



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Studijní program: **REHABILITACE**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Neformální péče o klienty po CMP

Vypracovala: Bc. Jana Vlnatá

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D

České Budějovice 2019

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 13. 05. 2019

.....

Bc. Jana Vlnatá

Poděkování

Velké poděkování patří paní doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a čas, který mi po dobu psaní mé diplomové práce věnovala. Dále bych ráda poděkovala všem rodinám za možnost nahlédnout do jejich soukromí a za poskytnuté informace. A v neposlední řadě děkuji své rodině za jejich podporu, kterou mi poskytovali během zpracování této práce, ale i během celého studia.

Abstrakt

Neformální péče o klienty po CMP

Zaměření diplomové práce je na neformální pečovatele a rodinu, která pečuje o svého rodinného příslušníka, který prodělal cévní mozkovou příhodu. Toto téma je velmi aktuální, protože CMP patří jak z hlediska České republiky, tak celosvětově k nejčastějším příčinám zdravotního postižení a úmrtí.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na studium literatury a je rozvržena do 4 základních okruhů. První okruh charakterizuje pojem mozku a CMP, popisuje příčiny, rozdělení, příznaky, léčbu i důsledky této zdraví a život ohrožující příhody. Druhý okruh tvoří rozdělení koordinované rehabilitace, která je nezbytná po prodělané cévní mozkové příhodě, ať už se jedná o léčebnou, sociální, pedagogickou, pracovní rehabilitaci či lázeňskou péči. Třetí okruh je zaměřen na terapie po CMP, jako je fyzioterapie, logopedie, ergoterapie a psychologie. Další okruh se soustředí na formy sociální pomoci, bez které by se domácí péče o blízkou osobu neobešla, a tu tvoří příspěvek na péči, příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na mobilitu, průkaz osoby se zdravotním postižením a invalidní důchod. A v neposlední řadě jsou zde vysvětleny pojmy, jako je formální a neformální péče.

Pro zpracování praktické části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo sedm rodinných příslušníků Jihočeského kraje, kteří dlouhodobě pečují o blízkého člena své rodiny v domácím prostředí. Rozhovory byly nahrávány a následně doslovně přepsány.

Výzkumem jsem se pokusila odpovědět na otázku: „*Jaké jsou nesnáze rodiny při péči o rodinné příslušníky po prodělané CMP a jaké jsou jejich nejčastější problémy?*“ V diskuzi jsem shrnula zjištěné údaje a uvedla hypotézy, vyplývají z výzkumu.

Výsledky diplomové práce mohou sloužit jako zdroj informací pro osoby po CMP a jejich rodiny a napomoci k případné edukaci veřejnosti.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, iktus, domácí péče, neformální pečovatel,

Abstract

The informal care for clients after stroke.

The focus of the thesis is on the informal caregiver and family, who cares for a family member who has had a stroke. This topic is very relevant because CMP is one of the most common causes of disability and death, both in the Czech Republic and worldwide.

The thesis consists of theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the study of literature and is divided into 4 basic areas. The first area characterizes the concept of brain and stroke, describes the causes, distribution, symptoms, treatment and consequences of this health and life-threatening event. The second area is the division of coordinated rehabilitation, which is necessary after a stroke, whether it be medical, social, pedagogical, work rehabilitation or spa care. The third area focuses on post-stroke therapies such as physiotherapy, speech therapy, occupational therapy and psychology. The next area focuses on forms of social assistance, without which home care for a close person would not be possible, and includes a care subsidy, a special aid subsidy, a mobility subsidy, a disability card and pension. Last but not least, terms such as formal and informal care are explained. The method of qualitative research using semi-structured interview technique was chosen for the elaboration of the practical part. The research group consisted of seven members of the South Bohemian Region who take care of a close member of their family for a long time at home. The interviews were recorded and then literally rewritten. In my research, I tried to answer the question: *"What are the family's difficulties in caring for family members after having suffered from CMP and what are their most common problems?"* In the discussion, I summarized the findings and hypothesized, based on research. The results of the diploma thesis can serve as a source of information for persons after the stroke and their families and help to educate the public.

Key words: stroke, home care, ictus, informal car

Obsah

Úvod.....	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Cévní mozková příhoda v číslech:	9
1.2 Anatomie a fyziologie mozku	10
1.3 Cévní mozková příhoda.....	11
1.3.1 Příčiny cévní mozkové příhody	12
1.3.2 Dělení cévních mozkových příhod	13
1.3.3 Příznaky cévních mozkových příhod	15
1.3.4 Léčba cévní mozkové příhody.....	16
1.3.5 Důsledky cévní mozkové příhody	17
1.3.6 Rekonvalescence po mozkové příhodě	18
1.3.7 Následná péče a prevence po cévní mozkové příhodě	19
2. KOORDINOVANÁ REHABILITACE.....	19
2.1 Léčebná rehabilitace	20
2.2 Sociální rehabilitace	21
2.3 Pedagogická rehabilitace	21
2.4 Pracovní rehabilitace	22
3. TERAPIE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	23
3.1 Fyzioterapie.....	23
3.2 Logoterapie	24
3.3 Ergoterapie	25
3.4 Psychologie	26
3.5 Lázeňská péče	27
4. FORMY SOCIÁLNÍ POMOCI	27
4.1 Příspěvek na péči	27
4.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku	28
4.3 Příspěvek na mobilitu	28
4.5 Průkaz osoby se zdravotním postižením	29
4.6 Invalidní důchod.....	30
5. PÉČE O OSOBU PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	30
5.1 Formální péče	31
5.2 Neformální péče	32

6. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	34
6.1 Cíl práce.....	34
6.2 Hlavní výzkumná otázka.....	34
6.3 Dílčí výzkumná otázka.....	34
7. METODIKA.....	35
7.1 Metody a techniky sběru dat.....	35
7.2 Výběr výzkumného vzorku.....	36
7.3 Realizace výzkumu.....	36
7.4 Etika výzkumu.....	37
8. VÝSLEDKY.....	38
8.1 Základní údaje o výzkumném souboru.....	38
8.2 Zpracování výsledků.....	40
9. DISKUSE.....	64
9.1 Možné zkreslení výzkumu.....	67
10. ZÁVĚR.....	68
11. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	70
12. Přílohy.....	76

Úvod

Jsou chvíle v životě, které se každého z nás dotýkají. Mezi takové chvíle patří první polibek, první láska, narození dítěte, to jsou ty šťastné okamžiky, ale k životu patří i ty smutné, jako je rozchod, smutek, nemoc a smrt, jen na nás je, jak se dokážeme s těmito životními zkouškami poprat. Dnes již jen těžko zjistíme, kdo měl na světě první mozkovou příhodu, je jisté, že již staří Egypťané znali tepny a cévy. To znamená, že už tehdy mohli lidé trpět mozkovými příhodami, není to žádná nová civilizační nemoc, která by se týkala pouze našeho století, ale zcela jistě trápila již naše předky. Samozřejmě my všichni k jejímu vzniku přispíváme nevhodnou životosprávou, nedostatkem pohybu a také stres má jistě velký podíl na tom, že nás tato nemoc postihne. Cévní mozková příhoda je kromě úrazů druhou nejčastější příčinou těžkého zdravotního postižení. Jde o akutní onemocnění, které vzniká často náhle a vyžaduje péči nejen lékařů a zdravotníků, ale také členů rodiny. Po pobytu na lůžkách akutní péče, následné péče a rehabilitačních ústavech se pacient dostává do domácího prostředí, kde jeho péči zajišťuje rodina. Pacient i jeho nejbližší rázem čelí různým problémům a nesnázím, které tato situace vyvolává. Láska, trpělivost, odvaha a snaha pomoci jsou těžce zkoušeny a jejich přítomnost svědčí o nezdolnosti lidského ducha a odhodlání. Pro člověka, kterého postihla CMP, přichází velmi těžké období, protože ne každý se dobře vyrovnává s myšlenkou, že je na někom závislý, zvláště když byl do doby před postižením zcela nezávislý a soběstačný. Někdo se uzavře do sebe, přestane se zajímat o dění kolem sebe, je apatický a odevzdaný, jiný se snaží se svým postižením bojovat, chce se uzdravit a je ochotný kvůli tomu podstoupit jakoukoli léčbu, velmi záleží na povaze člověka, ale také na míře poškození mozku. Lidé každého věku potřebují kromě zajištění péče i značnou dávku citu, pocitu blízkosti i pozornosti. Je důležité vědět, jak se, co nejlépe vypořádat s následky nemoci, jak správně řešit danou situaci a s nemocným správně zacházet při ošetřování a s jakými problémy se rodina setkává nejčastěji.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Cévní mozková příhoda v číslech:

- Mrtvice postihne každoročně v ČR takřka **30 tisíc** lidí, každý den jich v průměru **28 zemře**.
- V ČR je mrtvice **druhou** nejčastější příčinou úmrtí.
- Každé **4 vteřiny** někoho na světě potká mrtvice a každých **40 vteřin** na CMP někdo zemře.
- Pouhých **5 minut** trvá, než začnou odumírat první mozkové buňky.
- Přibližně **70 % pacientů** se zcela zotaví, pokud je léčba zahájena do **1 hodiny** od vzniku příznaků.
- K zahájení léčby má pacient od vzniku příznaků maximálně **6 hodin**.
- Více než **70 % Čechů** neumí rozpoznat příznaky mozkové mrtvice.
- Ve více než **50 % případů** můžeme cévní mozkové příhodě předejít prevencí

(Zdroj: Medicínský rádce, 2019).

Cévní mozkové příhody představují v současné době ve vyspělých zemích závažný a rychle narůstající zdravotní problém, zejména pro vysokou mortalitu a sociální dopady (Šeblová, et al, 2013).

CMP postihne ročně 30 000 tisíc lidí v České republice. Příčinou vzniku tohoto postižení může být buď krevní sraženina, která ucpe některou z mozkových tepen či cév, nebo masivní krvácení do mozku, vzhledem k tomu se zcela bez následků vyléčí jen 30 % pacientů, ti ostatní takové štěstí nemají, protože se po zbytek života se potýkají s různým stupněm postižení, které má vliv nejen na jejich běžný život, ale i psychiku (Kalvach, 2010).

Většina lidí, kteří prodělají mozkovou mrtvici, je starší padesáti let, ale je varováním, že se mozková mrtvice začíná týkat i více mladých lidí než kdykoliv předtím, to je pravděpodobně způsobeno rizikovými faktory mrtvice: nezdravým stravováním, vysokým krevním tlakem, diabetem a kouřením (Dow, 2018).

V České republice utrpí ročně cévní mozkovou příhodu přibližně tři lidé z tisíce, to znamená, že patříme k zemím s největší četností jejího výskytu. Cévní mozková příhoda

je druhou nejčastější příčinou úmrtí a je zároveň jednou z nejčastějších příčin invalidity (Palmer, 2012).

Výrazně také zasahuje do života celé pacientovy rodiny. *Pravděpodobnost trvalých následků po CMP se zvyšuje s časem, který uplyne od prvních příznaků do začátku léčby a rehabilitace, a proto je velmi důležité, aby pacienta co nejdříve od propuknutí nemoci odvezla záchranná služba do nejbližšího specializovaného zdravotnického zařízení* (Kalvach, 2010, s. 362).

K řešení obrovského břemene této nemoci jsou povinné inovativní systémy péče o pacienty po mrtvici. To vyžaduje rozvoj národních plánů, které by nabídly nejlepší léčbu všem pacientům, kteří mají nárok na terapii. Mezi klíčové prvky úspěchu patří vysoká úroveň organizace, úzká spolupráce s pohotovostními zdravotnickými službami, porozumění singularitě mozkových příhod, vývoj nástrojů, vysoká míra angažovanosti všech týmů na střediscích péče o pacienty po CMP (Sangeetha et al., 2019).

1.2 Anatomie a fyziologie mozku

Lidský mozek je zázračný orgán, který je původce veškerého myšlení, uvažování, ukládání vzpomínek, je zodpovědný za úsudek, identitu, je také kolébkou našich snů, představ a nadějí, ale především je centrem našeho učení (Martinová, 2009).

Funkce mozku a jeho fungování jako řídicího orgánu je plně závislá na jeho krevním zásobení (Seng, 2015).

Všechno, co vnímáme, vnímáme prostřednictvím mozku, jen jemu vdčíme za všechny svoje sny, myšlenky i vnímání sebe sama a světa okolo nás (Doige, 2012).

Mozek je takovým velínem, který je prostřednictvím míchy a sítě nervů propojen s celým tělem od hlavy až po konečky prstů, je zkrátka mnohem složitější než nejdokonalejší počítačový systém na světě (Powel, 2010).

Mozek a mícha tvoří spolu centrální nervovou soustavu, která zpracovává a přenáší informace a slouží také ke kontrole tělesných funkcí (Martinová, 2009).

I když hmotnost mozku je tvoří zhruba pouhá 2% tělesné váhy, proteče jím až 14% veškeré krve (Barnard, 2017).

Dále dle Barnarda (2017, s. 63) *je třeba mozkovým buňkám zajistit neustálý přísun krve a živin neboť přerušení zásobování mozku krví může vyvolat mrtvici, která patří k hlavním příčinám ztráty paměti.*

Dobrá zpráva je, že se mozek dokáže do určité míry zotavit, ale regenerace je často jen částečná a mnohdy jí doprovází zdravotní potíže, včetně deprese, neboť mozek se snaží soustředit na zotavení a ostatní funkce omezuje (Barnard, 2017).

1.3 Cévní mozková příhoda

Pozornost lékařů se zaměřovala na cévní mozkové příhody již od nejstarších dob. Termín apoplexie, který se vlastně používá dodnes, pochází pravděpodobně již od Hippokrata. Až do začátku novověku zůstávala příčina mrtvice neznámá (Herzig, 2015).

Cévní mozková příhoda (CMP) – **iktus** neboli **mrtvice** je vlastně infarkt mozku způsobený poruchou jeho prokrvení ucpaním nebo prasknutím některé z přírodních tepen (Bydžovský, 2011).

Dle Světové zdravotnické organizace je CMP *„rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, případně difuzního mozkového postižení, předpokládaného cévního původu, trvající déle než 24 hodin vedoucí ke smrti“* (Tyrliková, et al., 2012, s. 124).

K cévní mozkové příhodě dochází tím, že se přeruší tok krve do některé části mozku, který je závislý na síti krevních cév, zásobující buňky krví a živinami, to způsobí, že se cévy zablokují nebo poškodí a pak určitá část mozku nedostává kyslík, který potřebuje (Dow, 2018).

Mozková mrtvice je náhlá ztráta funkce mozku, která je způsobena odumřením mozkových buněk (Palmer, 2013).

Cévní mozková příhoda je definována jako náhle se rozvíjející klinické projevy poškození mozku trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti a současně je vyloučena jiná příčina obtíží (Hutyra et al, 2011).

Pozitivní je, že od konce devadesátých let můžeme hovořit o trvalém poklesu úmrtnosti na CMP. Je však patrné, že po hemoragických cévních mozkových příhodách je úmrtnost trojnásobná v porovnání s ischemickými cévními mozkovými

příhodami. Také lze konstatovat, že úmrtnost se společně s věkem zvyšuje (Bruthans, 2010).

1.3.1 Příčiny cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda vzniká na podkladě uzávěru mozkové tepny zásobující krví příslušnou část mozkové tkáně, a to uzávěr některé z hlavních tepen nebo uzávěr drobné perforující arterioly většinou však zásobující strategická místa z pohledu mozkové funkce (Hutyra, 2011).

Mrtvici může přivodit pouhé protržení nebo ucpaní krevní cévy v mozku. Říká se, že mrtvici způsobuje vysoký krevní tlak, ateroskleróza a diabetické komplikace – přičemž všechny tyto stavy souvisejí s nízkou hladinou hořčiku. Udržování pevných cév, prevence tvorby krevních sraženin a dokonce i vyléčení oblastí postižených mrtvicí, tohle všechno spadá do kompetence zázračného prvku jménem hořčík (Deanová, 2018, s. 126).

K poškození mozku, které způsobuje pohybové obtíže, obvykle dochází v motorické oblasti mozkové kůry, v mozkovém kmeni či malém mozku. K závažným problémům v pohybu často dochází tím, že hematom tlačí na motorické centrum a poškodí ho. (Powell, 2010).

Každá mozková hemisféra ovlivňuje pohyby opačné strany těla, proto pacienta postihne obvykle ochablost nebo ochrnutí jedné strany (hemiplegie nebo hemiparéza). Pokud tedy krevní sraženina tlačí například na motorické centrum pravé hemisféry, tak se počítá s tím, že pacient bude mít zřejmě problémy s hybností levé paže a levé nohy (Powell, 2010).

Kardiovaskulární neboli cévní onemocnění jsou nemoci srdce a cév, které mohou narušit proudění krve tak, že dojde k životu nebezpečnému infarktu nebo mrtvici. Krev rozvádí k tisícům miliard buněk kyslík a živiny, které buňky potřebují k přežití (Meredithova, 2010).

V centru tohoto všeho dění je srdce, silná pumpa, která rozvádí krev do sítě cév dlouhé 100 tisíc kilometrů. I v době odpočinku, trvá jen něco málo přes minutu, než se všech 5 litrů krve přepumpuje do těla. Pokud se proudící krvi postaví do cesty překážka

v podobě sraženiny, vyvolá to řetězovou reakci, která může mít vážné důsledky (Meredithova, 2010).

Cévní mozková příhoda může postihnout kohokoliv a v jakémkoliv věku. U jedinců starších 65 let je riziko nejvyšší. Dědičné faktory patří vzácně mezi přímou příčinu iktu (Kolář, 2009).

Dow (2018) rozlišuje, že u některých lidí se může vyskytnout více rizikových faktorů, přičemž lze tyto rizikové faktory regulovat či eliminovat dodržováním zásad zdravého životního stylu:

- konzumace zdravé stravy s nízkým obsahem soli
- vyvarováním se kouření
- udržování stálé zdravé hmotnosti
- omezením konzumace alkoholu
- fyzická aktivita

Dle Wintermarka (2013) k rozvoji srdečně-cévního onemocnění přispívá celá škála faktorů. *Faktory jako kouření, vysoký krevní tlak, nedostatek pohybu a obezita jsou dobře známé, ale možná nevíme, že stres zvětšuje nebezpečí infarktu a mrtvice, že lidé s cukrovkou jsou vystaveni většímu riziku srdečního onemocnění nebo že vysoká hladina cholesterolu v krvi vede ke kornatění či tvrdnutí tepen, zužuje a zvyšuje pravděpodobnost jak infarktů, tak mrtvice* (Meredithová, 2010, s. 112).

Nedokrvení mozku ucpaním některé z tepen zásobujících mozek krví (v 80% spíše u starších dehydrovaných osob, dochází k ní v klidu, vědomí bývá zachováno, 20% úmrtnost) nebo jejím prasknutím a krvácením (v 20% spíše u mladých lidí, hypertoniků, po námaze, bývá zvracení, porucha vědomí, 50% úmrtnost) (Bydžovský, 2011).

1.3.2 Dělení cévních mozkových příhod

Jsou dva hlavní typy mrtvice: **ischemická** či **embolická** mrtvice, která je způsobena krevní sraženinou a **hemoradická** mrtvice, typicky ničivější, způsobená prasklou cévou, která krvácí do mozkové tkáně. Hemoradická cévní mozková příhoda je důsledkem samovolného krvácení do mozku, které vzniká porušením cévní stěny, a provázejícím důsledkem bývá otok mozku (Mervyn, 2009).

Ischemické mrtvice se podobají srdečnímu infarktu v mozku a souvisejí s našimi stravovacími návyky, jež podporují aterosklerózu, zato hemoragická mrtvice se může odehrát v těle, kde je přítomna pouze minimální nebo žádná ateroskleróza (Fuhrman, 2018, s. 137).

Ischemická mrtvice je nejčastější neurologickou komplikací srdeční katetrizace (Weiner, 2010).

Po ischemické cerebrovaskulární příhodě je riziko nových ischemických příhod vysoké, proto je indikována antitrombotická léčba, aby se zabránilo recidivě mrtvice. Navzdory jasnému prospěchu tyto terapie zvyšují riziko krvácení. Je proto nezbytné identifikovat pacienty s vysokým rizikem krvácení (Dow, 2018).

Ischemická mrtvice se převážně dostavuje v době, kdy je průtok krve mozkiem zpomalený, nejčastěji to bývá ve spánku, často se vyskytuje i v souvislosti s jídlem (Taylor, 2014).

Typ cévní mozkové příhody, kterou pacient prodělal, se nejlépe pozná pomocí počítačové tomografie nebo magnetické rezonance, proto dopravit postiženého člověka co nejrychleji do nemocnice je naprosto zásadní pro další vývoj léčby. Lékaři musí co nejrychleji určit, jaký typ mrtvice pacient prodělal, aby došlo k co nejmenšímu poškození mozku (Palmer, 2012).

Ischemická mrtvice

Dle Palmera (2012) tento nejběžnější typ způsobuje neprůchodnost cév, které vedou k mozku, tím je vyvoláno kritické přerušování přívodu krve (ischemii) do určité části mozku. Ischemickou mrtvici může vyvolat jakýkoli proces, který zamezí přívodu krve do mozku. Je to naprosto stejný proces, který vede k srdečnímu infarktu, ale v případě cévní mozkové příhody se odehrává v tepnách vedoucích k mozku.

Hemoragická mrtvice

Tato mozková příhoda způsobuje krvácení uvnitř hlavy, přímo v mozku, a to obvykle po letech života s vysokým tlakem, zejména pokud nebyl léčený.

Palmer (2012) říká, že krvácení do mozku poškozuje tkáň v bezprostředním okolí krvácení, ale může poznamenat i vzdálené části mozku. Ne tak často dochází ke

krvácení mezi lebkou a tuhou plenou mozkovou, pevnou membránou, která kryje mozek. Toto se jmenuje epidurální krvácení a obvykle doprovází těžší poranění hlavy.

Každé krvácení uvnitř mozku nebo v jeho bezprostředním okolí může způsobit závažnou cévní mozkovou příhodu a někdy je nutné pacienta operovat, aby lékaři mohli krvácení zastavit a odstranit nahromaděnou krev (Palmer, 2012).

I když je hemoragická mrtvice méně častá, je pro život mnohem nebezpečnější. Hemoragická mrtvice se od ischemické často liší bolestmi hlavy, žaludeční nevolností či záchvaty, ale rozdíl lze bezpečně poznat pouze na základě rentgenového snímku mozku (Dow, 2018).

Další typy mrtvice

Existuje mnoho dalších druhů mrtvice a všechny dohromady mají jedno společné – odumírání mozkových buněk, které je způsobené onemocněním cév v mozku, a to buď v důsledku přerušení průtoku krve do mozku, nebo v krvácení (Palmer, 2012).

1.3.3 Příznaky cévních mozkových příhod

Dle Dowa (2018) lze cévní mozkovou příhodu rychle rozpoznat za pomoci anglického ankronymu FAST:

- Obličej (face) Ochrnula jedna strana obličeje?
- Ruce (arms) Dokážete zvednout obě ruce naráz?
- Řeč (speech) Máte potíže s mluvením?
- Čas (time) volejte pomoc!

Příznaky akutní cévní mozkové příhody mohou být rozdílné dle místa tepenného uzávěru a mohou mít i různě vyjádřenou intenzitu (Šeblová, et al., 2013).

Mezi nejčastější klinické příznaky iktu patří různý stupeň poruchy hybnosti končetin, které postihují jednu stranu těla (hemiparéza, hemiplegie) či izolovaně jednu končetinu (monoparéza), poruchy řeči, včetně schopnosti rozumět mluvenému slovu, výpadek části zorného pole, poruchy rovnováhy, poruchy funkce hlavových nervů a další symptomy dle lokalizace mozkové léze (Hutyra, et al., 2011).

Na základě příznaků lékaři většinou dokážou stanovit ložisko mrtvice, protože nervové dráhy vedou z jedné strany těla na druhou, mrtvice na jedné straně mozku se projeví jako slabost na opačné straně těla. Řečová centra se v mozku nacházejí převážně vlevo, zrakové vjemy jsou zpracovány v zadní části (Barnard, 2017).

K základnímu neurologickému vyšetření patří stanovení úrovně vědomí, a to jak číselnou škálou Glasgow Coma Scale (GSC), tak i slovní popis dle reakcí pacienta. Dále vyšetříme stav, šířku, reakci a symetrii zornic, přítomnost nystagmu, symetrii a hybnosti obličejového svalstva, meningeální příznaky, spontánní hybnost končetinových svalů, sílu stisku rukou či výpadky zorného pole (Šeblová et al., 2013).

1.3.4 Léčba cévní mozkové příhody

V případě mrtvice je nutný rychlý zásah, protože pokud je způsobena ucpáním cévy, často pomůže podat pacientovi v průběhu několika hodin lék na rozpouštění krevních sraženin. U hemarogické cévní příhody bude nutné provést operaci, aby se odstranila nahromaděná krev nebo opravily poškozené cévy (Barnard, 2017).

Pacienti mají být k léčbě akutní cévní mozkové příhody léčeni co nejdříve neboť efekt terapie je závislý na čase – v prvních 90 minutách je až dvojnásobný oproti podání ve druhých 90 minutách (Šeblová et al., 2013).

Hlavním cílem léčby je vyléčit pacienta, a to v případě ischemické mozkové příhody znamená zprůchodnění cév v mozku a obnovení průtoku krve mozkem neboli rekanalizace. Znamená to odstranění příčiny neprůchodnosti cévy (Tyrliková, 2012).

Ošetřovatelská péče a intervence závisí na tom, jak je závažné postižení při cévní mozkové příhodě, na stavu pacienta a na stupni poruchy jeho soběstačnosti (Barrett, 2013).

Optimální lék dosud neexistuje, neexistuje ani standartní léčba, která by prokazatelně zlepšila konečný stav u většiny nemocných iktem. Iktus je heterogenní porucha a vždy záleží na co nejpřesnější diagnostice. Proto těžiště léčby je v celém komplexu opatření (Bednařík, 2010, s. 74).

Přístup k léčbě akutní cévní mozkové příhody začíná výchovou veřejnosti, pokračuje dobrou organizací přednemocniční etapy a zajištěním návazné péče na příjem ve zdravotnickém zařízení (Šeblová et al., 2013).

Strategie léčby se a následná rehabilitace se v posledním desetiletí významně změnila, hlavním přínosem je především aktivní přístup v nejčasnějším stádiu onemocnění (Hutyra, et al., 2011).

Spolu s organizačními a medicínskými otázkami je také nutno řešit i financování nákladné péče o pacienta, které ale může ušetřit mnohem vyšší náklady na zdravotní a sociální péči o postižené s trvalými neurologickými následky (Šeblová et al., 2013).

Po ischemické cerebrovaskulární příhodě je riziko nových ischemických příhod vysoké, proto je indikována antitrombotická léčba, aby se zabránilo recidivě mrtvice.

1.3.5 Důsledky cévní mozkové příhody

Důsledky mrtvice může pacient doslova pocítit v kterékoli části těla, ale bude nejspíš zmatený, nebude si uvědomovat, co se doopravdy děje a nebude schopen jednat rychle. Často je na příbuzných, přátelích nebo rodině, aby příznaky mrtvice poznali a rychle přivolali pomoc (Jackson, 2011).

Palmer (2012, s. 28) říká: „*Když partner dostane mrtvici, zasáhne vás to nárazovými vlnami. Mrtvice je často děsivá a možná máte pocit, že nejste připravení vyrovnat se s jejími okamžitými následky i dlouhodobým dopadem. Ale navzdory nedostatku zkušeností či přípravy budete nejspíš první člověk, který bude muset jednat, činit rozhodnutí a zajišťovat péči o partnera. Patrně zaujmete roli hlavního pečovatele a zahájíte rychlokurz výcviku v praxi*“.

Následkem mrtvice či jiného kardiovaskulárního onemocnění bývá deprese a následky deprese v životě jsou značné. V partnerském životě dochází k nepochopení pro jejich stálou sklíčenost, neschopnost se radovat a nedostatek zájmu o běžné každodenní aktivity. Pro partnery těchto nemocných lidí se stává vztah obtížně snesitelným a velmi často následuje rozchod, což depresi u postižených ještě prohlubuje (Matějková, 2009).

Důsledky cévní mozkové příhody jsou různé v závislosti na typu mrtvice a také na tom, jaká část mozku byla zasažena a také na velikosti poškozené oblasti a na rychlosti poskytnuté péče postiženému, na dostupné rehabilitaci a mnoha jiných faktorech (Palmer, 2012).

Mozková mrtvice může způsobit problémy s pohybem, zrakem, pamětí, citem, komunikací, příjmem potravy či myšlením. Může narušit schopnost člověka postarat se sám o sebe v mnoha ohledech (Dow, 2018, s. 16).

Dobrou zprávou je, že mozek se dokáže z cévní mozkové příhody do určité míry zotavit. Regenerace je ale většinou jen částečná a mnohdy jí doprovází zdravotní potíže, včetně deprese, neboť mozek se snaží soustředit se na zotavení a ostatní funkce omezuje (Barnard, 2016).

1.3.6 Rekonvalescence po mozkové příhodě

Ač mozková mrtvice trvá jen krátký okamžik, rekonvalescence je běh na dlouhou trať (Dow, 2018, s. 29). Každý mozek je unikátní a každá mrtvice tím pádem jiná je těžké proto odhadnout jak bude rekonvalescence probíhat (Dow, 2019).

Fáze rekonvalescence jsou dobře rozpoznatelné, ale stále nebyly vymezeny jejich přesné hranice:

- **Hyperakutní fáze**

K mrtvici a poškození tkání dochází v průběhu minut, proto rozhodnutí zda uvolnit krevní sraženinu nebo zvolit jiné řešení musí neurolog učinit velmi rychle.

- **Akutní fáze**

Probíhá během několika dnů po CMP po dobu hospitalizace pacienta v nemocnici na iktové jednotce. V této fázi se pozornost lékařů soustředí na stabilizaci pacienta, zjištění proč k mrtvici došlo.

- **Subakutní fáze**

Začíná po prvních pěti až šesti dnech a trvá přibližně tři až šest měsíců – v této fázi dochází u pacientů k největším změnám a pokrokům.

- **Chronická fáze**

V této fázi je zlepšení stále možné, ale může být pomalejší a orientačně účelovější (Dow, 2018)

Doba rekonvalescence se u každého pacienta liší, je to velmi individuální. Jsou pacienti, jejichž schopnosti se neustále zlepšují, ale jsou také takoví, u nichž probíhá uzdravování nárazově (Dow, 2018).

1.3.7 Následná péče a prevence po cévní mozkové příhodě

Pokud po ukončení hospitalizace pacient nemůže být přeložen do domácího prostředí, je nezbytné zajistit další návaznost v rámci rehabilitačního ústavu, nebo léčebny dlouhodobě nemocných. Pokud je jeho vývoj příznivý, může být pacient přeložen do domácí péče. Pro část pacientů je nutné po přeložení do domácí péče nezbytné domluvit zároveň i pečovatelskou službu různého rozsahu (Kolář, 2009).

Cílem následné péče je podporovat návrat mozkových funkcí, nácvik soběstačnosti v denních činnostech a motivace pacienta a rodiny k aktivnímu přístupu. Rehabilitační program by měl být sestaven přesně tak, aby postihoval veškeré neurologické poruchy (Herzig, 2015).

Následky cévní mozkové příhody jsou velmi různorodé a vyžadují intenzivní neurologickou rehabilitaci, která by měla začít již během akutní fáze onemocnění (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 112).

Když to stav pacienta dovolí, zahájí se co nejdříve intenzivní rehabilitace nejprve s cílem profylaxe a následně se zaměřuje na co nejrychlejší dosažení samostatnosti a mobility. Po propuštění pacienta z akutní nemocniční hospitalizace pokračuje rehabilitace stacionární nebo ambulantní formou (Lippertová-Grünerová, 2015).

Prevence je důležitá nejen před, ale také po prodělání cévní mozkové příhody. Mnoha lidem, které mrtvice postihne, hrozí totiž riziko další mrtvice (Dow, 2018).

1. KOORDINOVANÁ REHABILITACE

Akutní cévní mozková příhoda patří k postižením, kde je zásadní správná reakce zdravotnického zařízení při prvním kontaktu. *Následovat musí intenzivní rehabilitace nejen motorických funkcí, ale i logopedická péče, psychoterapie, řešení sociální situace klienta i jeho rodiny (Šeblová, 2013, s. 216).*

Pojem rehabilitace se začal užívat v léčebných postupech vedoucích k znovuzískání funkční schopnosti pacienta již v 19. století. Pojem ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu *comprehensive rehabilitation*, který značí složitost celého procesu rehabilitace (Neubauerová, 2012).

Rehabilitace je tzv. návratná péče, navrácení porušené funkce, nápravné cvičení, znovunabytí a současně je vnímána jako prevence oslabení zachovalých funkcí (Válková, 2015).

Rehabilitace po CMP by měla začít co nejdříve, pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta, většinou je to možné už v prvních dnech po události, ale někdy až po pár týdnech. Rehabilitační proces začíná v nemocnici na jednotce intenzivní péče, pokračuje na rehabilitačním oddělení, případně v léčebně pro dlouhodobě nemocné a po propuštění do domácí péče pokračuje ambulantně (Kejklíčková, 2011).

Rehabilitační tým tvoří lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, zdravotně sociální pracovník a další odborníci, které může stav pacienta vyžadovat např. logoped, speciální pedagog, pracovník pracovní rehabilitace a další (Neubauerová, 2012)

Rehabilitační program i množství specialistů, kteří se na něm podílejí, závisí na tom, jaké funkce a schopnosti pacienta byly postiženy, oslabeny nebo vyřazeny z provozu (Kejklíčková, 2011).

2.1 Léčebná rehabilitace

Jedná se rehabilitaci osob v každém věku, to znamená o rehabilitaci u dětí, dorostu, osob v produktivním věku i seniorů. *U velké části z nich se specifickou léčbou základního onemocnění a rehabilitací dosáhne původní kvality života. U ostatních, u kterých lze předpokládat, že úraz, onemocnění či vrozená vada zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky, je nezbytné použít v rehabilitaci i další prostředky rehabilitace (sociální, pedagogické, předpracovní a pracovní), dle individuálních potřeb, které určí interprofesní tým* (Švestková, et al., 2017, s. 21).

Léčebná rehabilitace je zdravotní péče, která je poskytována v rámci ambulantní péče, nemocniční lůžkové péče, v odborných léčebných ústavech, lázeňských zařízeních a také zahrnuje fyzioterapii, ergoterapii, logopedii, psychologii a neuropsychologii (Kolář, 2009).

Beníčková (2017) uvádí, že vytvoření pozitivního vztahu mezi klientem a terapeutem je předpokladem každé léčebné rehabilitace.

2.2 Sociální rehabilitace

Jedním ze stressorů, který může narušit rodinné fungování a tím i negativně ovlivnit kvalitu života je diagnóza závažného onemocnění člena rodiny vyžadující následnou péči v domácím prostředí (Krucová, 2016).

Sociální rehabilitace je proces, ve kterém osoba s dlouhodobou či trvalou disabilitou absolvuje nácvik potřebných dovedností směřující k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře, a to za účelem co nejvyššího stupně jejího sociálního začlenění (Švestková, et al., 2017, s.93).

Dále autorka (Švesková, 2017) uvádí výstupy sociální rehabilitace:

- Podpora inkluze osoby s disabilitou (seberealizace a uplatnění občanů ve společnosti, čímž předchází sociálnímu vyloučení)
- Podpora nezávislosti osoby s disabilitou (obnovení či posílení samostatnosti v největší možné míře, což jej nečiní dlouhodobě závislým na poskytování sociálních služeb)
- Ochrana zranitelných skupin obyvatel (ochrana osob, které jsou krátkodobě nebo dlouhodobě omezeny v možnosti uplatňovat svá práva)
- Vyrovnávání příležitostí osob s disabilitou (snižování omezení plynoucí z jejich sociální situace a doplnění nástrojů umožňujících plnou realizaci)

2.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je proces, při kterém je snaha o to, aby u osob s disabilitou byly respektovány jejich individuální potřeby a možnosti a bylo jim umožněno dosažení, co nejvyššího možného vzdělání a tím podpořit jejich samostatnost a zapojení do všech aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů domácnosti (Švestková, et al., 2017).

Cílem pedagogické rehabilitace je dosažení co nejvyššího stupně vzdělání a kvalifikace, zároveň musí být respektována individualita konkrétního pacienta. Ve vztahu k CMP jde především o rekvalifikaci (Šeblová, et al., 2013).

2.4 Pracovní rehabilitace

Prodělaná cévní mozková příhoda zásadně ovlivňuje předchozí život, protože při nemožnosti návratu do původního zaměstnání pacienti obtížně hledají jiné pracovní uplatnění, pokud je ovšem jejich pracovní schopnost vůbec zachována, trpí tak psychickými problémy, depresemi a sociální izolací (Šeblová, et al., 2013).

Člověk, který prodělal cévní mozkovou příhodu, musí přehodnotit očekávání týkající se pracovního života, teď už není cílem dostat se na vrchol, ale smysluplně se zaměstnat a být ještě užitečný (Powel, 2010).

Pro příbuzné či blízké pacienta je velice důležitá podrobná a opakovaná instruktáž o domácí péči. Užitečné pro ně i pro pacienta je znát možnosti různých rehabilitačních aktivit včetně rekondičních pobytů a skupinových léčebně-rehabilitačních procedur (Kejklíčková, 2011, s. 64).

Úspěšnost zdravotnictví i procesu rehabilitace osoby se zdravotním postižením v produktivním věku je její návrat do zaměstnání (Švestková, et al., 2017)

I při bezvědomí, které trvá déle než 3 měsíce, způsobeném poškozením mozku, je 60 % mladších pacientů po intenzivní rehabilitaci schopných vrátit se částečně ke své původní profesi. Na úspěšném návratu pacienta do běžného života pracuje celý rehabilitační tým již ve fázi bezvědomí, tím že provádí polohování nemocného a basální stimulaci např. čichových, hmatových a sluchových vjemů (Kalvach, 2010).

Po skončení rehabilitace odchází většina pacientů domů, kde s nimi jejich pečovatelé pokračují v dlouhodobé rehabilitaci. Někteří se zcela vrátí do běžného života, mnozí začnou i znovu pracovat. Bohužel jiným však jejich zdravotní stav neumožní návrat k životnímu stylu před nemocí. Těžce postiženým lidem může rehabilitační lékař doporučit dlouhodobý pobyt ve speciálním zařízení nebo denním stacionáři, kde se pokračuje v rehabilitaci. Lidé, kteří byli velmi těžce postiženi a o které se nemůže postarat jejich rodina, jsou umísťováni do zařízení dlouhodobé péče (Kalvach, 2010).

2. TERAPIE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Na první pohled jsou nejvíce viditelná tělesná omezení nejčastěji ve formě hemiparézy, dále poruchy senzitivity, polykání a řeči (Sitzman et al., 2011).

Vedle „viditelných“ deficitů s sebou náhlá mozková příhoda přináší také množství různých projevů, které nejsou na první pohled diagnostikovatelné. Jsou to tzv. poruchy neuropsychologické, které se týkají zejména procesu myšlení a jednání (Lippertová-Grünerová, 2015).

Dále autorka Lippertová-Grünerová (2015) uvádí, že k častým a obávaným následkům cévní mozkové příhody patří také psychické poruchy jako deprese, poruchy psychomotorického tempa a afektu, které mohou rehabilitační proces značně negativně ovlivnit, proto je třeba přistoupit velmi záhy i k terapii.

3.1 Fyzioterapie

Fyzioterapie je zdravotnický obor, který využívá specifické terapeutické metody k obnově nebo kompenzaci ztracené či poškozené funkce využívajícím energii k léčebnému ovlivnění patologických jevů (Švestková, et al, 2017).

Hlavní úlohu u většiny pacientů po cévní mozkové příhodě v rehabilitačním procesu mají zejména fyzioterapeutické metody pod pečlivým vedením fyzioterapeuta. Ten v první řadě zhodnotí celkový neurologický deficit, na jehož základě stanoví individuální rehabilitační plán, možnosti a cíle (Kalvach et al, 2010).

Fyzioterapeut pomáhá postiženým obnovit schopnost používat svaly a klouby, tak aby mohli stát nebo sedět, pomáhá zlepšit schopnost chodit a používat jemnou motoriku (Powel, 2010).

Dle Dow (2018) fyzioterapie pacienty učí, aby svou postiženou stranu těla používali, co nejvíce. Fyzioterapeuti se snaží také o obnovu svalů, ty se musí naučit, jak reagovat hbitě a koordinovaně. *Všechny motorické pohyby jsou následkem cévní mozkové příhody ztraceny a tělo se je musí znovu naučit* (Dow, 2018, s. 16).

Za pomoci fyzioterapeuta se nemocný opět učí základní pohyby, tedy správné otáčení vleže, sezení, stání, chůzi. Fyzioterapeut při léčbě volí krátké a snadno srozumitelné

pokyny nebo je názorně ukazuje tak, aby byly pochopitelné řečovým a poznávacím schopnostem člověka, jakýkoliv nový pohyb nebo aktivitu lidé provádí opakovaně a pomalu, aby si je pacientův mozek zapamatoval (Kalvach, 2010).

Mezi populární rehabilitační metody se v současnosti řadí elektroterapie, trénink na pohyblivém chodníku, robotické přístroje, které doplňují a podporují rehabilitační proces. Ke zmírnění bolestí a prokrvení svalů slouží i termoterapie, léčebné koupele a masáže (Lippertová - Grünerová, 2015).

3.2 Logoterapie

Následkem mrtvice se pacienti potýkají s poruchou řeči a tento stav může být pro nemocného více stresující než samotné tělesné postižení. Pomoc s obnovou řeči zajišťuje klinický logoped ve spolupráci s foniatrem (Kalvach, 2010).

Bezprostředně po CMP mají pacienti problémy s mluveným slovem, s vyjádřením, neumí nalézt správné slovo, používají nesrozumitelná slova, nejsou schopni vyslovovat a porozumět psanému slovu a nejde jim psát (Dow, 2018).

Zlepšit vyjadřování a řeč pomáhá procvičování mimických svalů, aktivování krční páteře a rehabilitace ústní dutiny, která se provádí například masáží dásní nebo rozlišováním chuťových podnětů (Kalvach, 2010).

Klinická logopedie se zabývá prevencí, terapií a kompenzačními možnostmi narušeného komunikačního systému, kterou provádí prostřednictvím vysokoškolsky vzdělaného odborníka, logopeda, se specializací na práci ve zdravotnictví (Švestková, et al, 2017).

Logoped se snaží pacientům pomoci účinně komunikovat mluveným i psaným slovem. Může poskytnout speciálně sestavená cvičení a činnosti, které jsou zaměřeny na zlepšení jazykových dovedností a schopností (Powel, 2010).

Nejvýraznější komunikační obtíže lidí se zdravotním postižením jsou způsobeny srozumitelností projevu, především jde o sníženou schopnost jasně a zřetelně se vyjádřit a něco sdělit (Slowík, 2010, s. 116).

I když se logopedie zaměřuje především na léčebnou reedukaci řeči, není nejzazším cílem léčby naučit pacienta mluvit naprosto bezchybně, ale jeho dorozumívací

schopnosti vylepšit natolik, aby se běžně domluvil a aby při komunikaci nedocházelo k nedorozumění (Kejklíčková, 2011).

Lidé, kteří mají poruchu řeči, se učí znovu komunikovat nasloucháním hlasu, pojmenováváním věcí nebo opakováním slov. Nacvičují věty, které obsahují zapomenutá slova, vyslovují jednotlivé hlásky, čtou a učí se znovu psát. Čím dříve začne pacient komunikovat se svým okolím, tím se usnadní a zrychlí jeho rehabilitace (Kalvach, 2010).

3.3 Ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnický obor, který využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy při rehabilitaci jedinců každého věku s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky či mentálně postižení (Švestková, et al., 2017).

Ergoterapie je léčebný obor, který navazuje na fyzioterapii a má za úkol posoudit stávající fyzické, psychické a kognitivní funkce pacienta. *Jejím cílem je dosažení a zachování maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince při běžných denních pracovních a zájmových činnostech* (Kolář et al., 2009, s. 297).

Ergoterapeut pomáhá pacientovi k vykonávání každodenních povinností, jako je oblékání, vaření, domácí práce a také rozvíjet schopnosti, které s těmito schopnostmi souvisejí, jako je plánování, zdokonalování myšlení a řešení problémů (Powel, 2010).

Ergoterapeutický proces se zaměřuje především na trénink všedních každodenních činností pacienta, mezi které patří osobní hygiena, oblékání, strava, mobilita a celková orientace. Náplní práce ergoterapeuta je také zabezpečení adaptace pacienta na kompenzační pomůcky a jejich vhodný výběr, vzhledem k individuálním potřebám (Čermáková, 2015).

Ergoterapeut se snaží pomoci nemocnému s nácvičkou soběstačnosti a tréninkem kognitivních funkcí. Dle omezení funkčních schopností navrhne pacientovi kompenzační pomůcky pro běžný život, například při přípravě jídla pomůže speciální nůž, krájecí zařízení nebo protiskluzové podložky. Osobní hygienu pacientovi usnadní sedátka na vanu, speciální zvedáky nebo upravené zubní kartáčky (Kalvach, 2010).

Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti pacienta, jeho aktivní začlenění do života a tím i zvýšení kvality jeho života (Šamánková, 2011, s. 29).

Po propuštění pacienta z nemocnice může ergoterapeut a sociální pracovník navštívit domácnost nemocného a navrhnout její bezbariérové řešení. Případně doporučí i výměnu bytu za vhodnější, ve kterém bude mít pacient možnost být více soběstačný. U těžce postižených pacientů může ergoterapeut kromě bezbariérového řešení bytu doporučit i jeho vybavení jako jsou například různé zvedáky do koupelny, polohovací postele a další pomůcky, které umožní pacientovi pobyt doma, usnadní péči rodinným příslušníkům nebo pečovatelské službě o nemocného a lze tak i předcházet případným úrazům v domácnosti (Kalvach, 2010).

3.4 Psychologie

Stav pacienta bezprostředně po CMV je doprovázen strachem o život, nejistotou co bude, bezmocí, úzkostí i zlostí. Pacient ztrácí svou nezávislost a soběstačnost, a to vede k psychickému strádání. Jak pacient zvládá své emoce a psychiku je do jisté míry závislé na jeho osobnosti i míře postižení ((Lippertová - Grünerová, 2015).

Psychologie se zabývá diagnostikou, prevencí a terapií duševních potíží, poruch a onemocnění a na základě poznatků všeobecné, vývojové, osobnostní a sociální psychologie vypracovává souhrnný obraz klientova problému (Švestková, et al., 2017).

Psycholog pomocí speciálně upravených testů zhodnotí pacientovy duševní schopnosti a nedostatky, které se týkají především paměti a schopnosti soustředěné (Powel, 2010).

Psychologie se zabývá vnitřními obtížemi, které oslabují pacientovu schopnost vyrovnávat se s úkoly v jeho životě (Bruchová, 2017, s. 79).

Psychologické zkoumání zahrnuje i posuzování způsobilosti v případě návratu pacienta zpět do zaměstnání, míru snesitelné zátěže na oslabený organismus či možnost řízení motorového vozidla (Kalvach P. et al., 2010).

Psychoterapie probíhá formou rozhovorů zpočátku s klientem, později i s širší rodinou (Connoly et al., 2012).

Po zlepšení klientova stavu lze provádět i rodinnou terapii klienta spolu s rodinou. Pro psychoterapeutickou práci s klientem po cévní mozkové příhodě je nejdůležitější empatie (vcítění), altruismus (nesobecké sdílení), kongruence (opravdovost), reflexe (porozumění) a profesionální přístup (Vymětal, 2010).

Úkolem neuropsychologa je zhodnotit, jak byly poškozeny mentální a kognitivní funkce, tedy např. čtení, psaní a počítání. Zjišťuje i stav smyslového vnímání, vyjadřování, časoprostorového vnímání, paměti, pozornosti, orientaci a inteligenci, pokud jsou některé z těchto funkcí poškozené, cílem neuropsychologa je jejich obnova. Tím, že byl poškozen mozek, může u některých osob dojít ke změně charakterových a povahových vlastností (Kalvach, 2010).

3.5 Lázeňská péče

Po prodělané CM má pacient kromě následné rehabilitace na rehabilitačních odděleních možnost i lázeňské léčby. Lázeňská léčba je plně hrazena za pomoci jejich zdravotní pojišťovny, je pouze nutné doporučení odborného lékaře-neurologa a schválení revizního lékaře pojišťovny. Základní doba pobytu je 3 týdny, s možností prodloužení v případě potřeby až na 7 týdnů (Kalvach, 2010).

Lázeňská péče by měla bezprostředně navazovat na rehabilitaci pacientů po CMP z důvodů zlepšení soběstačnosti a hybnosti a měl by ji dle zdravotního stavu doporučit neurolog. Pacienti na vozíčku, kteří mají těžkou poruchu hybnosti, by měli být doprovázeni rodinným příslušníkem, který se o něj stará (Kolář, et al., 2009).

Lázeňská péče využívá přírodní léčivé zdroje a léčebné koupele (např. izotermní vodní koupele, koupele v sirných přírodních minerálních vodách, suché koupele oxidem uhličitým (Papoušek, 2010).

3. FORMY SOCIÁLNÍ POMOCI

4.1 Příspěvek na péči

Podmínky nároku na příspěvek na péči upravuje § 7 zákona o sociálních službách. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoci jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb a není

rozhodující, zda jí pomoc, dohled nebo mimořádnou péči poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb (Čeledová et al., 2018).

Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Tímto se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládání základních životních potřeb. *Z poskytnutého příspěvku na péči pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu* (MPSV, © 2014).

4.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má ta osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo, těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení a jde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a současně zdravotní stav nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok. Zvláštní pomůcka není zdravotnickým prostředkem, který je hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou. Také nesmí jít o zdravotnický prostředek, který nebyl osobě uhrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo zapůjčen zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace. Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. Příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že jí krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která ve vyhlášce uvedena je (MPSV, © 2014).

4.3 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku: která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P, která

se opakovaně za úhradu v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována, které nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené v předchozí odrážce, nárok na výplatu nenáleží za kalendářní měsíc, jestliže je oprávněné osobě po celý tento kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace (MPSV, © 2014).

Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace se pro nárok na příspěvek na mobilitu posuzuje podle zákona o sociálních službách stejným způsobem jako pro účely příspěvku na péči (Seifert et al., 2012).

4.5 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Dle MPSV (©2014) má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouho době nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ (**průkaz TP**) má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (**průkaz ZTP**) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (**průkaz ZTP/P**) má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným

postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Zvlášť těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu není schopna samostatné orientace v exteriéru (MPSV, ©2014).

4.6 Invalidní důchod

Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let a stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na řádný starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán předčasný trvale krácený starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo invalidním následkem pracovního úrazu.

Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,

nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,

nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z období před vznikem invalidity, a jde-li o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních 10 let před vznikem invalidity. V případě pojištěnce staršího 38 let se podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod považuje rovněž za splněnou, byla-li tato doba získána v období posledních 20 let před vznikem invalidity; potřebná doba pojištění činí přitom 10 roků (MPSV, ©2014).

4. PÉČE O OSOBU PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Lidé, kteří se vlivem nenadálé životní situace, ocitli v roli pečovatелů, tvoří relativně novou oblast zájmu sociálních služeb, která doprovází rozvoj domácí rodinné péče o osobu blízkou. Pokud může zdravotně postižený člověk zůstat mezi svými blízkými, lépe snáší omezení vyplývající z jeho zdravotního stavu (Michalík, 2010).

Rodina je jedním z hlavních zdrojů péče o nemocné, to bývá také jedním z vysvětlení nižší úmrtnosti ženatých a vdaných – sociální podpora jim totiž pomáhá nemoc lépe překonat. Ženatí muži a vdané ženy prožívají méně často depresi než jejich nezadaní vrstevníci, ale to platí pouze tehdy, pokud žijí v relativně spokojeném vztahu (Hamplová, et al., 2014).

5.1 Formální péče

Formální péče je garantovaná státem a zahrnuje tato zařízení:

- Nemocnice následné péče
- Psychiatrické nemocnice
- Léčebny dlouhodobě nemocných
- Hospice
- Ostatní odborné léčebné ústavy
- Lůžka pro pacienty s dlouhodobými chronickými nemocemi
- Gerontopsychiatrická oddělení
- Agentury domácí zdravotní péče
- Dětské domovy

(Zdroj: ERACR, ©2014)

Lidské potřeby jsou kulturně, historicky a individuálně variabilní. Ucelený systém podpůrných služeb by měl postihnout všechny úrovně obecných potřeb zdravotně znevýhodněných lidí na úrovni běžného života, obecné lidské existence, uspořádání zdravotní péče, ošetřování a sociální pomoci (Kalvach et al., 2012).

Úroveň poskytované péče v zařízeních se velmi liší. Nejčastěji je formální péči vytýkán nedostatek soukromí umístěných osob, nedostatek času odborného personálu, ale i takové nedostatky, které můžeme zařadit již do trestně právní oblasti, např. omezování pohybu, zvýšená medikace atd. V zařízeních dlouhodobé péče je věnovaná pozornost práci s klientem a jeho rodinou tak, aby byl usnadněn přechod do neformální (domácí) péče (ERACR, ©2014).

V zařízeních zdravotní a sociální péče je z mnoha důvodů problémem i zachování soukromí tzv. kontrola informací o vlastní osobě, nevměšování se druhých, zajištění chráněného prostoru pro vlastní potřebu (Kalvach et al., 2012). Jak dále autor Kalvach et al., (2012) upozorňuje: „*Proto zde vystupuje tak výrazně do popředí potřeba avšak porozumět názorům, cílům, aspiracím klientů umožnit jim angažovat se v zásadním rozhodování o péči i běžných záležitostech každodenního života, zvolit si, zda se zapojí do společných aktivit či ne, spoluurčovat harmonogram dne apod.*“.

Lze konstatovat, že formální dlouhodobá péče v současné době prochází procesem transformace, kdy je upřednostňována individuální péče v domácím prostředí. Základem celého procesu je udržení klienta v jemu blízkém prostředí co nejdéle (ERACR, ©2014).

V nemocniční péči jsou zcela jiné situace pro ošetřování a především pro klienty než je tomu v jejich domácím prostředí, protože u klientů doma je jejich den utvářen, v nemocnici je o pacienta postaráno. V nemocnici je ošetrovatelská péče zaměřena na onemocnění a jeho následky, naopak v domácím prostředí se jedná o normální všední den, který by měl proběhnout pokud možno nerušeně, kvalitně a individuálně (Messer, 2016).

5.2 Neformální péče

Neformální péčí se rozumí neplacená péče, kterou poskytují rodinní příslušníci, přátelé, sousedé či dobrovolníci. V případě, kdy chceme vysvětlit možnou souvislost mezi rodinnou strukturou a zdravotním stavem, musíme se zaměřit na skutečnost, že rodina je nejvýznamnějším zdrojem pomoci a praktické péče o nemocného (Hamlová et al., 2014).

Domácí péči o člena rodiny můžeme také jinak označovat jako péči neformální z důvodu, že se jedná se o péči, kterou provádí laik. Tato péče může probíhat pouze tehdy, když v rodině fungují vzájemné vztahy. Neformální pečovatelé pacientovi pomáhají se zvládnutím základních životních potřeb a napomáhají k co největší soběstačnosti (Truhlářová, 2015). Jak dodává Hamlová et al., (2014) nejnáročnější je osobní péče z hlediska času, jak psychicky, tak i fyzicky, která má každodenní charakter.

U neformální péče je třeba se zaměřit na potřeby členů rodiny pečujících, najít vhodné komunitní komunikativní nástroje k objektivnímu zkoumání těchto potřeb. Je nezbytně nutné respektovat jejich formy podpory a emoční i materiální potřeby, stejně jako potřeby v poskytování služeb, a to i v souvislosti s narůstajícím tlakem na veřejné výdaje, které v současnosti neumí čelit nárůstu počtu klientů závislých na péči (Holmerová, 2013).

Rodinní příslušníci, kteří pečují o svého blízkého v nepříznivé životní situaci, takzvaní neformální pečovatelé, jsou touto situací také velmi zásadně ovlivněni. *Avšak zatímco životní situace seniorů a osob se zdravotním postižením je v české sociální politice poměrně diskutovaným tématem, o problémech neformálních pečovatelů zatím nemáme dostatek informací. Jako by pečovatelé stáli v pozadí těch, o něž je pečováno* (MPSV, ©2014).

Dle Tomeše et al., (2017) je pozitivním prvkem péče o blízkou osobu i řešení hodnot rodinné solidarity a vzájemná vyživovací povinnost, nehledě na to, že pečující osoba je výrazným příkladem pro mladší generace.

Neformální péče je důležitým tématem nejen z pohledu nemocného, ale i z hlediska poskytovatelů péče. Poskytování péče často přináší závažné sociální, ekonomické a psychologické dopady, protože starost o nemocné členy rodiny je většinou spojena s nutností omezit ekonomickou aktivitu či zaměstnání úplně opustit (Hamplová et al., 2014).

Pokud by veřejná správa měla podporovat neformální péči vykonávanou blízkou osobou, pak je jistě dobré zvážit systémové kroky, které pozitivně ohodnotí takovou aktivitu. Jak dále Tomeš et al., (2017) uvádí, v žádném případě však není možné hřešit na potenciál pečujících a stavět na neformální péči formalizovaný systém sociální péče.

5. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 Cíl práce

Hlavním cílem mé diplomové práce je identifikovat jaké jsou nesnáze rodiny při péči o rodinné příslušníky po prodělané CMP a s jaké jsou jejich nejčastější problémy. Teorii jsem po té srovnala s výzkumem, provedeném pomocí rozhovorů s neformálními pečovateli starajícími se o postiženého člena rodiny.

6.2 Hlavní výzkumná otázka

S ohledem na již zmíněný cíl mého výzkumu byla koncipována hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou nesnáze rodiny při péči o rodinné příslušníky po prodělané CMP?

6.3 Dílčí výzkumná otázka

Dále byla stanovena ještě dílčí výzkumná otázka, která má pomoci doplnit odpovědi na výše zmíněný cíl:

S jakými problémy se rodina při domácí péči setkává?

6. METODIKA

7.1 *Metody a techniky sběru dat*

Podkladem pro vypracování mé diplomové práce bylo studium odborné literatury týkající se dané problematiky a dále metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden formou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru, který probíhal s respondenty většinou v domácím prostředí nebo ve veřejném prostoru v přátelské atmosféře. Rozhovor se skládal z 25 otázek a při jejich pokládání byla zaručena anonymita respondentů. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu a v první polovině měsíce dubna 2019.

Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu se situací jedince či skupiny jedinců. Tyto obvykle reflektují každodennost jedinců či skupin. Výzkumník vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal (Hendl, 2016).

Dle Dismana (2011) v kvalitativním výzkumu mizí hranice mezi rolí výzkumníka a rolí zkoumané osoby, oba jsou partnery, je v něm pochopení pro určité lidské nebo sociální chování.

Metoda rozhovoru přináší velké množství informací od menšího počtu respondentů, kdy tyto informace je nutné výzkumně zpracovat. Výzkumná šetření, která vycházejí z kvalitativního rozhovoru, se soustředí na subjektivní svět osob, na jejich chápání (Gavora, 2010).

Dle Švaříčka (2014) existuje několik etických principů, které je vhodné při kvalitativním výzkumu dodržet, jedná se především o: důvěrnost, poučený souhlas a nezveřejňovat data, která by mohla vést k identifikaci klientů.

Sběr a analýza dat jsou časově náročné a končí, až když dojde k teoretickému nasycení. Technika rozhovoru je v kvalitativní strategii často využívána, u polostrukturovaného rozhovoru je předem daný soubor otevřených otázek, kdy není stanoveno jejich pořadí (Reichel, 2009).

7.2 Výběr výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl tvořen 7 rodinami, které mají v domácí péči blízkou osobu po cévní mozkové příhodě. Informanty jsem vybírala na základě techniky sněhové koule, tzv. snowball technique, která spočívá ve výběru respondentů způsobem, při kterém původní informátor zavede k dalším informátorům cílové skupiny (Disman, 2011). První informantku tvořila má sestra, která pečuje o mého švagra, který prodělal před čtyřmi lety CMP, právě kvůli němu jsem se začala o tuto problematiku zajímat, ostatní rodiny byly vybrány zcela náhodně, jak jsem se postupně od dalších respondentů dovídala o dalších případech. Rodinní příslušníci byli vždy dopředu informováni, že bude jejich rozhovor nahráván a pokud nesouhlasili, byl rozhovor pouze zaznamenán ručně do poznámek.

V kvalitativním výzkumu mizí hranice mezi rolí výzkumníka a rolí zkoumané osoby, oba jsou partnery a hledá se v něm pochopení pro určité lidské nebo sociální chování. Sběr a analýza dat jsou časově náročné a končí, až když dojde k teoretickému nasycení (Reichel, 2009).

Hlavním úkolem je dle Hendla (2016) objasnit, jak lidé v daném prostředí a situaci chápou, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce. Hendl (2016) se dále k výzkumu vyjadřuje ve smyslu, že to je pečlivě naplánovaná a systematická činnost, která má za cíl odpovědět na vybrané výzkumné otázky a tím vlastně napomoci k rozvoji konkrétního oboru.

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje seznam otázek, které je potřeba probrat. Pořadí otázek a způsob, jak jsou otázky kladeny, záleží na tazateli. Může ho upravovat podle situace a to mu umožňuje provést rozhovor s několika lidmi a následně je porovnat, protože seznam otázek pomáhá dodržet rámec výzkumu u všech rozhovorů. (Hendl, 2016)

7.3 Realizace výzkumu

Začátkem roku 2019 jsem oslovila již předem domluvené informanty telefonicky, zda bych jim mohla položit otázky, týkající se jejich domácí péče o rodinného příslušníka. Domluvily jsme si předem čas, kdy se sejdeme a v rámci anonymity a abych nenarušila

jejich domácí prostředí, jsme se scházeli v neformálním prostředí, v kavárně. V úvodu rozhovoru jsem každého z oslovených informantů seznámila s cílem své diplomové práce a ujistila je o naprosté důvěrnosti informací, které mi sdělí. Rozhovory probíhaly průměrně asi 45 minut a informanté během hovoru odpovídaly na předem připravené otázky, které i sami doplňovali navazujícími informacemi, které s danou otázkou souvisely. Rozhovory byly zaznamenávány na mobilní telefon i pomocí poznámkového bloku. Rozhovory byly ze záznamu doslova přepsány a informanté očíslováni IN 1-7. Pro jejich analýzu jsem použila metodu otevřeného kódování, kdy jsou identifikovány kódy, které jsou seřazeny do kategorií, kterým přiřazujeme názvy, které je vystihují. Takto získaná data byla analyzována pomocí vytváření trsů, kdy se shromažďují a rozřazují určité výroky do skupin, trsy vznikají na základě podobnosti mezi jednotlivými výroky.

7.4 Etika výzkumu

Při výzkumu je vždy třeba zachovávat etiku, toho jsem si byla vědoma a postupovala dle pravidel. Informanty jsem ubezpečila, že bude zachována jejich anonymita a důvěrnost osobních údajů, s kterými jsem se setkala při rozhovorech s nimi a seznámila je i s možností přístupu ke zpracovaným údajům.

Dle Švaříčka (2016) je třeba dodržet při kvalitativním výzkumu několik etických principů: především se jedná o zákaz zveřejňování dat, která by mohla vést k identifikaci informantů, dále pak o poučený souhlas a možnost přístupu informantů ke zpracovaným výsledkům práce.

V kvalitativním výzkumu nemají často jedinci dostatečné povědomí o událostech, které nastanou během akce. Informovaný souhlas proto musí obsahovat zmínku o tom, že nelze vždy predikovat všechny události (Hendl, 2016, s. 126).

7. VÝSLEDKY

Následující kapitola je věnována výsledkům výzkumu, kde jsou použita data, která jsem získala z přepsaných rozhovorů a která slouží k zodpovězení hlavní i dílčí výzkumné otázky.

8.1 Základní údaje o výzkumném souboru

TABULKA 1 – ZÁKLADNÍ ÚDAJE O INFORMANTECH

	Věk	Pohlaví	Rodinný stav	Zaměstnání (profese)	Datum provedeného rozhovoru
IN 1.	38	žena	vdaná	Zaměstnaný ½ úvazek	11.3.2019 18.4.2019 1.5.2019
IN 2.	53	žena	žijí odděleně	domácí péče	18.3.2019 27.4.2019 4.5.2019
IN 3.	40	žena	rozvedená	domácí péče	15.4.2019 1.5.2019
IN 4.	45	žena	vdaná	domácí péče	20.4.2019 24.4.2019 1.5.2019
IN 5.	62	žena	vdaná	důchod	21.4.2019 2.5.2019 4.5.2019

IN 6.	64	žena	vdaná	důchod	21.4.2019 5.5.2019
IN 7.	52	muž	rozvedený	podnikatel pracuje z domova	29.4.2019 1.5.2019

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 1 jsou identifikační údaje informantů, kterých bylo celkem 7. Jedná se neformální pečovatele, kteří mají v domácí péči některého z členů své rodiny. Jejich věk se pohybuje od 38 let do 64 let.

TABULKA 2 – ZÁKLADNÍ ÚDAJE O VZTAHU INFORMANTŮ K POSTIŽENÉ OSOBE

	Typ vztahu k osobě postižené CMP	Věk	Původní zaměstnání postižených CMP	Doba domácí péče roků/měsíců
In 1.	strýc	70	technik výroby směnový provoz	2/7
In 2.	matka	79	učitelka střední škola	9/4
In 3.	matka	64	účetní	3/11
In 4.	manžel	58	zaměstnanec pošty	2/3
In 5.	manžel	63	hajný	2/6
In 6.	otec	89	vedoucí konstrukce	0/7
In 7.	otec	75	důstojník v armádě	1/2

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 popisuje vztahové vazby informantů k pacientovi a také původní povolání, postiženého po CMP a dobu, po kterou rodinní příslušníci pečují o člena rodiny.

8.2 Zpracování výsledků

Tabulka 3 popisuje, jak hodnotí informanté pobyt rodinných příslušníků po CMP v nemocnici. Z tabulky vyplývá, že převládá pozitivní hodnocení, vyloženě negativní zkušenost má pouze jeden informant.

TABULKA 3: JAK HODNOTÍTE PÉČI V NEMOCNICI?

	pozitivně	spíše pozitivně	spíše negativně	negativně	nebyl na oddělení
In 1.		X			
In 2.		X			
In 3.				X	
In 4.	X				
In 5.	X				
In 6.		X			
In 7.		X			

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 sdělila...*teta ho měla nejdřív v Thomajerově nemocnici, tam moc spokojená nebyla a pak si ho přendala, aby ho měla blízko na Třebechov, dojížděla tam autobusem půl hodiny, ale tam spokojená byla, vždycky za ním chodila, krmila ho a starala se o něj...*

IN2 říká: *No, řekla bych tak trošku líp než průměrně, ale asi celkově celkem dobře...*

IN3 má na to zcela jiný názor: ... *tak vzhledem k tomu, že má maminka již 19 let po transplantaci ledviny a první pomoc pro ni byla dost důležitá, tak spokojená nejsem vůbec...pokud by jí píchli tu kontrastní látku, která je důležitá při CMP, tak by nemusela přijít o tu řeč, o kterou tím přišla...byla jsem naštvaná ještě i proto, že pro mamku přijela záchranná z Blatný, ale naši spadají pod Strakonice, takže jí naložila sanitka a mamku ve stavu, kdy potřebuje pomoc a jde jí o život přendávali ze sanitky do sanitky v Předoticích u zastávky, protože záchranná služba nemá dostatek sanitek, aby mohla ject rovnou... podle mě pak stojí zdravotnický zařízení úplně za prd, když je vážně nemocnej člověk a přendávají ho ze sanitky do sanitky na hlavní silnici...*

IN4 je naopak s péčí v nemocnici spokojený ...*starali se dobře, obzvlášť v kritických chvílích na začátku, na jednotce intenzivní péče...*

IN5 sdělila: *Já mám dojem, že dobře, myslím, že mu i zachránili život, ale dcera neměla ten dojem, myslela si, že pochybili, že nebyli dost rychlí a postižení, tak bylo mnohem závažnější a manžel tak vlastně vůbec nemluví*

IN6 vypověděla ...*poté, co jsem ho našla doma ležet na zemi, převezla ho záchranka do nemocnice v Táboře. Péče byla poměrně dobrá, pouze mě překvapilo poměrně rychlé přemístění na oddělení následné péče. Zde byla péče o tátu poněkud svérázná.*

IN 7 si myslí, že se o tatínka mohli starat lépe a nejvíce mu vadilo, že i když byl jeho otec schopný chodit, tak mu dávali na noc pleny. S tím se doteď nevyrovnal a pořád nechápe důvod tohoto počínání sester.

V tabulce 4 se dozvídáme, kde získali neformální pečovatelé informace o možnostech pečovat o své blízké.

TABULKA 4: KDE JSTE SE DOZVĚDĚLI O MOŽNOSTI DOMÁCÍ PÉČE?

	internet	televize	přátelé	obecní úřad	jiné organizace
In 1.	X				X
In 2.				X	
In 3.			X	X	
In 4.	X		X		
In 5.					X
In 6.	X			X	
In 7.					X

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 odpověděla: *...internet, od lidí a v Diakonii v Písku, kde jsem v té době pracovala*

IN2, IN3 a IN6 se dozvěděli o možnosti domácí péče na obecním a městském úřadě...IN 3 k tomu ještě dodává, že ji poradili známí...*vzhledem k tomu, že jsem se bála, kdo se o ni bude starat a všichni sourozenci jsme poměrně mladí a potřebujeme pracovat, tak jsem si vše zjišťovala...takže mi poradili známí, že ta možnost je, že si můžu ukončit svůj pracovní poměr a pobírat na maminku péči, takže pak už jsem se informovala na úřadě*

IN4 shodně s IN1 také zmiňuje internet: *IN1...pracovala jsem na poště jako doručovatelka, takže jsem takhle od lidí věděla, že ta možnost postarat se o svého blízkého tady je a pak jsem hledala podrobnosti na internetu*

IN5 a IN7 informoval lékař a sestřičky v nemocnici

Tabulka 5 ukazuje důvody, pro které se rozhodli pečovat o rodinného příslušníka

TABULKA 5: Z JAKÉHO DŮVODU JSTE SE ROZHODLI PRO DOMÁCÍ PÉČI

	výchova	finance	řešení zaměstnání	doma má lepší péči
In 1.	X			X
In 2.			X	X
In 3.			X	X
In 4.	X			X
In 5.				X
In 6.	X			X
In 7.				X

Zdroj: vlastní výzkum

Z hlediska informantů je jedním z hlavních důvodů domácí péče, nedůvěra v kvalitní péči v nemocnici nebo ústavech.

IN1 říká: *jednalo se o to, že teta ho měla ráda a nechtěla, aby skončil, dokavad' ho zvládla, tak si ho nechávala doma, chtěla, aby měl péči stoprocentní*

IN2...*jednak jsem nechtěla dát manžela nikam do ústavu a jednak jsem tím vyřešila i své zaměstnání, kde jsem nebyla už spokojená a byla jsem z něj hrozně unavená*

IN3 se domnívá...*už jen z toho důvodu, že se o ni bojíme, aby to na ní nepůsobilo blbě v nějakém nemocničním zařízení a aby byla spokojená, tak ji chceme mít doma, zaslouží si to, taky se o nás pořád starala*

IN4 a IN5 jsou přesvědčeni, že by se o jejich blízké v nemocnici nepostarali, tak jako o ni doma

IN6... *No, protože se nám jeho pobyt na oddělení následné péče v nemocnici moc nezamlouval, tak jsme se rozhodli pečovat o něj doma.*

IN7 ... *Následná péče v nemocnici byla tragédie, tak jsme neviděli jiné východisko.*

Z tabulky 6 je dobře patrné na koho se nejčastěji informanté obracejí v případě potřeby

TABULKA 6: KDO VÁM POMÁHÁ V PÉČI O VAŠEHO BLÍZKÉHO?

	partner	sourozenec	celá rodina	pečovatelka	sami
In 1.		X			
In 2.					X
In 3.					X
In 4.			X		
In 5.					X
In 6.			X	X	
In 7.		X		X	

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 se v péči o strýce dělí rovným dílem se svou tetou

IN2 říká: *Bylo to celou dobu jen na mě samotné, poslední měsíc mi pomáhá manžel, ale protože se nejedná o jeho maminku, tak je velmi nepříjemný a nechce se mu*

IN3 vypovídá, že *...maminka v tuto chvíli není ve stavu, aby musela mít čtyřicetihodinovou péči, takže teď už není úplná potřeba, abychom se o ni starali úplně všichni, ať už můj bratr nebo má sestra, zvládám to sama*

U informantů IN4 a IN6 se na péči podílí celá rodina, každý dle svých možností

IN5 sděluje: *Skoro úplně na mě, děti mají své rodiny a nebydlí s námi, ale zpočátku rodina pomáhala hodně, hlavně se vším kolem zařizování, pomůcek, lékařů i rehabilitací, cvičení, všechno, obzvlášť dcera hledala nové informace a možnosti na internetu. Teď už je to na mě všechno*

IN7 pomáhá s péčí o tatínka sestra a její manžel

V tabulce 7 se dozvídáme, zda mají pečovatelé čas, který mohou věnovat jen sami sobě.

TABULKA 7: MÁTE NA SEBE ČAS, ABYSTE MOHL/A VYPNOUT NEBO SI ODPOČINOUT?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
In 1.			X	
In 2.				X
In 3.		X		
In 4.				X
In 5.	X			
In 6.		X		
In 7.				X

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce se odpovědi respondentů různí, někteří si čas na sebe najdou, jiní ho nemají a jedna informantka se dokonce bojí brát si volno na úkor své rodiny a zatížit ji péčí o pacienta.

IN1 a IN4 se shodují, že je času pro sebe málo, k nim se přidává i názor IN2 *...nemám téměř žádný čas pro sebe, maminka vyžaduje celodenní péči a já pořád na kole přejiždím od ní k sobě domů, abych tím nenarušila soukromí své rodiny a aby je to neobtěžovalo*

IN3 to řeší v rámci širší rodiny: *No tak určitě taky, tím, že jsme tři sourozenci, tak si vyjdeme vstříc, vlastně i celá rodina, ale to hlavně o víkendech*

IN5 sděluje své zkušenosti: *Určitě, spousta, manžel hodně spí, tak zvládám při tom i domácnost, zahrádku i další práci kolem domu*

IN6 se vyjadřuje ve smyslu: *Je to poměrně sporné, pokud jsou u něho pečovatelky ze soukromé firmy, tak ano. Jinak o víkendech se u něho střídají moje sestry*

IN7 *...sehnali jsme studentku na hlídání po dobu prázdnin. Bohužel vydržela jen tři týdny.*

Z tabulky 8 vyplývá, jaké má informant možnosti zařídit si potřebné věci bez pacienta

TABULKA 8: V PŘÍPADĚ, ŽE SI POTŘEBUJETE NĚCO ZAŘÍDIT, KDO SE VÁM POSTARÁ O VAŠEHO BLÍZKÉHO?

	partner	sourozenec	celá rodina	pečovatelka	není nutné
In 1.		X			
In 2.		X			
In 3.					X
In 4.			X		
In 5.					X
In 6.		X		X	
In 7.		X			

Zdroj: vlastní výzkum

U IN6 a IN7 je touto osobou sestra, také IN2 v případě potřeby oslovila svou sestru *...když to ještě šlo, tak mi pomohla sestra, dala jí pít a jíst, ale ani nevyměnila plenu, tak když jsem přišla, tak jsem to tam měla no hrůza... dnes když už si potřebuju něco zařídit, je to hrozné, ale dám jí prášek na spaní, abych měla jistotu, že se neprobudí a pak honem běžím...*

IN1 říká...*ta teta, střídavě*

IN3 je ráda, že zatím *...maminka vydrží po tu dobu sama, bez toho, abych jí musela někde mezitím umístit*

IN4 má oporu v dětech: *Starší syn, který už je dospělý, vezme si dovolenou*

IN5 to zvládá zcela sama: *Vzhledem k tomu, že manžel je celkem chápavý a jde v poledne spát, tak během toho spánku si mohu odjet na hodinku až dvě*

Tabulka 9 ukazuje, co si myslí informací o vlivu domácí péče na děti

TABULKA 9: MÁTE POCIT, ŽE JE TO DOBRÁ ŠKOLA PRO VAŠE DĚTI, ŽE JE PŘIROZENÉ POSTARAT SE O SVÉ BLÍZKÉ?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
In 1.	X			
In 2.			X	
In 3.	X			
In 4.	X			
In 5.	X			
In 6.	X			
In 7.	X			

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni informané shledávají domácí péči, jako dobrou zkušenost do budoucna pro své děti, pouze jeden informant si myslí, že nikoliv.

IN2 si myslí:... *v mém případě asi ne, oni to bohužel vidí úplně ve finále, jak to postupuje za těch pár let a oni prostě vidí, jak se to na mě podepisuje, rok od roku víc a víc, já bych to po svých dětech nechtěl a ani bych to nemohla chtít, jsou to kluci*

IN7 dokonce říká...*je to povinnost*

Tabulka 10 ukazuje, jaké byly investice ve vztahu k blízké osobě

TABULKA 10: INVESTOVALI JSTE DO VAŠEHO BLÍZKÉHO ZDRAVOTNÍ POMŮCKY?

	polohovací postel	invalidní vozík	chodítko	jiné
In 1.	X		X	
In 2.				
In 3.				
In 4.	X			X
In 5.	X	X	X	X
In 6.	X	X		X
In 7.				

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 říká:... *polohovací postel i chodítko...postel jsme možná mohly mít hrazenou, ale neřešili jsme to*

IN3, IN2 a IN7 zatím neinvestovali žádné finanční prostředky, vše mají hrazené zdravotní pojišťovnou

IN4 dokupovala pouze míčky na mačkaní, pro trénování svalů a šlach na ruce

IN5 vysvětluje: ... *chodítka pojišťovna neproplácí, ty si musíme hradit sami*

Dle IN6 museli investovat poměrně hodně: ... *elektrické polohovací lůžko, kolečkové křeslo, francouzské hole*

V následující tabulce 11 můžeme vidět, jaké úpravy bydlení musely být provedeny

TABULKA 11: MUSELI JSTE PROVÁDĚT NĚJAKÉ ÚPRAVY V BYTĚ ČI DOMĚ?

	plošina nebo nájezd na schodech	úprava toalety a koupelny	odstranění prahů u dveří	jiné
In 1.	X			
In 2.		X		
In 3.			X	

In 4.		X	X	X
In 5.	X			
In 6.			X	
In 7.			X	

Zdroj: vlastní výzkum

IN 1 říká: *Teta měla v domě schody, tak si musela pořídit plošinu*

Dle IN2 šlo o poměrně velkou investici: *To tedy hodně, to teda hned na začátku jsme tam předělávali jádro, tam se udělala madla k vaně, kvůli tomu je koupelna pro normální fungování nevýhodná, nevešla se vana, je tam jen sprchový kout a malý umyvadlo*

IN3 to vidí naopak: *Tak zatím úplně ne, maminka přišla hlavně o tu řeč a ten mozek částečně, hůř jí to nemyslí, stavební úpravy tak potřeba zatím nebyli, ale pro jistotu jsme sami odstranili prahy, aby byl bezbariérový přístup, v případě, že by se její stav zhoršil a tak aby nezakopla, někdy je dost zmatená*

IN4 sděluje: *Ano úpravy v koupelně, rozšířili jsme vjezd pro vozík a různá madla a také jsme odstranili prahy*

Pro IN5 náklady téměř žádné nebyly: *Vzhledem k tomu, že máme bezbariérový dům, tak pouze nájezd na vchod, jinak máme prostorově velký dům, kde se dá s vozíkem velmi dobře manipulovat, takže jsme další úpravy dělat nemuseli*

IN6 a IN7 pouze odstranili prahy u dveří.

Tabulka 12 je zaměřena na činnosti, které musí být prováděny v péči o blízkou osobu

TABULKA 12: JAKÉ ČINNOSTI PROVÁDÍTE V PÉČI O SVÉHO BLÍZKÉHO?

	HYGIENA	TOALETA	STRAVA	POLOHOVÁNÍ	PODÁVÁNÍ LÉKŮ
In 1.				X	
In 2.	X	X	X	X	X
In 3.			X		
In 4.	X		X	X	
In 5.	X		X	X	X
In 6.	X	X	X	X	
In 7.	X	X	X		X

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni informanté shledávají jako největší jako hlavní činnost stravu

IN2 říká: ... *téměř úplně všechno, mamka se téměř nepohne, tam je problém i aby zapila prášky, vše až teprve když jí prášky zapůsobí lék, nemůže téměř ani polykat, ale pokud se vystihne moment, kdy jí prášky zaberou, tak to jde, stavy se střídají, v noci je to horší*

IN3 se zaměřuje opravdu jen na stravu, ostatní zvládá maminka zatím sama

IN4 musí provádět činností více: *Vlastně všechno, polohování, aby neměl proleženiny a aktivovali jsme správné svaly, také přípravu stravy, jíst dokáže sám zdravou rukou, hygienu částečně, hlavně musíme dát pozor na lebku, kde má odstraněnu část kosti, aby se do toho místa neuhodil*

IN5 a IN7 se shodují, že stravu a také hygienu, IN7 ještě dodává:... *doprovod na toaletu a do koupelny. Dávkování prášků. Povídání si.*

Pro IN6 je to také strava a ...*mazání pokožky, doprovod na toaletu, močení provádí sám do bažanta*

Tabulka 13 je zaměřena na motivaci blízké osoby, aby se snažila některé z činností při péči o sebe udělat v rámci svých možností svým vlastním úsilím

TABULKA 13: JAKÝM ZPŮSOBEM MOTIVUJETE SVÉHO BLÍZSKÉHO K SEBEPÉČI?

	lásky	pozitivní komunikace	cvičení	učení	sami se snaží
In 1.	X				
In 2.		X			X
In 3.					X
In 4.		X			
In 5.			X	X	
In 6.	X	X			
In 7.	X				

Zdroj: vlastní výzkum

IN1, IN6 a IN7 si myslí, že nejdůležitější je psychická podpora, láska a potom povzbuzování a pochvala, protože jejich blízký propadá depresi

IN2 má jiné zkušenosti: *To jsem se právě, jsem se hrozně snažila, už nějaký rok, dva, kdy se pohybově zhoršila, tak jsem zjistila, když nám někdy přišel někdo pomoc, když spadla, tak vůbec nechápal, co po něm chci, oni ji vezmou a přendají, ale ona když jí říkáš, tak ona ti pomůže, napůl ji pomáháš a napůl ona do toho dá tu sílu, ale když tam přišel někdo cizí, tak jí vzal jak pytel brambor, který už nemůže nic, chci, aby ještě fungovala*

Dle IN3 vychází naopak snaha od maminky, která je nemocná: *Naopak ona sama je snaživá velice, naopak jí dělá dobře, když si dokáže něco udělat sama, pořád chce, abychom jí objednali holiče domů, aby vypadala dobře, přestože prodělala mozkovou mrtvici, není v takovém stavu, aby tohle zanedbávala*

IN4 k tomu dodává: *Hlavně se ho snažím udržovat v dobré náladě a celý den se mu snažím něco povídat, i když jeho odpověď dokáže jen jo a ne*

IN5 říká: *Spíš se s ním zlobím, nechce se mu, ale manžel je celkem poslušný, takže když zrovna já mám náladu a chuť tak cvičíme a učíme se logopedii*

Tabulka 14 zjišťuje, zda je možná spolupráce se státními či soukromými organizacemi

TABULKA 14: SPOLUPRACUJETE (SPOLUPRACOVALI) S NĚJAKO STÁTNÍ NEBO SOUKROMOU ZDRAVOTNÍ ORGANIZACÍ?

	státní	soukromá	jiné	ne
In 1.			X	
In 2.	X	X	X	
In 3.				X
In 4.				X
In 5.				X
In 6.		X		
In 7.				X

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 sděluje: *Ted už ne, ale předtím jsme spolupracovali s Diakonií*

IN2 říká: *Vlastně ne, pravda chodili k nám dlouho z charity, nejdřív ty první roky chodila na masáž, to se platilo, pak vlastně chodila pani na cvičení, to se neplatilo, ale bylo to o ničem, no cvičení...hejbalí prstama, ted už ne, protože chodili dlouho a zjistili, že to není k ničemu, že není možný takhle dlouho čerpat*

IN3, IN4 a IN5 a IN7 s žádnou soukromou ani státní organizací nespolupracují

IN6 spolupracuje se soukromou organizací Sestry Tábor.

V následující tabulce 15 vidíme, jaká je spokojenost s rehabilitací nemocného

TABULKA 15: JAK JSTE SPOKOJENI SE ZPŮSOBEM REHABILITACE?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
In 1.		X	X	
In 2.	X			
In 3.				X
In 4.		X	X	
In 5.	X			
In 6.		X	X	
In 7.		X	X	

Zdroj: vlastní výzkum

Informanté poukazují, že velmi záleží na osobě, která se o pacienta stará, zda bere svojí práci zodpovědně a má lidský přístup nebo zda k ní přistupuje, jako k povinnosti, kterou si odbude a jde domů.

V tom se shodují i IN4, IN6 a IN1 říká: *Já bych řekla tak napůl, záleželo, jaká tam byla sestřička, některé si chtěli udělat svou práci, nebylo tam to srdíčko, nebrali to jako člověka, ale udělá si práci a jde* a IN7 dodává: *Rehabilitační sestry jsou každá jiná a podle toho to taky vypadá. Takže spokojenost dle lidí*

IN3 rehabilitaci nepotřebuje, zvládají to sami

IN2 a IN5 si myslí, že by to mohlo být i lepší, ale v rámci možností jsou spokojeni

IN4 říká: *Mohlo to být lepší, ale i horší, myslím si, že mu ale hodně pomohla, hlavně v lázních ve Vráži*

IN5 je omezena bydlením v hájovně: *V nemocnici to bylo v pořádku, ale teď k nám jezdila rehabilitační sestra a ta už nemůže, takže cvičíme sami a to takový není, úplně přesně to neumíme, chtěli jsme si to i zaplatit, ale i tak to nešlo, nejsou lidi, v Milevsku není nikdo, jen ve větších městech*

Tabulka 16 se zaměřuje na spokojenost s následnou péčí lékařů

TABULKA 16: JAK JSTE SPOKOJENI S NÁSLEDNOU PÉČÍ LÉKAŘŮ?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
In 1.		X		
In 2.			X	
In 3.	X			
In 4.	X			
In 5.	X			
In 6.				X
In 7.	X			

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky lze vidět, že vyloženě nespokojený s péčí lékařů je pouze jeden informant

IN1 říká: *No tam měla teta konflikt s jednou doktorkou, protože tam chodila každou chvíli a kontrolovala je, ale jinak péče docela šla*

IN2 po chvíli přemýšlení odpovídá: *středně, to, co se vyloženě nezeptáme, my děti, co ta maminka... jakoby co by ji ještě mohlo pomoc zlepšit, tak sami nám neřeknou...*

IN3, IN4, IN5 a IN7 nemají s následnou péčí žádný problém, naopak lékaři jim vycházejí vstříc

IN6 má zkušenost: *V nemocnici poměrně dobře, u obvodní lékařsky jsou neshody kvůli její aroganci, s kterou se k nám chová*

Tabulka 17 navazuje na tabulku 16 v otázce vztahu pacient a lékař

TABULKA 17: JAK FUNGUJE KOMUNIKACE MEZI VÁMI A LÉKAŘI?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
In 1.		X		
In 2.	X			
In 3.			X	
In 4.	X			
In 5.	X			
In 6.			X	
In 7.	X			

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 říká: *Myslím si, že v rámci možností, že to jde*

IN2, IN4, IN5 a IN7 se shodují, že komunikace s lékaři je v pořádku

IN2k navíc ještě dodává: *Úplně bezvadný, máme strašně ochotnou příjemnou doktorku, strašně to se mnou vše probírá, jinak většinou spíše na koho se narazí, hlavně všude dvě ženský na jedno oddělení, tak nemají tolik času se s nima zabývat.*

IN3 má zkušenost: *...jak kdy a kde, je to o lidech, někteří se nám snaží poradit a pro některé je to obtěžování, když se pořád na něco ohledně maminky ptáme*

IN6 má pocit že: ... u specialistů dobře, obvod má povýšené chování.

Tabulka 18 obsahuje názor pečovatелů na finanční pomoc od státu

TABULKA 18: JE DOSTATEČNÁ FINANČNÍ PODPORA OD STÁTU PŘI PÉČI O BLÍZKÉHO?

	příspěvek na péči		jiné příspěvky	finanční pomoc rodiny
	přiznán	dostačuje		
In 1.	X			X
In 2.	X	X		
In 3.	X			X
In 4.	X	X		
In 5.	X	X		
In 6.	X			X
In 7.	X		X	X

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni informanté se shodují, že bez finanční pomoci od státu, by péče o blízké osoby nebyla možná a všichni shodně potvrdili, že pobírají jako základní dávku příspěvek na péči, ostatní finanční příspěvky se různí:

IN1, IN6 a IN7 se shodují, že bez finanční pomoci rodiny by to nešlo

IN2 si myslí: *No, jako do teďka to žádný zázrak nebyl, dlouho bylo těch 12, pak 13200,- a teď už je to velká pomoc, fakt už dobrý, ale zase například my na léky nedoplácíme, ale dát dva tisíce například za léky, kdo musí hodně věci dokupovat, tak tam je to blbý*

IN3 má zkušenost: *...že jsme teda jí chtěli zařídit příspěvek na péči, jako takovou, ať už by to bylo cokoliv, bratr jí vlastně vozí k lékaři, denně jí nakupujeme, nebo já s ní jezdím do Ikemu na pravidelný kontroly, oni by takhle takovým lidem nejradši nedali nic*

IN4 říká: *Když na peníze zůstane jen jeden, tak to rozhodně ten příspěvek od státu by nestačil, teď už možná to bude lepší*

IN5 si myslí, že nastala změna: *Ted už jo, co se to změnilo, teď už je to dostačující, hlavně pro nás, co jsme v domácí péči, ale pokud by byl někdo na LDN, tak se doplácí hodně. A my jsme s manželem oba v důchodu, tak máme ještě dva důchody a příspěvek, tak to v pohodě zvládáme*

IN6 má pocit, že hodně vadí byrokracie, se kterou se při vyřizování potýká: *Určitě ne, zatím nám nenavýšili příspěvek na péči. Poměrně dlouhé vyřizování. Zatím pobíráme 880,- Kč.*

Tabulka 19 zjišťuje, zda měli pečovatelé během péče nějakou krizi

TABULKA 19: MĚL(A) JSTE ZA DOBU PÉČE NĚJAKOU KRIZI?

	minimálně	neustále	krize s partnerem	krize v rodině	k osobě blízké
In 1.	X				
In 2.		X	X	X	
In 3.		X			X
In 4.		X			X
In 5.	X				
In 6.	X				
In 7.					X

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 odpovídá: *Ne, měla jsem to štěstí, že ne, občas nějaká ta psychická, ale mě pomohla vždycky ta příroda, vypnout ven do přírody, nabit se energií, člověk si to radši nepřipouští*

IN2 bohužel řeší zároveň i nepohodu v manželství: *Celou dobu, já bojuju, u mě není v pořádku psychika, ale není to jen kvůli té mamce, kdybych měla doma dobrý vztah, chybí mi to zázemí, kdyby mi ten chlap alespoň objal*

IN3 říká: *Tak to je jasný, to jsem měla*

IN4 také řeší krizi: *Strašně moc, tak hlavně ze začátku, když se to stalo, pila jsem čaje na uklidnění, prášky na spaní, vyložene ale že bych měla nějakou velkou krizi, to ne, v noci jsem toho moc nenaspala, když ho přivezli, abych mu pomohla na záchod, vytáhnout ho z postele...ale zvládala jsem to*

IN5 a IN6 se shodují, že občasnou krizi má každý

IN7 si myslí totéž: *Ano, když mi upadnul v koupelně. Už jsem to chtěl vzdát*

Tabulka 20 se zamýšlí nad případnou pomocí ze strany rodiny

TABULKA 20: KDYBYJSTE BYLI VY, NEMOHOUCÍ, MYSLÍTE, ŽE BY SE O VÁS NĚKDO Z BLÍZKÝCH POSTARAL?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
In 1.	X			
In 2.				X
In 3.		X		
In 4.	X			
In 5.				X
In 6.			X	
In 7.		X		

Zdroj: vlastní výzkum

I zde se názory pečovatelů různí:

IN1 se domnívá: *Já si myslím, že manžel, říká mi to pořád, že jsem jeho druhá polovička, tak snad jo, alespoň v to doufám sice nemůže vidět krev (smích), ale myslím si, že určitě, my jsme se o tom bavili, jak byl po operaci plotýnek, říkal, že neví, jak bych ho tahala do 4. patra, ale to by člověk řešil, až by se to stalo, neuměla bych, pořídila bych nějaké dva siláky, já bych skončila s prací a byla bych s ním doma*

IN2 by raději pomoc od nikoho nechtěla: *Ne, myslím, že ne, ale hlavně bych to po nich nechtěla, jsou to přece kluci, možná, že by se někdo, ale já nevím, já bych to nechtěla..*

IN3 a IN7 spoléhají na případnou pomoc od svých dětí

IN4 by očekávala pomoc od manžela, o kterého se stará: *...to si myslím, že by mi to manžel snad vrátil, ale jen pokud se jeho stav dostatečně zlepší, on je takový, že by se taky postaral*

IN5, která je v důchodu si myslí: *Mám takový pocit, že by to asi byl problém, protože být oba nemohoucí, tak by to nešlo, každé z dětí má svoji práci, rodinu, nepočítám s tím*

IN6 říká: *Asi manžel, u dětí si nejsem tak jistá*

V tabulce 21 je vyjádřeno, co by následovalo, pokud by se pacientův stav zhoršil

TABULKA 21: MYSLÍTE SI, ŽE SI NECHÁTE SVÉHO BLÍZKÉHO V DOMÁCI PÉČI, I KDYŽ SE JEHO STAV ZHORŠÍ?

	ano	dokud to budu zvládat	dokud se mi nezhorší zdraví	za pomoci rodiny	nevím
In 1.	X				
In 2.		X	X		

In 3.		X		X	
In 4.			X		
In 5.		X			
In 6.		X		X	
In 7.					X

Zdroj: vlastní výzkum

IN1 odpověděl, že v každém případě ano a IN7 odpověděl, že opravdu neví, jak by se zachoval

Informanté IN2, IN3, IN5 a IN6 se chtějí o svého blízkého postarat do té doby, pokud budou schopni to sami nebo za pomoci rodiny zvládnout

IN4 jen pokud mu to dovolí jeho problémy se zdravím... *kdyby se stav zhoršil, tak to už si nějak nedokážu představit, mít ho doma, kdyby třeba byl úplně ochrnutej, mám hrozně bolavý záda, tak to nevím, asi bych ho nechala déle na rehabilitaci a mezitím to nějak řešila, ale rozhodně bych ho nenechala v nějakém ústavu, kdyby skončil úplně na vozíku*

Tabulka 23 řeší negativa či pozitiva, která neformální domácí péče přináší

TABULKA 22: POZNAMENALA DOMÁCÍ PÉČE NEGATIVNĚ VAŠE RODINNÉ SOUZITÍ NEBO PŘEVAŽUJÍ POZITIVA?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
In 1.		X		
In 2.				X
In 3.	X			
In 4.		X		
In 5.	X			
In 6.		X		
In 7.		X		

Zdroj: vlastní výzkum

Velká část informantů bere domácí péči jako pozitivum, která spíše rodinu a vztahy v ní upevnilo než naopak.

To si myslí IN1, IN3, IN5 i IN6 a IN7 dodává: ...jediná negativní zatím byla hádka s manželem sestry, že to nechávám víc na ní

Jen IN2 mluví o negativním dopadu na rodinu: *Poznamenala negativně, ale bylo to špatný i tak, manžel často prezentuje, že já jsem rodinu zničila, je to přesně naopak, já jsem chtěla péči o maminku i rodině finančně pomoci, mamky mi bylo strašně líto, někteří říkají, jo to mě dejte do ústavu, ale mamka ne, mamka chtěla být vždycky dom, potom se už samozřejmě dostala do stavu, že to ani není schopná řešit, ale tenkrát opravdu...to víme, brečela, když jí ségra vyřídila ústav...syn díky tomu vystudoval, snažila jsem se to držet na obou stranách*

IN4 říká: *Já si myslím, že převažují spíš ty pozitiva, jediný, kdo byl negativní to byl ze začátku především manžel, ale my jsme právě museli být všichni pozitivní, aby on byl také pozitivní*

Tabulka 23 řeší jaká je důvěra občanů v sociální systém České republiky

TABULKA 23: MÁTE DŮVĚRU V SOCIÁLNÍ PÉČI V ČR?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím
In 1.		X			
In 2.		X			
In 3.					X
In 4.			X		
In 5.			X		
In 6.		X			
In 7.				X	

Zdroj: vlastní výzkum

Názory na sociální péči ČR se různí:

IN1 si myslí, že záleží na pomoci široké rodiny: *Jde to, pokud jsou ostatní členové rodiny zdraví, tak se to dá, kdyby člověk zůstal sám, tak by to bylo horší*

IN2 má na sociální péči jasný názor: *Ale to zas celkově jo, to mi říkala i doktorka málokdy je to takovýhle systém, to třeba veškerý ty pleny 3400 je limit na dva měsíce, my jsme snad jediná země, kde to takhle všechno proplácí, jako na druhou stranu sociální politika se o starý nemocný lidi stará, to si myslím, že je dobrý, že jak se ten člověk dostaneš ústavu tam je to jiný, ale jinak*

IN3 se domnívá, že jde hlavně o zdraví a peníze nejsou první, co člověk řeší: *Já nevím, potom v tu chvíli, když máš nějaký takovýhle problémy, tak možná ani na ty prachy nekoukáš, víš co, tak si říkáš, tak ať si to vezmou prostě...*

IN4 říká: *No tak, asi to funguje, takže věřím, ale nejhorší je, že každé dva roky se chodí před posudkovou komisi a bojí se, aby mu nevzali invalidní důchod, když se zlepšuje jeho zdravotní stav*

IN5 v sociální péči příliš nevěří: *Tam je to horší, spíš ne, protože mi přijde, že je to zbytečné papírování a vyhazování peněz z okna, když se to pořád protahuje o měsíce, pořád chodí samý papíry, doporučeně, tak si myslím, že ta sociálka je příšerná, dva měsíce jsme čekali na přiznávání zvýšeného příspěvku, pořád to řeší a každý rok nás otravují*

IN6 si myslí, že je zde příliš velká byrokracie a IN7 bere sociální péči jako nedostatečnou

Poslední tabulka 24 zjišťuje délku domácí péče

TABULKA 24: JAK DLOUHO TRVÁ VAŠE DOMÁCÍ PÉČE?

	roků	měsíců
In 1.	2	7
In 2.	9	4
In 3.	3	11
In 4.	2	3
In 5.	2	6
In 6.	0	7
In 7.	1	2

Zdroj. Vlastní výzkum

8. DISKUSE

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, s jakými problémy se setkávají neformální pečovatelé při péči o nemocného člena rodiny a jaké jim tato pomoc blízkému člověku přináší nesnáze.

Pro výzkumnou část byla zvolena kvalitativní strategie, metoda dotazování a jako technika použit polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu a poznámkového bloku, zpracovány a poté doslovně přepsány do písemné podoby, zakódovány a následně byly vyhodnoceny metodou trsů. Výsledky jsou znázorněny pro lepší přehlednost v tabulkách.

Neformální péče je v současné době velmi diskutovaným tématem jak v odborných kruzích, tak i mezi laickou veřejností. Hamplová et al., (2014) popisuje neformální péči, jako péči, která má různou povahu a intenzitu a dle toho rozlišujeme tři stupně péče: péči podpůrnou, péči neosobní a osobní péči. Podpůrná péče zahrnuje nepravidelnou nebo občasnou výpomoc například dopravu k lékaři nebo zajištění oprav v domácnosti. Neosobní péče je pravidelnější a také časově náročnější a zahrnuje činnosti, které souvisejí s péčí o domácnost například nákupy, vaření nebo úklid. Jak autorka Hamplová et al., (2014) dále říká nejnáročnější jak z hlediska času, tak i fyzicky a psychicky je osobní péče, která má většinou každodenní charakter.

Jak je patrné z tabulky 1, výzkumu se zúčastnilo sedm informantů ve věku 38 – 64 let, kteří se starají o rodinného příslušníka po prodělané cévní mozkové příhodě, jednalo se o šest žen a jednoho muže.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že mezi základní nesnáze a problémy, s kterými se rodina při péči o blízkého člena potýká, patří především:

- nedostatečně ucelené informace, jak o nemoci samotné, tak i o domácí péči
- nedůvěra v kvalitní péči v nemocnicích a ústavech
- nedokonalý sociální systém
- nedostačující finanční podpora od státu
- nespokojenost s následnou péčí lékařů
- psychická a fyzická zátěž na pečovatele.

Jedním ze základních problémů při neformální péči je nedostatečná informovanost pečovatelů o možnostech a průběhu domácí péče. Z výzkumu vyplývá, že velká část rodinných příslušníků, kteří si chtějí vzít svého blízkého do domácího ošetřování, shání sami informace většinou na internetu nebo za pomoci přátel, někde pomohl obecní úřad a v jediném případě lékař či sestry. Edukace pacientů a jejich blízkých je zajištěním jejich lepší účasti na poskytování zdravotní péče a především jim umožňuje se kvalifikovaně rozhodovat. Zahrnuje informace, které by měl pacient znát v průběhu poskytování péče a dále informace, které má znát po propuštění domů. Edukace může zahrnovat informace o zdrojích potřebné péče v rámci okolí bydliště pacienta, o rozsahu potřebných kontrol a o způsobu řešení případných akutních stavů (Gurková, 2017).

Dle Palmera et al., (2012) zdravotníci nemají mnoho času a příležitostí, aby vysvětlili rodině, jak si mají v roli pečovatele počínat. Ba někdy mu ani nestíhají sdělit základní informace ohledně toho, co může v průběhu pacientova zotavování z mrtvice očekávat. Z praxe víme, že rodina obvykle nemá dostatek podpory a informací o hrozbách z dlouhodobé náročné péče (Kalvach, et al., 2012).

Problématická informovanost ze strany lékařů je zároveň spojena s problémem, jak hodnotí informanté péči o svého blízkého v nemocnici i následnou rehabilitaci. Převážná část byla spokojena s přístupem lékařů a sester v nemocnici na jednotce intenzivní péče, kdy převládá vděk za záchranu života pacienta. Nespokojenost byla spíše s následnou rehabilitací, především pro neochotu poradit a lidský přístup, nezanedbatelným problémem je také malé množství rehabilitačních pracovníků a jejich velká vytíženost v menších městech. Jak uvádí Matoušek (2013) postižené osoby chtějí žít normální osobní a rodinný život ve společnosti svých blízkých. K tomu jim může dopomoci péče lékařů a sester, nejprve v nemocnici a po té i v následné péči nebo rehabilitaci. Rehabilitace je běh na dlouhou trať s nejasným výsledkem, je to zátěž jak fyzická pro nemocného, tak i psychická a finanční pro jeho rodinu. K tématu rehabilitace se vyjadřuje i Kalvach (2012) který říká, že kontinuita péče špatně navazujících podpůrných služeb vyžaduje správné pochopení stavu klienta i jeho potřeb. Celý systém je proložen mnoha profesními i specializačními bariérami. Dochází k příliš mnoha nedorozuměním, podceněním či přeceněním schopností klienta, nepochopením přáním jeho i jeho rodiny. V celém systému je vysoká míra nepochopení, nejistoty, patientského tápání a tím i utrpení. Jak říká Ptáček (2011) při stereotypním přístupu

k pacientům a necitlivě vedené komunikaci stoupá riziko zavádějícího a neuspokojivého kontaktu a v horším případě konfliktů, jimž lze alespoň z části předcházet. Setkání pacienta s lékařem a sestrami bývá poznamenáno úzkostí a nejistotou, provázející emorgentní příhody – platí, že při kusé a nedostatečně empatické komunikaci a přístupu, rychle narůstají nedůvěra a pochybnosti o motivovanosti, profesionální zdatnosti, kompetentnosti a empatii ošetřujícího personálu (Ptáček, 2011). Proto právě jedním z důvodů a proč rodina přistupuje k domácí péči, je to, že se bojí, že jejich blízcí skončí v nějakém ústavu nebo LDN a nebude o ně dostatečně postaráno.

I přesto, že ve výzkumu převládala důvěra informantů v sociální systém České republiky, je dalším problémem nedostatečná finanční pomoc od státu, péče o nemocného by se tak neobešla bez pomoci zbytku rodiny, i když jsou kompenzační pomůcky, až na chodítka většinou hrazeny z pojištění, jsou nezanedbatelné další výdaje, hlavně strava, hygienické pomůcky, mnohdy i léky. Dále připouštějí, že od letošního roku, kdy byl výrazně zvýšen příspěvek na péči, budu snad již finanční pomoc dostačující. Nesnáze neformální pečovatelé spatřují v byrokracii systému České republiky. Vyřizování jakékoliv žádosti o dávky nebo kompenzační pomůcku je z jejich pohledu velmi zdlouhavé a časově náročné. Onemocnění člena rodiny a následná péče v domácím prostředí neovlivňuje jen konkrétní osobu, ale i členy, kteří péči poskytují. Diagnóza závažného onemocnění člena rodiny může narušit směr rodiny a tím i negativně ovlivnit kvalitu života. Ten, kdo pečuje o svého blízkého, obvykle zpočátku kombinuje péči a zaměstnání, v případě přetrvávání problému se musí ale lidé rozhodnout, zda práci opustí, jsou pak tedy odkázáni na odměnu, kterou jim poskytne osoba závislá na příspěvku na péči, a mnohdy tak rodina čelí riziku chudoby (Krucová, 2016).

Potřeba ekonomického zabezpečení se také prolíná s potřebou psychické pohody, a to jak pacienta, tak i toho, kdo o něj pečuje. Všichni informané připouštějí krizi, jak při zjištění závažné diagnózy blízké osoby, tak i v průběhu péče, která mnohdy vyústila v nespavost nebo jiné psychosomatické stavy. Celodenní péče o osobu zdravotně postiženou představuje pro rodinného pečujícího výraznou fyzickou, emocionální, psychickou a sociální zátěž, která se může projevit konkrétními zdravotními problémy. Je prokázána zvýšená depresivita, poruchy spánku, nikotinismus, alkoholismus,

chronickou únavu, bolesti zad, neklid, nervozitu, ale i úzkost a kardiovaskulární choroby (Štěpánková et al., 2015).

K mému překvapení, ale informanté nehodnotili vše pouze negativně, ale naopak připouštějí, že nemoc do jejich rodiny přinesla i pozitivní přínos, kterým je především stmelení rodiny i dobrý příklad do budoucna pro jejich děti. Dle Vágnerové (2008) jakákoliv vážnější nemoc není jenom záležitostí jedince, ale ovlivní nějakým způsobem celou jeho rodinu, ať už se jedná o změnu životního stylu, změnu rolí nebo větší závislosti na druhých. Mění se i hodnoty a normy, které doposud rodina měla. Vyrovnat se s nastalou situací vyžaduje čas. Závažná nemoc, která naruší dosavadní život jedince i jeho rodiny, nemusí mít vždy jen negativní důsledky, ale po několika měsících, možná i letech se někdy mohou objevit i pozitivní dopady. Mareš (2009) v této souvislosti hovoří o posttraumatickém rozvoji osobnosti – rozvoj navozený nebezpečím, kdy se vychází z předpokladu, že vyšší kvalita života nepřichází sama, ale že člověk se ke kvalitnímu životu musí protrpět překonáváním obtíží. Posttraumatický rozvoj má význam tehdy, když se nemocný i rodina pokusí najít smysl v tom, co se stalo.

9.1 Možné zkreslení výzkumu

V případě kvalitativní analýzy je uměním zpracovat dat smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku. Výzkumník jako prostředek sběru dat se může dopustit při analýze přehlédnutí, systematických chyb a omylů (Hendl, 2016).

Výsledky mohou být ovlivněny také mými subjektivními pocity, kterými jsem se mohla nechat při zpracování odpovědí od informantů svést.

Některá zjištění mohou být zkreslena malým vzorkem (7 pečovatelů). Bylo by zřejmě vhodné ověřit tato zjištění pomocí kvantitativního výzkumu.

10. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké problémy a nesnáze provázejí neformální pečovatele při péči o postiženého člena rodiny po CMP.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na nedostatky v sociálním systému ČR, v přílišné byrokracii, nedostatečné informovanosti o možnostech domácí péče a nedostatečném finančním zajištění rodin, které se starají o zdravotně postiženého člena. Dalším problémem, se kterým se pečovatelé setkávají, je nedostatek rehabilitačních pracovníků, cvičení, které provádějí s pacientem doma sami, jim připadá neodborné a nedostatečné. S tím souvisí i další problém, a to je nespokojenost s přístupem a chováním některých lékařů a sester. Mnohdy má rodina pocit, že spíše obtěžují svými dotazy, které se týkají zdraví a postupu při péči o nemocného. Dále bylo z výsledků výzkumného šetření zjištěno, že velkým problémem je psychická zátěž, které jsou pečovatelé vystaveni, která mnohdy vyústí i v jejich fyzické či psychické problémy. Naopak je kladně hodnocen pozitivní přínos pro rodinu, kterou nemoc a péče o jednoho z nich stmelila a také dobrý příklad pro jejich potomky, že je správné postarat se o někoho z rodiny, pokud onemocní. Předpokládané využití získaných poznatků diplomové práce je možné použít jako informační zdroj pro jedince a rodinu po CMP a také pro odbornou i laickou veřejnost.

Nemoc zpravidla přichází nečekaně a v tu nejméně vhodnou dobu, kdy to člověk nejméně čeká a kdy se mu to nehodí. Ale kdy se vlastně někomu nemoc hodí? Cožpak počítáme s tím, že zrovna nás by něco takového mohlo potkat? Nemoc se ohlašuje změnami jak tělesnými, tak i psychickým, ale ty jsou velmi málo patrné a většinou těmto varováním nepřikládáme žádný význam. Dlouhodobé přehlížení zdravotního problému může vyústit v nemoc, které se všichni bojíme a o kterou si ale mnohdy svým způsobem života tzv. koledujeme.

Chvilé, které nám drasticky změni od základu život, přicházejí většinou nečekaně. Mozek, který je poškozen ovlivňuje jazykové schopnosti, různé části těla. Je to část těla, která nás dělá tím, kým vlastně jsme, proto pokud dojde k poškození, zhroutí se pacientovi, ale i celé jeho blízké rodině svět. Už nikdy nic nebude jako před tím. Mozková mrtvice může být nečekanou událostí u na první pohled zdravého člověka, ale může být také důsledkem dlouhou dobu se rozvíjejícího onemocnění. Protože příznaky CMP mohou být zaměnitelné s jiným onemocněním, nepřikládají mnohdy lidé

projevům důležitost a lékařskou pomoc vyhledají pozdě, ale právě u této nemoci jde doslova o minuty.

Cesta k uzdravení je dlouhá, a to jak pro nemocného, tak i pro rodinu. Všichni se musí smířit s tím, že už nic nebude jako dřív. Uzdravení většinou nikdy nebývá úplné, následky mnohdy přetrvávají, ale člověk se nikdy nesmí vzdávat naděje, naopak musí bojovat a vidět, že i to špatné může přinést něco pozitivního.

CMP mění jak život zdravotně postiženého, ale i jeho rodinných příslušníků, kteří mnohdy zaujmou roli pečovatelů. Pečující osoba by měla mít dostatek času také sama pro sebe, a to jak z důvodu regenerace vlastních sil, tak i zachování koníčků. Osoba po CMP vyžaduje často neustálý kontakt druhé osoby, proto vykonávat roli pečující osoby není vůbec jednoduché.

Když člověk onemocní vážnou chorobou, změní se náhle celý jeho dosavadní život k nepoznání. Když má dostatek štěstí, tak se zcela uzdraví a na nepříjemné období velmi rád zapomene, nemá-li štěstí, pak nikdy nic, už není jako dřív. Člověk se stane doslova ze dne na den závislým, nemůže pracovat, vydělávat, někdy se nemůže ani postarat sám o sebe. Cévní mozková příhoda má tím pádem vliv nejen na člověka, který je mrtvicí postižen, ale i na jeho partnera, z kterého se rázem stává pečovatel. A s tím je třeba se vyrovnat a o tom jak se kdo s novou situací vyrovná, závisí na mnoha okolnostech. Je to otázka péče celého týmu lékařů a sester a nejvíce starost rodiny. Pokud někdo prodělá cévní mozkovou příhodu, tak rekonvalescence a každodenní boj o sebemenší krůček ke zlepšení už navždy vyplní jeho život. Ten, kdo na sebe převezme povinnosti pečovatele, si musí být vědom skutečnosti, že tato činnost na sebe váže určité závazky a povinnosti. Náklady na intenzivní léčbu včas podchycené cévní mozkové příhody jsou sice vysoké, ale výše sociálních výdajů na péči o pacienty s trvalými následky jsou mnohem vyšší, nehledě na psychologické a sociální dopady včasné a úspěšné léčby.

Naděje do budoucna přináší klinické pokusy použití terapie pomocí kmenových buněk, ty by mohly pomoci mnohým lidem postižených mrtvicí. Péče o postiženého člena rodiny a neustálý pocit odpovědnosti, jsou jedním z nejvíce zatěžujících aspektů v péči o osobu blízkou.

11. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BARNARD, N., 2017. *Jídlo pro váš mozek*. Albatros. 272 s. ISBN 978-80-265-0213-5.
- 2) BARRETT, P., 2013. *Family Care and Social Capital: Transitions i Informal Care*. New York: Springer. 189 p. ISBN 9789400768710.
- 3) BEDNAŘÍK, J., 2010. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 707 s. ISBN 978-807-3873-899.
- 4) BENÍČKOVÁ, M., 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-271-9987-7.
- 5) BRUCHOVÁ, H., 2017. *Učíme se psychoterapii*. Praha: Triton. 203 s. ISBN 978-80-7553-447-7.
- 6) BRUTHANS, J., 2010. *Epidemiologie cévních mozkových příhod*. [cit. 5. 5. 2019] Dostupné na World Wide Web: <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnich-mozkovych-prihod>
- 7) BYDŽOVSKÝ, J., 2011. 2011. *Předlékařská první pomoc*. Grada. 117 s. ISBN 978-80-247-2334-1.
- 8) CONNOLLY, S., SANDER, M., 2012. *Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage*. In: American Heart Association [online]. 7. 9 2012. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://cmp-manual.wbs.cz/-guidelines-/Stroke/AHA%20-%20>
- 9) ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., a kol. 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci*. Charles University in Prague, Karolinum Press. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
- 10) ČERMÁKOVÁ, M., 2015. *Ergoterapie v následné péči*. Zdravotnictví a Medicína. 30 s. ISSN:2336-2987.
- 11) DEANOVÁ, C., 2018. *Zázrak jménem hořčák*. Praha: Jota. 368 s. ISBN 978-80-7565-072-6.
- 12) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
- 13) DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

- 14) DOIDGE, N., 2012. *Váš mozek se dokáže změnit*. Brno: Press. 292 s. ISBN 978-80-264-0111-7.
- 15) DOW, D., SUTONOVÁ, M., DOW, M., 2018. *100 otázek a odpovědí jak se uzdravit po mozkové mrtvici*. Albatros. 256 s. ISBN 978-80-265-0793-2.
- 16) FUHRMAN, J., 2018. *Skončujte s nemocemi srdce*. Praha: Albatros Media. 376 s. ISBN 978-80-264-2120-7.
- 17) GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Praha: Paido. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
- 18) GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-2710-461-1.
- 19) HAMPLOVÁ, D., BŘEZINOVÁ, K., CHALOUPKOVÁ, J., SIVKOVÁ, O., 2014. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologické nakladatelství. 147 s. ISBN 978-80-7330-248-1.
- 20) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 21) HERZIG, R., *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha, 2015. ISBN 978-80-7345-148-6.
- 22) HOLMEROVÁ, I. et al. 2013. Long-term care prevention and provision in Czech communities. In: Macková, M. (ed.). *Long Term Care of the Elderly*. Brno: Tribun EU, pp. 25–31.
- 23) HUTYRA, M., ŠAŇÁK D., BÁRTKOVÁ A., TÁBORSKÝ M., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-3816-1.
- 24) KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 39 s. ISBN 978-802-0420-930.
- 25) KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
- 26) KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-7628-6.
- 27) KEBZA, V., 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha. Univerzita Karlova. 104 s. ISBN 978-80-246-2446-4.

- 28) KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-7371-1.
- 29) KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
- 30) KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-271-9108-6.
- 31) KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- 32) LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.
- 33) MAREŠ, J., 2009. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus. ISBN 80-86225-25-9.
- 34) MARTINOVÁ, J., 2009. *Mozek-průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. 347 s. Brno: Jota. ISBN 978-80-7217-686-1.
- 35) MATĚJKOVÁ, E., 2009. *Řešíme partnerské problémy*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-6544-0.
- 36) MEREDITHOVA, S., 2010. *Jak se vyhnout infarktu a cévním mozkovým příhodám*. 255 s. ISBN 978-80-7406-146-2.
- 37) MERVYN, S., 2009. *Oxford Handbook of Critical Care*. Oxford university press academy. 704 p. ISBN 97801992355339.
- 38) MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
- 39) MICHALÍK, J., 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh. Pečuj doma. 127 s. ISBN 978-80-254-7333-7
- 40) MPSV, 2014. *Slovník sociálního zabezpečení: Zdravotní pojištění*. [online]. MPSV. [cit. 2019-04-15]. ©2019. Dostupné z: http://slovník.mpsv.cz/zdravotní_pojištění.html
- 41) NEMOCNICE STRAKONICE, 2019. *Medicínský rádce*. [online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://www.nemst.cz/index.php/pacient/radce/129-cmp>
- 42) NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ M., NEUBAUER. K., 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 135 s. ISBN 978-80-7435-109-9.

- 43) PALMER, S., PALMER, J., 2012. *Soužití s partnerem po mrtvici*. Praha. Portál. 224 s. ISBN 978-80-262-0348-3.
- 44) PAPOUŠEK, J., 2010. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. roč. 2, č. 4, s. 145-149. ISSN 1803-7542.
- 45) PORTÁL INOVACÍ V SOCIÁLNÍ PÉČI. 2014. *Evropská rozvojová agentura* [online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/formalni-dlouhodob-pece/>
- 46) POWELL, T., 2010. *Poškození mozku*. Praha. Portál. 191 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
- 47) PTÁČEK, R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 98-80-247-3976-2.
- 48) REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 49) REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 50) SANGEETHA, R., RAMESH, V., KAMATH, S., CHRISTOPHER, R., BHAT, D., ARVINDA, H., 2019. *Effect of remote ischemic preconditioning on cerebral vasospasm and biomarkers of cerebral ischemia in aneurysmal subarachnoid hemorrhage (ERVAS): A protocol for a randomized, controlled pilot trial*. Jan-Mar;5(1):12-18. doi: 10.4103/bc.bc_26_18. Epub 2019 Mar 27.
- 51) SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- 52) SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum Press. 194 s. ISBN 978-80-246-2082-4.
- 53) SENG, J., 2015. *Trauma Informed Care in the Perinatal Period*. Dunedin Academic Press LTD. 110p. ISBN 9781780460536.
- 54) SITZMAN, K., EICHELBERGER, L., 2011. *Understanding the Work of Nurse Theorists: A creative Beginning*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett, 241 p. ISBN 07-637-7816-8.
- 55) SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- 56) SVITKO, J., 2017. *Zdravé cévy, zdravé celé tělo*. Praha: Arimes. 249 s.

- 57) ŠAMÁNKOVÁ, M., a kolektiv. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-7350-6.
- 58) ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., a kolektiv, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-8598-1.
- 59) ŠTĚPÁNKOVÁ H., HOSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., 2015. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha. Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-2462628-4.
- 60) ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-4.
- 61) ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., DRUGA, R., VOTAVA, J., PFEIFFER, J., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.
- 62) TAYLOR, L., 2014. *Can I Tell You About Having a Stroke?* Jessica Kingsley Publishers. 64 p. ISBN 97818490554959
- 63) TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Charles University in Prague: Karolinum Press. 256 s. ISBN 978-80-246-3612-2.
- 64) TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, J., VOSEČKOVÁ A., MYDLÍKOVÁ, E., 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudemus, 121 s. ISBN 978-80-7435- 570-7.
- 65) TYRLÍKOVÁ, I., BAREŠ, M., 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 305 s. ISBN 978-807-0135-402.
- 66) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- 67) VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5982-1.
- 68) VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
- 69) WEINER, D. B., 2010. *The Concept of Psychosomatic Medicine*. In: WALLACE IV R. E., GACH J. eds. *The History of Psychiatry and Medical Psychology*. New York: Springer. 485-518. ISBN 978-1441981295.
- 70) WINTERMARK, M., ALBERS, J., BRODERICK. P., *Acute Stroke Imaging Research Roadmap II. Stroke; a journal of cerebral circulation*. [online].

2013, vol. 44, no. 9, 2628-2639 p. [cit. 2019-50-05].
Doi:10.1161/STROKEAHA.113.00201. Dostupné z: [http://
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040226/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040226/)

12. Přílohy

Otázky k rozhovoru

- 1) Koho z vašich blízkých postihla CMP?
- 2) Kolik mu bylo v tu dobu let?
- 3) Jak hodnotíte péči v nemocnici, jak se o vašeho blízkého starali?
- 4) Kde jste se dozvěděli o možnosti domácí péče – internet, televize, známí, obecní úřad
- 5) Proč jste se rozhodli pro domácí péči-výchova, finance, řešení zaměstnání ap.?
- 6) Pomáhá vám s péčí celá rodina nebo je vše jen na vás?
- 7) Kdo vám nejvíc pomáhá v péči o vašeho blízkého?
- 8) Máte čas na sebe, abyste mohla vypnout nebo si odpočinout?
- 9) Když si potřebujete něco zařídit, kdo se vám postará o vašeho blízkého?
- 10) Máte pocit, že je to dobrá škola pro vaše děti, že je přirozené postarat se o své bližní?
- 11) Investovali jste do vašeho blízkého- např. polohovací postel, chodítka atd.?
- 12) Museli jste udělat nějaké úpravy v bytě, domě kvůli svému blízkému?
- 13) Jaké činnosti provádíte v péči o svého blízkého – hygiena, polohování, strava?
- 14) Jakým způsobem motivujete svého blízkého k sebepéči?
- 15) Spolupracujete s nějakou státní nebo soukromou zdravotní organizací?
- 16) Jak jste spokojená se způsobem rehabilitace?
- 17) Jak jste spokojená s následnou péčí lékařů
- 18) Jak funguje komunikaci mezi vámi a lékaři?
- 19) Myslíte si, že je dostačující finanční podpora od státu při péče o blízkého?
- 20) Měla jste za dobu péče nějakou krizi?
- 21) Kdybyste byli vy nemohoucí, myslíte, že by se o vás někdo postaral?
- 22) Myslíte si, že si necháte svého blízkého v domácí péči, i když se jeho stav zhorší?
- 23) Poznamenala domácí péče negativně vaše rodinné soužití nebo převažují pozitiva?
- 24) Máte důvěru v sociální péči ČR?
- 25) Jak dlouho trvá Vaše domácí péče?