlastními emocemi potvrzuje studie u 1241 kanadských všeobecných sester. Záměrem studie byly emocionální kompetence, které mají pro ošetrovatelskou praxi velký význam. Vysoká míra vlastní EI, silný charakter, morální svědomí a nekompromisní oddanost ideálům profese všeobecné sestry, a současně i její praktické dovednosti, silně korelují s výsledky celkové ošetrovatelské péče v komplexní rehabilitaci. Tedy v tomto smyslu jsou pro všeobecnou sestru naprosto nedocenitelné zejména optimistický náhled na vlastní život a vysoké morální svědomí. Sestra s emoční schopností disponuje vysokou úrovní emoční inteligence a prokazuje věrnost určitým zásadám. Z výsledků studie vyplývá, že každá sestra k rozvoji emočních schopností uznává svoji osobní motivaci a musí být odpovědná za realizaci svého osobního akčního plánu (Beckham, Riedford, 2017, str. 79-82)

Součástí emoční inteligence všeobecné sestry jsou její empatie. Empatie je chápána jako schopnost dívat se na svět očima jiného člověka, s pochopením jeho pocitů a vcítit se takzvaně do jeho kůže. Českou verzi škály Emocionální empatie odvozené z původní anglické škály Emotional Empathy Scale (EES) uvádí studie autorů Seitl, Charvát, Juřicová (2017, str. 47-70). Škála byla vytvořena k ohodnocení vlastních emocionálních empatií. Samotnou empatii rozlišujeme na empatii kognitivní čili rozumové chápání prožitku. Dále účastnou (syntaktickou), představující pomocí nejvhodnější empatie rovnováhu mezi logikou, emocí, a nakonec empatii emocionální, kterou autor ve studii popisuje jako emočně vnímané prožívání druhého člověka. Anebo také jako emoční odpověď na jeho afektivní stav. Emocionální empatie ovšem může být jak dobrá, tak i „špatná“ (nedostačující). U „dobré empatie“ všeobecná sestra dokáže své pacienty pochopit, cítí jejich emoce a stává se tak jejich „dobrým andělem“, který pomůže, pohladí, usměje se a motivuje jak pacienty, tak i sebe ve své profesi. Naopak nedostačující emocionální empatie vzniká z tzv. přesycení empatiemi. Takto „přetížená sestra“ se musí více soustředit na své sebeovládání a profesně tak selhává.

Naprosto velkou a zásadní změnou ve spojení s empatiemi se stalo objevení tzv. zrcadlových neuronů, kterým se věnuje ve své studii Praszquier (2016, str. 1-25). Autor popisuje empatie propojené s neurovědou jako vnímané afektivní reakce. Uvádí, že všechno začíná tzv. „emocionální nákazou“, což představuje primitivní formu empatie. Schopnost empatie je

naprosto zásadním prvkem ve verbální či neverbální komunikaci. Empatií se obecně rozumí schopnost cítit to, co ostatní. Autor ji popisuje jako pocit „být v botách druhého“. Tato (profesně vypracovaná) schopnost je pro všeobecnou sestru v péči o pacienty a budování tak jejich motivace velkou předností. Pro skutečně „dobrou sestru“ je schopnost vědomého zrcadlení (odezírání) pacientových emocí naprostou nutností. Právě toto zrcadlení pacientů umožňuje všeobecné sestře být empatická. Ve studii autor zkoumá, jak lidé pracují se svými myšlenkami prostřednictvím empatických vztahů, a poukazuje na neuronální mechanismy, které tento proces organizují. Hlavní průlom pro neurovědu ve významu zrcadlových neuronů podtrhuje také autor Carvalho et al. (2013, str. 517-523). Samotný název zrcadlové neuronů pramení z jejich schopnosti zrcadlit akce a chování ostatních. Zrcadlové neuronů jsou základem empatických procesů, což funguje jako nevědomý proces při spouštění aktivace stejné části mozku, jako když pozorujeme a cítíme emoce u jiných. Studie zkoumá výsledky rehabilitace u pacientů po CMP s použitím různých přístupů. K nejhlavnějším patří léčba hemiparézy specifickou zrcadlovou terapií. Účinnost v léčbě pacientů po CMP prokázaly studie představivosti (vizualizace a imaginace) pohybu u druhého, jejímž základním předpokladem je právě aktivace „zrcadlových neuronů“. S pomocí tzv. zrcadlové terapie se zlepšila regenerace pohybů u pacientů, za použití zrcadla, které odráží činnost zdravé končetiny zakrývající tu postiženou. Tato technika potvrdila, že neuronová síť zodpovědná za provádění pohybu dané oblasti těla může být také použita pro řízení pohybů kontralaterálně, tedy ležících na opačné straně těla pacienta. Tento jednoduchý úkol se stal myšlenkou zrcadlové terapie s cílem „přeškolit mozek“, zlepšit adaptabilitu, nebo nově také neuroplasticitu. Pacienti tak mohou provádět řadu pohybů se zdravou končetinou, což se odráží v zrcadle a mozek pacientů je vlastně takto „podveden“, protože si myslí, že pohyb provádí končetina postižená a tento okamžik se právě stává pro pacienty v jejich léčbě nesmírně motivujícím. Výsledky této studie dokazují, že experimentální pokroky se zrcadlovými neuronů přinášejí nové terapeutické přístupy k rehabilitaci u pacientů po cévní mozkové příhodě. Autor Gallese (2014, str.1-10) připomíná vůbec první využití zrcadlových buněk u opic makaků. Znovu popisuje aktivování zrcadlových neuronů u opic nejen při provádění určité akce související s objektem, ale také při pozorování někoho druhého, kdo stejnou akci provádí. Tato nová perspektiva přispěla k oživení pojmu a zájmu o empatii. A právě v ošetrovatelské péči u pacientů po CMP, ale i jiných postiženích, jako třeba u nádorů mozku nebo polytraumatech, má všeobecná sestra, fyzioterapeut i ostatní klinický personál jedinečnou příležitost svým empatickým přístupem aktivovat zrcadlové neuronů pacientů a vést je tak ke kvalitnější rehabilitaci, motivaci a rychlejšímu návratu do běžného života. Dle Marshall (2014, str. 6531) už samotné dřívější

objevení zrcadlových neuronů u makaků u vědců způsobilo touhu objevit podobně zázračné zrcadlové neurony i u lidí, což nastartovalo nový obor studia neurověd. Od té doby bylo vydáno několik studií, ve kterých vědci tvrdí, že zrcadlově podobné systémy u lidí jsou základem všech zážitků od řeči přes emoce a bolest až k hudbě.

Od napodobování pohybů pomocí zrcadlových neuronů je v rehabilitaci pacientů po CMP velice blízko k tréninku prostřednictvím motivačního hraní, jehož význam popisují ve své studii Pyae, Luimula, Smed (2015, str. 1-11). Rehabilitace hraje v terapii pacientů po CMP nesmírně velkou roli. Motivace pacientů je při rehabilitaci totiž zásadní. Většina rehabilitačních technik jsou ale pro pacienty mnohdy únavné a monotónní. Proto se autoři ve své studii zaměřili na větší zapojení pacientů do rehabilitace pomocí digitálních her, díky kterým se pacienti cítí více motivováni a vtaženi do rehabilitace daleko více než při klasické terapii. Ale protože většina komerčních her není dobře navržena pro pacienty po CMP, je cílem této studie porozumět motivačním požadavkům pacientů jak při provádění rehabilitace, tak i pro jejich návrat do běžného života. Zjištěné motivační faktory pacientů po CMP v rehabilitaci mohou pomoci konstruktérům her vymyslet a vytvořit jejich obsah. Navíc tato zjištění mohou také pomoci především všeobecným sestřám a terapeutům, kteří se zabývají motivací pacientů po CMP na rehabilitační úrovni. Konvenční rehabilitační cvičení zahrnují většinou po sobě se opakující pohyby postižené končetiny, což pacienti ve studii popisují jako únavné a nudné, protože se opakují. Na všeobecné sestře tak většinou zůstává zbývající čas dne po terapiích, aby pacienty zabavila nebo aby je motivovala k provádění ADL (běžným denním činnostem).

V nastavení rehabilitační terapie u pacientů po CMP, ale i po těžších úrazech či postiženích, je důležité nabídnout pacientům konkrétní cíl. Nemusí být „velký“ ale v krátkodobém čase (den až několik dnů) splnitelný. Jeho dosažení tak pacienty pozitivně motivuje a posiluje je v další snaze k jejich uzdravení. Samotné zvládání těchto menších cílů je jako skládání mozaiky, a to je pro pacienty velmi motivující a jak uvádějí ve své studii autoři Eldar et al. (2016, str. 15-24) důležité je také odměňování v rehabilitační terapii pochvalami a povzbuzování k dalšímu splnění cílů. Dle výsledků studie motivaci pacientů ovlivňuje i jejich nálada, kterou mohou ovlivnit někdy i špatné zkušenosti pacientů. Je to tedy pak hlavně všeobecná sestra, která formou očekávané (anebo také podle situace a osobnosti pacientů i neočekávané) „odměny“ pomáhá dalším specialistům (fyzio a ergo-terapeutům, logopedům či klinickým psychologům) v pohybové a kognitivní rehabilitaci. Také úsměvem, povzbuzením a „svým osobním kouzlem“ vlastně zlepšuje pacientům jejich náladu. Přípravuje pacienty na rehabilitační zátěž. Například stanoví, či doslova úsměvem, gestem i slovy povzbudí, jednoduše

„zlidští“ jejich ráno, naladí je na jejich denní rehabilitační cíl a odpoledne je zase „pochválí, jak byli šikovni a úžasni“.

Jsou to tedy hlavně, a především pozitivní duševní stavy, které vedou pacienty k motivaci. Například autoři Amoah et al. (2018, str. 66-71) ve své studii uvádějí až paradoxní zlepšení kvality života u pacientů po amputaci dolní končetiny z důvodu cévního onemocnění. Pozitivní emoce u nich vyplývaly ze snížení bolesti a utrpení a přímo napomohly pacientům v jejich víře ve výsledek zdárné rehabilitace, což vedlo k posílení tzv. pozitivní psychologie a potlačení jejich demotivace.

2.2 Faktory demotivace k rehabilitaci u pacientů na rehabilitačním oddělení

V praxi se na oddělení lůžkové rehabilitace klinický personál často setkává i s demotivovanými pacienty. Rehabilitace v tomto případě u pacientů nepostupuje ideálně jako u pacientů motivovaných. Naopak se u nich začíná manifestovat postupný nezáměr, jak o léčbu a rehabilitaci samotnou, tak i své okolí. Demotivaci pacientů ovlivňuje spousta faktorů, jako je například míra postižení či závažnost onemocnění pacientů, strach a obavy, vznik deprese či nedostatečné rodinné a sociální zázemí. Demotivovaní pacienti se stávají čím dál více pasivnějšími, a to jak ve svých kognitivních funkcích, tak i ve svém motorickém projevu. Nastává nejen pro pacienty, ale i pro terapeutů a celý ošetřující personál, velmi obtížná situace, kterou popisují v kvalitativní studii autoři Torbjörnsson et al. (2017, str. 57-63). Cílem autorů je přiblížit pacientovy zkušenosti s plánovanou amputací dolní končetiny způsobenou komplikacemi diabetu. Ty následně ovlivňují jejich celkovou motivaci po amputaci. Studie popisuje rozhovor s třinácti pacienty s cévním onemocněním po amputaci dolní končetiny na úrovni holenní, kolenní nebo femorální. Na základě výpovědí probandů jsou výzkumníky identifikovány 3 různé fáze, kterými si kvůli amputaci pacienti procházejí.

- fáze rozhodnutí (kdy se pacient rozhodne, že amputaci opravdu podstoupí)
- fáze chirurgická (samotná operace a bezprostřední čas po ní)
- fáze rehabilitační (adaptace pacienta do nového života, motivace k rehabilitaci)

Všechny fáze pacienti popisují jako velmi náročné. Důležitou roli v rozhodnutí se k amputaci příkládají lékaři, protože jak uvádějí, špatný vztah s chirurgem, či dokonce někdy jeho lhostejnost, u pacientů rozvíjela demotivaci k další terapii a rehabilitaci. Proto je zdůrazňováno rozvíjení partnerství pacientů s chirurgem, aby se zvýšil pocit oboustranné účasti na celkové péči. Pacienti potřebují tedy lepší informace o amputaci dolní končetiny a jejích důsledcích, aby byli lépe připraveni na celý proces. Pro zvýšení kvality života pacientů a snížení

zbytečného utrpení může být amputace představena dříve v procesu jako cenná možnost léčby a tím se snižuje samotná demotivace pacientů vedoucí k jejich návratu do běžného života. Pacientům krátce po amputaci dolní končetiny na základě cévního onemocnění se věnují také ve své studii autoři Madsen et al. (2016, str. 573-581). Pomocí konstantní srovnávací metody výsledky studie popisují zkušenosti u 11 pacientů v následných rehabilitačních zařízeních, a to v prvních 4 týdnech po amputaci. Pacienti prožívající událost měnící jejich život si procházejí třífázovým procesem. V první fázi provází pacienty ztráta kontroly. Do této fáze spadá podkategorie ohromení a závislosti na druhém. V druhé fázi se pacienti vyrovnávají se zvládnutím šoku ve třech podkategoriích: přijetí změny života, pochopení ztráty končetiny a bojující dualismus (spor dvou protikladných principů mám a nemám končetinu). Třetí fází je opětovné získání kontroly se dvěma podkategoriemi: řízení důsledků a budování naděje a motivace. Výsledky studie vysvětlují chování a prvotní obavy pacientů krátce po amputaci a popisují jejich proces uvědomování si, že prožívají událost, která jim mění život. Může mít následky v podobě ohrožení jejich osobnostní identity. Jak je z výsledků studie patrné, pacienti se během procesu kognitivně i emočně mění. U mnohých často strachem a obavami („co bude dál“) narůstá jejich demotivace a nezáměr k rehabilitačním nácvikům chůze po amputaci. Tato studie podává jedinečný pohled na zranitelnou skupinu pacientů, která dříve zkoumána nebyla a která upozorňuje na morální a etickou povinnost v plánování a poskytování komplexní péče tak, aby vyhovovala fyzickým, praktickým, a hlavně emočním potřebám pacientů.

Ve studii klinického pozorování v rehabilitačních centrech autoři Przewoźnik et al. (2015, str. 64-68) vysvětlují, že také pacienti po CMP se od sebe motivací a ochotou denně provádět rehabilitační cviky mnohdy mohou výrazně lišit. Samotné neurologické diagnózy bývají samy o sobě příčinou vzniku psychických (hlavně emočních) změn u takto postižených pacientů. Udržení jejich motivace v celém průběhu terapie se stává jak zkouškou osobnosti daného pacienta, tak velkým úkolem pro celý zdravotnický personál. Často se stává, že takto demotivovaní pacienti nejeví o terapii ani rehabilitaci zájem a stávají se apatickými. Kognitivní a emoční potíže jsou u pacientů postižených CMP velmi běžné a vždy snižují motivaci k účasti na rehabilitaci. Pacienti jsou mnohdy omezeni schopností vůbec porozumět jak fyzioterapeutovi při terapii, tak ošetřujícímu personálu při jeho pobízení a učení se všech ADL činnostech. Snížení motivace pacientů závisí především na jejich emočních a kognitivních potížích nebo také na jejich omezení, způsobeným CMP vůbec porozumět jednotlivým pokynům. V oblasti poruchy vyjadřování a artikulace se jedná „jen“ o motorickou poruchu mluvy (dysartrii) nebo až závažnější druhy afázií, které způsobuje ložiskové postižení mozku a pacienti tak trpí poruchou či dokonce ztrátou řeči. V takových případech, kdy se mnohdy nelze

s pacienty dobře domluvit, nastává pro ošetřující personál, rodinu i pacienty samotné v motivaci k rehabilitaci a návratu tak do běžného života nelehký úkol.

Někdy se také dle autorů Pyae, Luimula, Smed (2015, str. 1-11) stává, že dojde z různých důvodů k dřívějšímu ukončení rehabilitace u pacientů po CMP, a to může vést k jejich trvalému postižení. Přítomnost motivace u pacientů má totiž zásadní vliv na zdárnou rehabilitaci a výrazně ovlivňuje jejich návrat do běžného života. Existují ale i další faktory způsobující pacientům demotivaci v průběhu rehabilitační terapie. Bývá to hlavně nedostatek sociální podpory od rodinných příslušníků nebo přátel, potíže spojené s cestováním a dopravením se tak do rehabilitačního centra nebo nedostatek pečovatелů, na kterých jsou pacienti po CMP závislí. Někdy ale i přílišná péče rodiny může u pacientů navodit jejich demotivaci. Pacienti jsou mnohdy rodinným blízkým doslova ochraňováni od starostí o sebe, přestávají se snažit cokoliv pro sebe a kolem sebe udělat a stávají se v postupu rehabilitace a budování motivace čím dál více pasivnějšími. Nemusejí se tolik snažit, protože on to za ně „někdo udělá“. V takovém případě je velká úloha na ošetřujícím personálu v čele se všeobecnou sestrou, aby rodinným příslušníkům, takto „opečovávající“ své blízké, s ohledem na pacientův zdravotní i psychický stav vysvětlili důležitost pacientovy samostatnosti při vykonávání všech ADL činností. Jen takto se pacienti mohou krůček po krčku začít navracet do běžného života.

Po CMP se u pacientů méně či více změní kvalita života. Ta u pacientů může způsobit nárůst demotivace k další rehabilitaci a tzv. chuti navrátit se zpět do alespoň částečně běžného života. Z výsledků studie, skládající se z průřezové a perspektivní části a zabývající se psychickou pohodou a vnímanou kvalitou života vyplývá, že u 341 dotazovaných pacientů po prodělané první mozkové příhodě v době 6 měsíců po propuštění z nemocnice, hrála vnímaná kvalita života těchto pacientů velkou roli. Mezi nejčastější příčiny narušující kvalitu života u pacientů po CMP autoři výzkumu poukazují na deprese, úzkosti, přetrvávající postižení řeči, zvýšený krevní tlak a zvýšené hladiny natriuretických peptidů v mozku (Kielbergerová et al., 2015, s. 375-383).

Poškození cévních mozkových struktur po CMP může u pacientů zanechat také negativní emoční stopy. Pacienti trpí nízkou motivací k rehabilitaci, to má za následek menší pokrok v samotném procesu rehabilitační terapie a snížení tak i kvality života pacientů. A právě u pacientů po CMP stran budování motivace jde často o velmi složitou záležitost. Tito pacienti si totiž mnohdy v závislosti na svém postižení mozku ani neuvědomují svou poruchu. Jedná se o tzv. anosognósi, což je stav, který u pacientů způsobí absenci povědomí o jejich vlastní nemoci. Většinou se anosognósie vyskytuje u pacientů s postiženou pravou hemisférou a mnohdy má za následek i odmítání se vůbec zúčastnit vlastní rehabilitace. Pacienti si mnohdy vůbec

neuvědomují, jaké onemocnění je postihlo a myslí si, že život půjde dál, že budou zase pracovat jako dřív. Vůbec „jim nedochází“, jakým způsobem a do jaké míry jej budou limitovat funkční ztráty, v důsledku CMP. Pacienti s anosognózií zaujímají pasivní postoj nejen k léčbě ale i k samotným nácvikům všech ADL činností. To představuje velký problém jak pro ně samotné, tak hlavně pro fyzioterapeuty a snad nejvíce pro ošetřující personál, který musí vynaložit daleko větší úsilí při budování jejich motivace. Mezi další důvody vzniku demotivace a tím pádem oslabení pacientovy motivace k rehabilitaci může být u všech „těžších“ pacientů, nejen po CMP, velmi častá přítomnost depresí a úzkostí. I již zmíněné „ne-uvědomění si“ vlastní nemoci, především ale neuvědomění si svých ztrát kognitivních funkcí. Stejně tak ale i nepřiměřená rodinná podpora, neuspokojivá či naopak nadměrná. (Przewoźnik, Rajtar-Zembaty, Starowicz, 2015, s. 64-68).

Zdravotnický personál na oddělení rehabilitace, hlavně terapeuti a všeobecné sestry proto musí brát ohled na celkový zdravotní stav pacientů, který jim mnohdy neumožňuje se aktivně v plné míře rehabilitace zúčastnit. Pacienti po CMP mohou být postiženi tzv. neglect syndromem. Autoři Stacho, Krobot, Hájková (2016, str. 3-9) v kazuistické studii uvádějí, že neglect syndrom se u pacientů projevuje neschopností vnímat a zpracovávat podněty z postižené strany. Pacienti nedokážou na tuto stranu ani reagovat a soustředit se, chybí jim v ní orientace, pozornost a představivost - tzv. imaginace. Pacienti se v praxi neumějí například správně učesat, neoholí si polovinu tváře, nezvládnou se správně obléci, nepřečtou dobře souvislý text, a dokonce i jídlo sní pouze z jedné poloviny talíře. Jak dle citování autorů studie uvedl i významný britský neurolog Oliver Sacks „*Je-li ztráta vnímání jednou polovinou a jedné poloviny těla úplná, chová se pacient jako by polovina světa náhle přestala existovat v jakékoliv podobě a formě. Takoví pacienti jednájí jako by se nalevo od nich nejen nic nedělo, ale jako by se tam ani nic dít nemohlo*“. (Stacho, Krobot, Hájková, 2016, str. 3-9). Přítomnost takového postižení často vede k závažné funkční ztrátě a je mnohdy příčinou trvalé invalidity. U některých pacientů bez typických klinických příznaků však nemusí být neglect syndrom pozorován v tom pravém slova smyslu, tito pacienti mohou pouze více preferovat určité části prostoru. Ve studii byl pro rozlišení těchto poruch použit speciální přístroj The Eye Tribe, který monitoruje přirozené pohyby očí a vyhodnocuje tak sledovací strategii posuzovaných pacientů. Ke studii byli vybráni tři probandi, dva pacienti po CMP, jeden s pravostrannou a druhý s levostrannou lézí a třetí proband byl zdravý. Z výsledků studie vyplývá, že nejen u pravostranných lézí, která je historicky spjata s neglect syndromem, ale i u postižení levé hemisféry se mohou objevit projevy neglect syndromu. V přístupu fyzioterapeutů, ošetřovatelů a všeobecných sester k těmto pacientům je tedy nutno vždy brát ohled na postiženou stranu

pacientů neglect syndromem, ale zároveň je důležité je vést k důslednějším zapojování dané opomíjené strany ve všech ADL činnostech. V praxi to především pro všeobecnou sestru, která s pacienty tráví nejvíce času, znamená, k takovému pacientovi přistupovat tak, že většinu vjemů a pozornosti směřuje na pacientovu opomíjenou stranu. Tím ho motivuje k provádění všech intervencí a zapojování postižené strany, což postupuje sice pomalými krůčky, ale tato snaha a píle se vyplácí a pacienti se touto motivací snáze navrací do běžného života.

Pacienti po CMP trpí téměř vždy psychologickými potížemi, nebo až skutečnými neuropsychiatrickými poruchami. Asi u jedné třetiny pacientů dochází k rozvoji apatie, úzkosti či deprese. Tyto potíže jsou považovány za nejčastější neuropsychiatrické následky cévních mozkových příhod. Neuropsychiatrické následky tak často znemožňují pacientům se zcela zapojit do procesu rehabilitace a mohou mít negativní vliv jak na jejich zotavení, tak na snížení kvality a mohou také vést i k vyčerpání pečovatele (Ferro et al., 2016, str. 269-280). Vznik deprese tak bývá u pacientů naprosto zásadním faktorem způsobujícím nárůst demotivace k rehabilitaci. V přehledové studii autorů Štětkářové a Horáčka (2016, str. 626-638) se udává, že deprese velmi významně (negativně) ovlivňuje motivaci k rehabilitaci, nejméně u 20 % ale také až u 70 % u pacientů po hemoragické ale i ischemické CMP. Tento stav se konvenčně (odborně) označuje jako „post-stroke depression“ (PSD). Nejvíce postihuje pacienty během prvních třech měsíců od vzniku CMP. A to nejen u hospitalizovaných pacientů, ale i v domácím prostředí, kde deprese může vzniknout až do jednoho roku od vzniku CMP. Samozřejmě nejen pacienti po CMP trpí depresemi. Každý pacient se na oddělení rehabilitace nějak potýká se svým postižením a svůj handicap prožívá jinak. Někdy se stává, že pacienti po těžké autonehodě, při které přišli o dolní končetinu, jsou na tom psychicky lépe než pacienti například po zlomenině loketní kosti, u kterých nastaly komplikace v podobě omezené hybnosti dané končetiny. U všech hospitalizovaných pacientů je proto velice důležité včas odborně odhadnout jejich potíže. Při stanovení diagnózy deprese je správnou volbou rychlé nasazení antidepresiv. Správná léčba depresivních příznaků potom pacientům pomáhá zvyšovat motivaci k rehabilitaci a významně tak ovlivňuje samotnou kvalitu života. Na rozvoji deprese se mnohdy podílí několik rizikových faktorů. Řadí se mezi ně faktory biologické a psychologické. Současně se přitom nesmí zapomenout na individuálně specifické okolnosti profese a sociálního zázemí nemocného. Mezi hlavními klinickými příznaky u deprese jsou často u pacientů pozorovány změny psychomotorického tempa, poruchy myšlení a nálady.

Deprese u pacientů také významně mění jejich kognici. K příznakům deprese, které negativně působí na samotnou kvalitu života pacientů, patří kognitivní dysfunkce, výrazně ovlivňující fungování pacientů v jejich denním životě. Deprese způsobuje u pacientů obecné

snížení kognitivní výkonnosti, což může mít v mnoha případech za následek snižování motivace k rehabilitaci a rozvíjení tak demotivace (Češková, Příkrylová -Kučerová, 2018, str. 396-404).

Depresivní náladu u pacientů popisují také autoři Przewoznik, Rajtar-Zembaty, Starowicz, (2015, str. 64-68) a to v metaanalýze dostupných informací o PTSD (post-traumatické stresové poruše) a TIA (transitorní ischemické atace). Autoři uvádějí, že PTSD se objevuje až desetkrát častěji u pacientů po prodělané TIA, a navíc traumatický stres objevující se tři měsíce po TIA byl spojen s maladaptivním zvládnáním zdravotních potíží. Dále autoři udávají, že výskyt PTSD podstatně snižuje emoční podpora pacienta, setrvání v manželství či partnerství a nižší věk pacienta. Depresivní nálada je dle autorů spojena s větší pozorností na negativní informace. U pacientů po CMP, ale v podstatě u jakýchkoliv pacientů na rehabilitačním oddělení, je zásadní pro zdárný postup léčby a rehabilitaci samotnou „trpělivé a komplexní budování“ pozitivních momentálních emocí i déletrvající optimistické nálady.

Pro jakékoliv učení či adaptaci, což je vlastně podstata (neuro) rehabilitace po CMP nebo u dalších neurologických diagnóz, je zásadní rozlišovat mezi emocemi pacientů a jejich náladou. Je to hlavně nálada, která odráží individuální schopnost (tzv. individuální potenciál) adaptace pacientů, i když třeba neodráží okamžitou realitu v jejich očekávání. Je to pak především všeobecná sestra, která s pacienty tráví v podstatě celý den, aby formou očekávané nebo také někdy neočekávané „odměny“ pomohla fyzioterapeutům a dalším specialistům v pohybové a kognitivní rehabilitaci. Velký vliv na vznik demotivace u pacientů má ovšem nejen stav jejich nálady, tedy nálady pacientů, ale vždy i momentální emoce a déle trvající nálada všeobecné sestry. Platí zde empiricky „zlaté pravidlo“ šťastná motivovaná sestra = šťastný motivovaný pacient. Ovšem v realitě klinické praxe tomu tak nebývá vždy. Referovaní „těžší“ pacienti jsou na rehabilitačním oddělení hospitalizováni v průměru tři až čtyři týdny a po celou tuto dobu jsou přímo součástí komunity s celým ošetřujícím personálem. Po dobu hospitalizace se tak stávají vlastně pozorovateli všech lékařů, všeobecných sester, fyzioterapeutů, ošetřovatelů nebo logopedů. Demotivaci pacienta nemusí tedy vždy ovlivnit jen jeho fyzický či psychický stav. Mnohdy je to samotný (nikoli optimální) přístup zdravotnického personálu (Eldar et al., 2016, str. 15-24).

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Význam motivace u pacientů, vedoucí k úspěšné rehabilitaci a jejich následnému návratu do běžného života, je v klinické praxi naprosto zásadním fenoménem. V dohledaných studiích se opakovaně objevuje několik velmi významných okolností či možností, které motivaci pacientů, jak budují a navyšují, tak také i negativně ovlivňují. Nejčastěji autoři zmiňují význam nejbližšího okolí pacientů při ovlivnění jejich motivace. U hospitalizovaných pacientů je to především tým ošetrujícího personálu v čele se všeobecnou sestrou, která s pacienty tráví nejvíce času. Autoři se shodují na nezbytnosti vyváženého komplexu pozitivních profesních ale současně i osobnostních kvalit „dobré všeobecné sestry“ pro zvládnutí zmiňovaných důležitých ošetrovatelských úkolů: (1) budování motivace a (2) prevence demotivace nemocného. Jsou to bezesporu její empatické vlastnosti, kvalita a míra zvládnutí momentálních emocí, její habituální i osvojená emoční inteligence a v rámci toho současně také její schopnost pozitivně ovlivňovat vlastní náladu. Dohledané poznatky dokazují značnou důležitost celého komplexu schopností všeobecné sestry při navazování, ale zejména i při trvalém udržování kladného vztahu s pacienty. Což jejich motivaci vždy nesmírně pozitivně ovlivňuje. Tedy navyšuje a fixuje v optimálnější rovině. Jakkoliv je tento proces pro celý tým, ale z více důvodů zejména, a právě pro všeobecnou sestru nesmírně obtížný. V opačném případě, kdy motivace u pacienta chybí, a efekt či benefit rehabilitace či vůbec celkové „uzdravování“ pacientů nepostupuje, autoři studií popisují více příčin vzniku demotivace. Jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňující nárůst demotivace u pacientů je autory uváděn vznik deprese, dále závažnost samotného onemocnění pacientů nebo nízkou empatii všeobecné sestry či syndrom vyhoření při její nadměrné psychické zátěži. Současně také v obecnější rovině nedostatečně vhodné podmínky pro uzdravení pacientů, což mohou být například špatné rodinné a sociální zázemí pacientů, nedostatečně kvalitní zdravotnické zařízení či v neposlední řadě samotná individuální povaha každého pacienta.

Autoři studie zabývající se psychickými poruchami ovlivňující motivaci u pacientů po CMP (Ferro et al., 2016, str. 269-280) popisují limitace v důkazech týkající se biochemických a genetických biomarkerů pro psychiatrické poruchy spojené s mrtvicí, které jsou stále omezené a je třeba lépe porozumět biologickým determinantům a patofyziologii těchto poruch a pokračovat ve zkoumání řízení těchto stavů. Ve studii, popisující význam supervize u syndromu vyhoření (Ježorská, Vévoda, Chrastina, 2014, str. 9-15) jsou autory vyhodnoceny limity poznatků s nedostatečně velkého souboru respondentů. Přesněji, menší mírou realizace této zpětné vazby u zdravotníku v našich zdravotnických zařízeních (v České republice).

Všechny studie v této přehledové bakalářské práci se shodují na jednoznačně pozitivním významu motivace pro výsledný efekt rehabilitace jako resocializačního procesu. Nelze přitom spoléhat pouze na konstituční pozitivní potenciál jednotlivých pacientů. Ale cíleně a strukturovaně jej budovat, zejména formou „dosažení malých cílů“. To je jedním z hlavních úkolů všeobecné sestry u pacientů v prvních týdnech po vzniku jejich onemocnění. Negativní důsledky motivace nebyly v dohledaných studiích této práce dohledány. Oproti tomu negativní důsledky demotivace pro výsledný benefit rehabilitace jsou velmi dobře popsány. A stejně tak jsou strukturovaně popsány i „pracovní kroky“ a cíle v každodenní práci všeobecné sestry při prevenci vzniku a rozvoje demotivace pacientů s těžší mírou současné i budoucí (trvalé) invalidizace.

Závěr

Motivace se shodně považuje za jeden z nejdůležitějších faktorů pro celkový benefit rehabilitace. Jak v krátkodobém horizontu několika týdnů. Tak zejména v dlouhodobém čase, kde právě motivace je klíčovým faktorem celkové resocializace pacientů. Samotné slovo „motivace“ se přitom neobjevuje v žádné konkrétní ordinaci lékaře, snad i proto, že se považuje za samozřejmost. Z dohledaných studií této přehledové bakalářské práce vyplývá, že motivace není ovlivněna jen samotnými pacienty, jejich mírou postižení či jejich samotnými povahovými vlastnostmi. Motivace závisí především a současně i na jejich nejbližším okolí. Z ošetřovatelského a rehabilitačního terapeutického týmu pak jednoznačně především na všeobecné sestře. Je to právě ona, kdo svým laskavým přístupem a empatií pomáhá pacientům zvládnout těžké chvíle v prožívání jejich nemoci. Dokáže je povzbudit, rozveselit, v zásadě převést jejich vesměs „neveselé“ myšlenky jinam. Jak je z výsledků dohledaných studií této přehledové bakalářské práce patrné, je přitom nesmírně těžké motivovat pacienty po CMP či traumatech mozku s přítomnou poruchou řeči a vyjadřováním. Nebo motivovat i takové pacienty, kteří po těžkém úraze (nejčastěji po autonehodách), přišli o někoho blízkého. Mnohdy je proto zapotřebí používat „více srdce“. Mít pochopení pro lidské utrpení. Všeobecná sestra by měla dokázat pomoci pacientům v „prožití“ několika nutných fází „jejich utrpení“. S pozitivním východiskem pro jejich další, jiný, ale snad i kvalitnější, život. Všeobecná sestra svým laskavým a zároveň povzbuzujícím přístupem významně přispívá také k prevenci vzniku demotivace. Tu nejčastěji u pacientů vyvolává dle autorů studií přítomnost deprese a post-traumatického syndromu. Demotivaci u pacientů mohou vyvolat i další faktory, jako je stav nálady pacientů i všeobecné sestry, míra její empatie a emoční inteligence, či přítomnost syndromu vyhoření. Všeobecná sestra tedy pomáhá pacientům nejen při budování motivace, zvládnutí cílů pohybové či kognitivní rehabilitace, ale i k navyšování motivace k jejich dalšímu životu. V jejich chuti „jít dále“. Je to ona, kdo musí s pacienty trávit 24 hodin denně. To je obrovský závazek ale současně i její obrovský potenciál pozitivního působení na pacienty. Všeobecná sestra, v ideálním případě vždy společně s rodinou, je v klinické praxi tím nejdůležitějším pro motivaci nemocných s těžkou či trvalou poruchou zdraví. Musí proto, profesně i osobnostně, být tím „dobrým andělem“, který u pacientů stojí ve dne v noci. Pomáhá jim v jejich přemýšlení o dalším životě, v jejich pozitivním směřování ke zvládnutí krátkodobých pohybových i dalších cílů rehabilitace či v překonání jejich fyzické nebo i duševní bolesti. Nejen milé slovo či úsměv pomůže, ale mnohdy i nepatrné pohlazení po rameni nebo natřepání polštáře. V neposlední řadě i třeba pouhý úsměv očima, přes roušku v dnešní

nelehké (koronavirové) době. Všeobecná sestra by proto, kromě dalších odborných kompetencí, měla mít i vlastní ideál „působit jako sluníčko“. Být profesionálem, ale současně především lidskou. Za všech okolností přinášet pacientům také naději ve vždy jejich nelehké, psychicky, somaticky a obvykle hlavně sociálně komplikované, cestě. Přípravě pro další život.

Tato přehledová bakalářská práce by mohla sloužit všem všeobecným sestřím i celému ošetrovatelskému týmu k ještě většímu pochopení a vcítění se do svých pacientů a být jim tím dobrým pomáhajícím andělem, oporou a svým empatickým přístupem motivací v jejich návratu do běžného života.

Referenční seznam

1. AMOAH, V. M. KISSIWA, R. ANOKYE, E. ACHEAMPONG, H. R. DADSON, M. OSEI, A. NADUTEY, 2018. The experiences of people with diabetes-related lower limb amputation at the Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH) in Ghana. *BMC Research Notes*. **11**(1), 66-71. DOI: 10.1186/s13104-018-3176-1. ISSN 1756-0500. Dostupné také z: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-018-3176-1>
2. BECKHAM, R., RIEDFORD, K., 2017. Emotional Competence: Demonstrated Performance. *Medsurg Nursing*, Mar, vol. 26, no. 2, pp. 79-82,92 ProQuest Central. ISSN 10920811. Dostupné také <https://search.proquest.com/docview/2197979818?accountid=16730>
3. BOURGAULT, P., S. LAVOIE, E. PAUL-SAVOIE, M. GRÉGOIRE, C. MICHAUD, E. GOSSELIN a C. C. JOHNSTON, 2015. Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*. **41**(4), 323-328. DOI: 10.1016/j.jen.2014.10.001. ISSN 00991767 Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099176714004784>
4. CARVALHO, D., S. TEIXEIRA, M. LUCAS, et al., 2013. The mirror neuron system in post-stroke rehabilitation. *International Archives of Medicine*. **6**(1), 517-523. DOI: 10.1186/1755-7682-6-41. ISSN 1755-7682. Dostupné také z: <http://www.intarchmed.com/content/6/1/41>
5. CIRCENIS, K., J. JEREMEJEVA, I. MILLERE, L. DEKLAVA, A. PAPARDE a V. SUDRABA, 2015. Supervision in Nursing: Latvian Sample Study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. **205**(3), 86-91. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.09.023. ISSN 18770428. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042815050417>
6. CRUZ, S., A. L. CARVALHO, P. SOUSA, 2014. Clinical Supervision: Priority Strategy to a Better Health. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. **112**(7), 97-101. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.01.1143. ISSN 18770428. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042814011604>
7. ČEŠKOVÁ, E., H. PŘIKRYLOVÁ-KUČEROVÁ, 2018. Kognitivní dysfunkce u deprese. *Československá psychologie*. **62**(4), 396-404. ISSN 0009-062 X. Dostupné také z: <http://www.medvik.cz/link/bmc18029924>

8. ELDAR, E., R. B. RUTLEDGE, R. J. DOLAN a Y. NIV, 2016. Mood as Representation of Momentum. *Trends in Cognitive Sciences*. **20**(1), 15-24. DOI: 10.1016/j.tics.2015.07.010. ISSN 13646613. Dostupné <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1364661315001746>
9. FERRO, J. M., L.CAEIRO, M.L.FIGUEIRA, 2016. Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nature Reviews Neurology*. **12**(5), 269-280. DOI: 10.1038/nrneuro.2016.46. ISSN 1759-4758. Dostupné také z: <http://www.nature.com/articles/nrneuro.2016.46>
10. GALLESE, V., 2014. Bodily selves in relation: embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. **369**(1644). 1-10 DOI: 10.1098/rstb.2013.0177. ISSN 0962-8436. Dostupné také z: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2013.0177>
11. JANÍKOVÁ, E., R.BUŽGOVÁ, 2017. Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví. *Ceskoslovenska Psychologie* [online]. **61**(4), 363-378 [cit. 2020-02-29]. ISSN 0009062X. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc17032817>
12. JEŽORSKÁ, Š, J. VÉVODA, J.CHRASTINA, 2014. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost? *Profese on-line* [online]. **7**(1), 9-15 [cit. 2019-11-16]. DOI: 10.5507/pol.2014.002. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/archive.php>
13. KIELBERGEROVÁ, L., O. MAYER, J. VANĚK, J. BRUTHANS, P.WOHLFAHRT, R.CÍFKOVÁ, 2015. Quality of life predictors in chronic stable post-stroke patients and prognostic value of SF-36 score as a mortality surrogate. *Translational stroke research*. **6**(5), 375-383. DOI: 10.1007/s12975-015-0418-6. ISSN 1868- 601X. Dostupné také z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26271301>
14. KOZLOWSKI, D., M. HUTCHINSON, J. HURLEY, J. ROWLEY, J. SUTHERLAND, 2017. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Medical Education*. **17**(1), 12909-017. 1-13 DOI: 10.1186/s12909-017-1089-7. ISSN 1472-6920. Dostupné také z: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1089-7>
15. KROBOT, A., B. KOLÁŘOVÁ, P. KOLÁŘ, B. SCHUSTEROVÁ a J. TOMSOVÁ, 2017. Neurorehabilitace chůze po cévní mozkové příhodě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **80**(5), 521-526. DOI: 10.14735/amcsnn2017521. ISSN 1210-7859. Dostupné

také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek/neurorehabilitace-chuze-po-cevni-mozkove-prihode-61803>

16. LOFT, M.I., B. MARTINSEN, B. A. ESBENSEN, L. L. MATHIESEN, H. K. IVERSEN, I. POULSEN, 2017. Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. **12**(1), 162-174. DOI: 10.1080/17482631.2017.1392218. ISSN 1748-2631. Dostupné také z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2017.1392218>

17. MADSEN, U. R., A. HOMMEL, C. BÅÅTH, C. B. BERTHELSEN, 2016. Pendulating— A grounded theory explaining patients' behavior shortly after having a leg amputated due to vascular disease. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. **11**(1), 573-581. DOI: 10.3402/qhw.v11.32739. ISSN 1748-2631. Dostupné také z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v11.32739>

18. MARCHESE, G., B. PROCHÁZKA, P. WIDIMSKÝ, 2016. The importance of time: Time delays in acute stroke. *Cor et vasa*. **58**(2), 234-240. DOI: 10.1016/j.crvasa.2016.03.002. ISSN 0010-8650. Dostupné také z: <http://www.e-coretvasa.cz/>

19. MARSHALL, J., 2014. Mirror neurons. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. **111**(18), 6531-6531. DOI: 10.1073/pnas.1404652111. ISSN 0027-8424. Dostupné také z: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1404652111>

20. ONDRÁČKOVÁ, H., B. KOLÁŘOVÁ, 2018. Efektivita terapie chůze na chodících pásech u pacientů po cévní mozkové příhodě v subakutní fázi (review). *Rehabilitácia*. **55**(2), 93-101. ISSN 0375-0922. Dostupné také z: <https://rehabilitacia.sk/archiv-cisel/>

21. PRASZKIER, R., 2016. Empathy, mirror neurons and SYNC. *Journal; Peer Reviewed Journal*. **15**(1), 1-25. DOI: 10.1007/s11299-014-0160-x. ISSN 1593-7879. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s11299-014-0160-x>

22. PRZEWOŹNIK, D.A, A.RAJTAR-ZEMBATY, A.STAROWICZ-FILIP, 2015. The influence of cognitive, emotional and social factors on motivation for rehabilitation in patients after stroke. *Neuropsychiatry* [online]. **10**(2), 64-68 [cit. 2019-12-08]. ISSN 18966764. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=asn&AN=111212105&lang=cs&site=eds-live>.

23. PYAE, A., M. LUIMULA, J. SMED, 2015. Rehabilitative Games for Stroke Patients. *EAI Endorsed Transactions on Game-Based Learning*. **1**(4), 1-11 DOI: 10.4108/sg.1.4.e2. ISSN 2034-8800. Dostupné také z: <http://eudl.eu/doi/10.4108/sg.1.4.e2>
24. SEITL, M., M. CHARVÁT, K. JUŘICOVÁ, 2017. Česká verze škály emocionální empatie. *E-psychologie* [online]. **11**(2), 47-70 [cit. 2020-05-17]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/>
25. STACHO, J., A. KROBOT, M. HÁJKOVÁ, 2016. Poruchy percepce prostoru a vizuospeciálních funkcí u pacientů po CMP. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. **23**(1), 3-9. ISSN 1211-2658. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi-clanek/poruchy-percepce-prostoru-a-vizuospecialnich-funkci-u-pacientu-po-cmp-57741>
26. STASKOVÁ, V., V. TÓTHOVÁ, 2015. Pojetí vztahu člověka k člověku v ošetrovatelství. *Kontakt*. **17**(4), 212-217. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>
27. ŠTĚTKÁŘOVÁ, I., J. HORÁČEK, 2016. Deprese u vybraných neurologických onemocnění. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **79**(6), 626-638. DOI: 10.14735/amcsnn2016626. ISSN 1210-7859. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek/deprese-u-vybranych-neurologicky-ch-onemocneni-59451>
28. TORBJÖRNSSON, E., C. OTTOSSON, L. BLOMGREN, L. BOSTRÖM, A.-M. FAGERDAHL, 2017. The patient's experience of amputation due to peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Nursing*. **35**(2), 57-63. DOI: 10.1016/j.jvn.2016.11.002. ISSN 10620303. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1062030316301200>
29. VERTINO, K. A., 2014. Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve Your Life. *Online Journal Of Issues In Nursing* [online]. **19**(3), 1, [cit. 2020-03-04]. DOI: 10.3912/OJIN.Vol19No03Man01. ISSN 10913734. Dostupné také z: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No3-Sept-2014/Effective-Interpersonal-Communication.html>
30. XUE, W. E, S. G. BRAUER, S. S. KUYS, M. LORD a K. S. HAYWARD, 2014. Factors Affecting the Ability of the Stroke Survivor to Drive Their Own Recovery outside of Therapy during Inpatient Stroke Rehabilitation. *Stroke Research* [online]. 27.3.2014, **2014**, 1-8 [cit. 2018-06-08]. DOI: 10.1155/2014/626538. ISSN 20420056. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/626538>

Seznam zkratek

CMP - cévní mozková příhoda

ADL - (activity daily living) všední denní činnosti

EI - emoční inteligence

CDM - klinické rozhodování

PSD - (post - stroke depression) depresivní syndrom

PTSP - post-traumatická stresová porucha

TIA - transitorní ischemická ataka