

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Náhlá srdeční smrt - sociální dopad pro rodinu**

bakalářská práce

Autor práce: Alžběta Jiroušková  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory  
Vedoucí práce: Doc. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.  
Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

## Abstrakt

Bakalářská práce „Náhlá srdeční smrt – sociální dopad pro rodinu“ se zabývá problematikou náhlé srdeční smrti a jejím vlivem na fungování základní stavební jednotky státu – rodiny. Cílem bakalářské práce je zjistit celkový psychosociální dopad diagnózy náhlé srdeční smrt na vztahy a vazby v rodině a ověřit, jaké možnosti psychosociální rehabilitace se nabízejí pozůstalým. Předpokládané využití této práce v praxi je zajistit zlepšení podmínek života pro pozůstalé, jejichž rodinný příslušník prodělal náhlou srdeční smrt a zajistit jim lepší informovanost o této diagnóze.

Vlastní práce je rozdělena do dvou částí: teoretická, v níž jsou rozebírána teoretická východiska problému, a praktická, ve které je realizován vlastní výzkum.

V teoretické části byla rozpracována otázka diagnózy náhlé srdeční smrti. Úmrtí, které nastává do hodiny od rozvoje prvních příznaků, je v odborných lékařských kruzích často diskutovaným problémem, protože podle posledních výzkumů tvoří až 50% úmrtí kardiovaskulární příčiny. Za hlavní rizikový faktor je považováno srdeční onemocnění, na které se lékaři v léčbě a prevenci v současnosti zaměřují především 25% z pacientů umírajících na náhlé srdeční onemocnění, však žádné známky srdečního onemocnění nemá a v potaz je nutno brát tzv. familiární syndrom. V terapeutické činnosti hrají hlavní roli antiarytmická léčba, implantace kardiovertru-defibrilátoru anebo katetrizační ablace.

Dalším tématem teoretické části je rodina, která přišla o svého rodinného příslušníka na základě NSS. Rodina obvykle nese ztrátu svého příslušníka velmi těžce a nezdědka kdy může v jeho důsledku dojít k rozpadu její celé struktury. Pro objasnění její fungování, silných a slabých míst, je zde podrobně objasňována funkčnost a struktura rodiny. Důraz byl položen zejména na funkci reprodukční, regenerační a podpůrnou, funkce ekonomická a socializační mohou být v případě potřeby částečně nahrazeny státem.

Výzkum byl realizován prostřednictvím empirické kvantitativní metody – dotazníku, doplněného polostrukturovaným rozhovorem. V dotazníku byly použity

otázky uzavřené, nabízející volbu mezi možnostmi ano – ne, a otevřené, v nichž bylo usilováno o zjištění vlastního názoru respondenta na předmětnou problematiku. Výběr respondentů byl náhodný.

Hlavním cílem provedeného výzkumu bylo zjistit jak je současná společnost informována o riziku NSS, jeho příčinách a možné prevence. Dále zde byly řešeny možnosti psychosociální rehabilitace pro rodiny, ve kterých jejich člen měl diagnostikovanou náhlou srdeční smrt. Což mělo celkový psychosociální dopad pro rodinu.

První okruh otázek se zaměřoval na civilizační choroby, které jsou s NSS úzce spjaty a výrazně zvyšují její riziko. Z odpovědí na tyto otázky vyplynulo, že moderní člověk je poměrně dobře informován o civilizačních chorobách, především o kardiovaskulárních onemocnění. Navzdory této informovanosti se však zdravotní situace české populace výrazněji nemění a dochází k neustálému rozvoji civilizačních onemocnění. Další okruh otázek se zaměřoval přímo na NSS a její příčiny. Velká část respondentů v průzkumu přikládala při předcházení NSS velký význam prevenci na rozdíl od odborníků, kteří pracují již s rizikovými pacienty a v prevenci a léčbě NSS se zaměřují spíše na zvládnutí a kontrolu život ohrožující arytmie. Asi polovina respondentů se označila za rizikovou skupinu vzhledem ke svým zdravotním problémům (kardiovaskulární onemocnění, nadváha, cukrovka atd.)

Dopady na rodinu a rodinné vztahy v případě náhlé srdeční smrti blízkého rodinného příslušníka předpokládá více než 95 % respondentů. Případným změnám v socioekonomické oblasti přikládá význam pouze 8 %.

Při zkoumání otázky - zda je veřejnost dostatečně informována o možnostech psychosociální rehabilitace bylo zjištěno, že veřejnost informována není. Více jak polovina 58 % respondentů se s žádostí o pomoc nejčastěji obrací na rodinu a přátele nebo se s problémy snaží vypořádat sama. Z daných odpovědí se rovněž potvrdilo, že jako způsob podpory ze strany státu pozůstalým má většina respondentů (80 %) v podvědomí výhradně podporu finanční a v případě úmrtí blízkého rodinného příslušníka by využili pouze tuto podporu státu. Běžní lidé považují využití psychosociální rehabilitace za nedostupné nebo se domnívají, že je určena pro cílové

skupiny psychicky nemocných lidí, mentálně postižené, alkoholiky a drogově závislé a o jejím využití jako prostředku pomoci pozůstalým nejsou obeznámeni (91,2 %).

Vzhledem k aktivitám, které v oblasti poradenství pro pozůstalé vyvíjí MMR, to však vypadá, že situace v této oblasti by se v blízké budoucnosti mohla změnit k lepšímu a nabídka služeb „poradce pro pozůstalé“ by se mohla rozšířit do povědomí veřejnosti.

## **Abstract**

The Bachelor's thesis "A Sudden cardiac death - and its social impact on the family" deals with a sudden cardiac death and its influence on functionality of a basic element of the state – the family. The main task of this thesis is to determine a total psychosocial impact of a sudden cardiac death on the relationships in the family and verify which psychosocial rehabilitation options are offered to the bereaved persons. The expected application of this thesis in practice should improve living conditions for the bereaved persons and to provide them with more information about this diagnosis.

The thesis is divided into two parts. The first theoretical part deals with information about the problem. The other part, the practical part is about the realized research.

In the theoretical part the diagnosis of a sudden cardiac death was described in detail. The death that occurs within one hour after the first signs is a frequently discussed topic in professional medical circles. The reason is that according to the recent research 50 percent of deaths have cardiovascular causes. The heart disease is considered as the main risk factor. Therefore, doctors primarily concentrate on this area in the treatment and prevention. Nevertheless 25 percent of patients who died of sudden cardiac disease had no signs of heart disease. So it's important to think about familial syndrome. The major role in therapeutic activities is played by antiarrhythmic therapy, kardiovertrudefibrillator implantation or catheter ablation.

The theoretical part of the thesis also covers the topic of a family which lost a member because of NSS. The family usually carries its loss very hard and it could lead to a collapse of its whole structure. The work clarifies and describes in detail functionality and structure of a family to explain its running, strengths and weaknesses. The emphasis was placed mainly to the reproductive, regenerative and supportive functions. If necessary, the economic function and socialization could be partly replaced by the state. The research was carried out through quantitative empirical methods – a questionnaire supported by a semi-structured interview. The yes and no questions were used in the

questionnaire. Additional questions were used as well to identify respondent's opinion on the main topic. The respondents were selected at random.

The main objective of the research was to determine how the current society is informed about the risk of NSS, its causes and possible prevention. The possibilities of psychosocial rehabilitation for families with psychosocial impact from diagnosed sudden cardiac death of a family member were analyzed here as well.

The first set of questions was focused on lifestyle diseases that are closely connected with NSS and significantly increase the risk. The answers revealed the current society is quite well informed about lifestyle diseases, mainly cardiovascular diseases. Despite this knowledge the Czech population health situation has not changed significantly and civilization diseases are growing instantly. Another set of questions focused on the NSS and its causes. A lot of survey respondents put emphasis on SAC prevention in contradistinction to experts who already work with endangered patients and focus on managing and control of life threatening arrhythmias. Approximately half of the respondents identified themselves as endangered because of their health problems (cardiovascular disease, obesity, diabetes, etc.)

More than 95 percent of the respondents expected impacts on the family and its relationships caused by the sudden cardiac death of a family member. Only 8 percent of the respondents put emphasis on potential social-economic changes.

The research dealt with a problem whether the public is well-informed about possibilities of psychosocial rehabilitation. And the findings indicate it is not. More than 58 percent of the respondents try to solve problems themselves or with help of their family or friends. The responses to the survey confirmed the assumption that majority of the respondents (80 percent) know only about financial support from the state to the bereaved persons. And they would use only this state support if their family member died. Common people consider the using of psychosocial rehabilitation unavailable or they believe it is intended for the target group of psychologically ill people, mentally handicapped, alcoholics and drug addicts. A most of them don't know that it could be used by the bereaved persons (91.16 percent).

Due to the activity developed by the MMR as counseling for bereaved persons, it seems that it could get better in the near future. The offered service called “consultancy for the bereaved persons” could get widely into the public knowledge.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Alžběta Jiroušková



## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala za vedení bakalářské práce, odbornou pomoc při jejím zpracování a trpělivost panu Doc. MUDr. Mgr. Alanu Bulavovi, Ph.D. Také všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. A v neposlední řadě patří poděkování mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala jak psychicky, tak finančně.

# OBSAH

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV .....	13
1.1 Náhlá srdeční smrt (NSS).....	13
1.1.1 Rizikové faktory .....	17
1.1.1 Prevence a léčba.....	19
1.2 Rodina .....	27
1.2.1 Definice rodiny .....	27
1.2.2 Funkce rodiny .....	28
1.2.3 Vztahy a vazby v rodině .....	30
1.2.4 Úmrtí v rodině a jeho důsledky.....	31
1.2.5 Možnosti psychosociální rehabilitace.....	33
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
2.1 Cíl práce .....	37
2.2 Stanovené výzkumné otázky.....	37
3 METODIKA .....	38
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	38
3.2 Použitá metodika.....	38
4 VÝSLEDKY .....	39
5 DISKUZE .....	48
6 ZÁVĚR .....	53
7 SEZNAM ZDROJŮ.....	55
8 SEZNAM OBRÁZKŮ.....	59
9 SEZNAM TABULEK .....	60
10 SEZNAM GRAFŮ .....	61
11 SEZNAM PŘÍLOH.....	62

## Seznam zkratek

NSS	-	náhlá srdeční smrt
MMR	-	ministerstvo pro místní rozvoj
ÚZIS	-	ústav zdravotních informací a statistiky
AIDS	-	syndrom získaného selhání imunity
ICHS	-	ischemická choroba srdeční
NSKT	-	nesetrvalá komorová tachykardie
DDD	-	dvoudutinová stimulace
ICD	-	implantace kardiovertru - defibrilátoru

# ÚVOD

Rodina představuje základní stavební kámen společnosti a úmrtí jednoho z jejích členů se může zásadním způsobem projevit na jejich fungování. Cílem bakalářské práce „Náhlá srdeční smrt – sociální dopad pro rodinu“ proto bude zjistit celkový psychosociální dopad diagnózy náhlá srdeční smrt na rodinné příslušníky a ověřit, jaké možnosti psychosociální rehabilitace se nabízejí pozůstalým.

Vlastní práce je rozdělena do dvou částí, teoretické, v níž jsou rozebírána teoretická východiska problému, a praktické, ve kterém je realizován vlastní výzkum. V souvislosti s náhlou srdeční smrtí je upozorněno na obrovský „boom“ tzv. civilizačních chorob, zejména kardiovaskulárních onemocnění, jejichž nositelé patří mezi hlavní rizikovou skupinu náhlé srdeční smrti. Jsou uvedeny hlavní příčiny náhlého srdečního úmrtí se zaměřením na prevenci a léčbu. Z terapeutických možností je zmíněna především antiarytmická léčba, implantace kardiovertru-defibrilátoru a chirurgické nebo katetrizační ablace. Ve druhé kapitole teoretické části jsou diskutovány rodinné vazby a vztahy. Podrobně jsou charakterizovány jednotlivé funkce rodiny a je zhodnocen její význam a přínos pro společnost. Úmrtí v rodině je vyhodnoceno na základě škály sociální readaptace jako jedno z nejrizikovějších situací, objasněny jsou dopady na pozůstalé, je popsán proces truchlení a uvedeno, jakým způsobem lze ztrátě čelit. Jeden z možností je právě psychosociální rehabilitace, jejíž náplní je v rámci tzv. pomáhajícího poradenství i pomoc pozůstalým.

Praktická část práce je zaměřena na výzkumné šetření mezi obyvateli ČR s cílem zjistit, jaké jsou jejich vědomosti o diagnóze náhlá srdeční smrt, zda jsou dostatečně informováni o možnostech psychosociální rehabilitace pro pozůstalé a jaký vliv má náhlé úmrtí v rodině na psychickou i socioekonomickou stránku celé rodiny. Výsledky tohoto šetření jsou vyhodnoceny, konfrontovány s názory uvedenými v literatuře a jsou vyvozena možná opatření pro praxi. Předpokládám, že tato bakalářská práce pomůže zvýšit informovanost veřejnosti o problematice náhlé srdeční smrti a zlepšit podmínky života pro rodiny, jejíž člen prodělal náhlou srdeční smrt.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Náhlá srdeční smrt (NSS)

Navzdory významným pokrokům v diagnostice a léčbě kardiovaskulárních onemocnění v posledních třech desetiletích zůstává problém náhlé srdeční smrti jedním z nejaktuálnějších témat současné kardiologie. Celá populace má riziko úmrtí na NSS poměrně nízké, významně však narůstá u pacientů s organickým onemocněním srdce. V ekonomicky vyspělých zemích má hlavní podíl na výskytu NSS koronární nemoc (obrázek č. 1). Odhaduje se, že více než 80 – 85 % NSS u dospělých osob je podmíněno akutními či chronickými formami tohoto onemocnění.<sup>1</sup> Nemoci oběhové soustavy přitom patří mezi nejčastější příčinu úmrtí ve světě, ČR nevyjímaje. Tuto skutečnost potvrzují údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Z přílohy č. 1 vyplývá, že v roce 2010 zemřelo v důsledku kardiovaskulárních chorob 53 590 osob (50,2 % všech úmrtí)<sup>2,3</sup> Statistiky uvádějí, že přibližně 50 % všech úmrtí z kardiovaskulárních příčin je náhlých.<sup>4</sup>

---

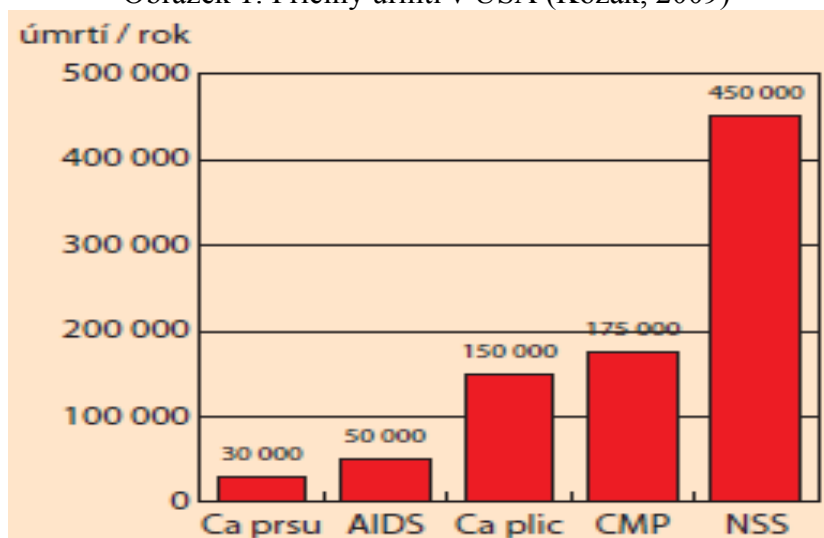
<sup>1</sup> BYTEŠNÍK, J. Prevence náhlé srdeční smrti u akutního infarktu myokardu. *Kardiologická revue*, 2010, č. 12, str. 13–16. ISSN 1212-4540.

<sup>2</sup> Tato hodnota představuje pokles počtu kardiovaskulárních úmrtí oproti roku 2009 zhruba o 1 % a v přepočtu na standardizovanou míru úmrtnosti o více než 3 % v porovnání s rokem předchozím. Výrazný pokles počtu kardiovaskulárních úmrtí je patrný ve srovnání s rokem 1990, a to zejména u mužů (viz příloha č. 2).

<sup>3</sup> ÚZIS ČR. *Zemřeli 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 106 s. ISBN 978-80-7280-925-7. str. 8.

<sup>4</sup> ŠPINAR, J. VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada Publishing, 2007. 256 s. ISBN 8024718227.

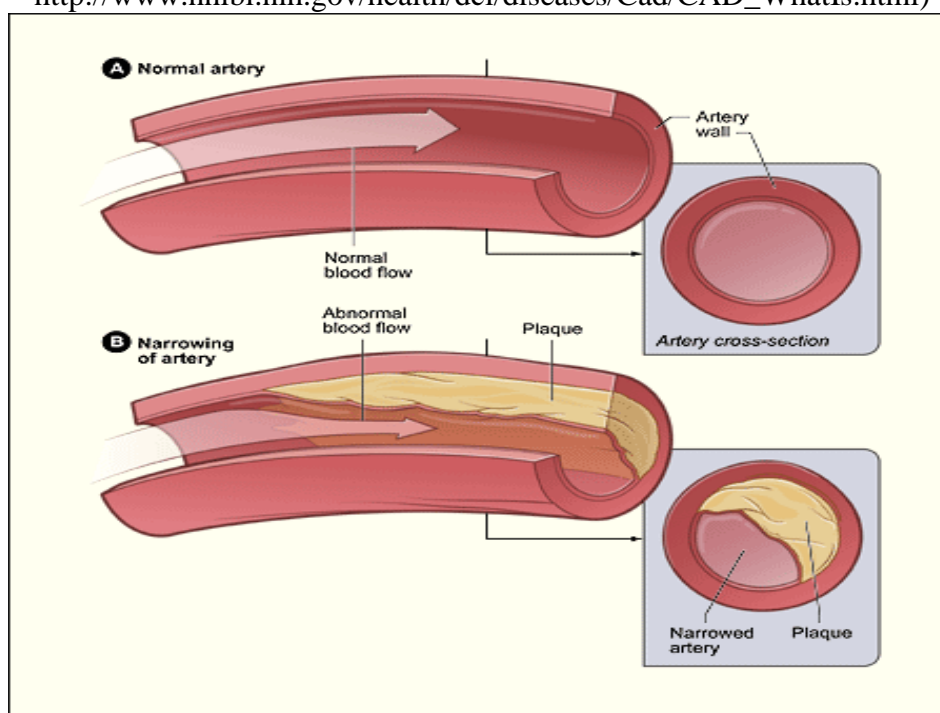
Obrázek 1: Příčiny úmrtí v USA (Kozák, 2009)



Dle Křivana (2010) se incidence NSS v publikovaných pracích pohybuje mezi 0,36 – 1,28 na 1000 obyvatel ročně.<sup>5</sup> Ve Spojených státech amerických (USA) se podle statistiky zveřejněné v r. 2001 jedná o 450 000 případů ročně a tento počet převyšuje sumaci úmrtí na karcinom prsu, karcinom plic, cévní mozkové příhody a AIDS.

<sup>5</sup> KŘIVAN, L. Implantabilní kardiovertery – defibrilátory v primární prevenci náhlé srdeční smrti. Brno, 2010. Habilitační práce. Masarykova univerzity, Fakulta lékařská, Interní kardiologická klinika. 179 s. str. 5. Dostupné z WWW: <[https://is.muni.cz/do/rect/habilitace/1411/Krivan/habilitace/Habilitace\\_finale.pdf](https://is.muni.cz/do/rect/habilitace/1411/Krivan/habilitace/Habilitace_finale.pdf)>.

Obrázek 2: Rozvoj koronárního onemocnění: A - normální artérie, B - postupné kornatění (Upraveno podle [http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/Cad/CAD\\_WhatIs.html](http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/Cad/CAD_WhatIs.html))



Překlad:

Normal artery - normální artérie, Narrowing of artery – zúžená artérie, Normal blood flow – normální tok krve, Abnormal blood flow – abnormální tok krve, Plaque – plat, Artery wall – stěna cévní, Artery cross-section – příčný řez artérií, Narrowed artery – zúžená artérie,

NSS je definováno jako úmrtí, které nastává do hodiny od rozvoje prvních příznaků. Štejfaj (2007) uvádí, že do mortalitní skupiny NSS jsou zařazeni „všichni pacienti, kteří po akutně vzniklé ztrátě vědomí umírají z kardiální příčiny do jedné hodiny od rozvoje symptomů“<sup>6</sup>. Nejčastější nozologickou jednotkou spojenou s rizikem NSS je ischemická choroba srdeční (ICHS), její akutní i chronické formy se na NSS podílejí v 80 % případů. 10 – 15 % případů je vázáno na dilatační a hypertrofickou kardiomyopatii a 5 % na zánětlivá srdeční onemocnění a nemoci chlopenního aparátu. V 80 – 90 % se na NSS podílejí tzv. maligní arytmie (fibrilace komor, flutter komor a rychlé komorové tachykardie).<sup>7</sup> NSS může nastat rovněž v důsledku nepoznané

<sup>6</sup> ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 722 s. ISBN 8024713853. str. 601.

<sup>7</sup> ŠTEJFA (2007), str. 601.

chlopenní vady s následnou hypertrofií srdce, valvulární stenózy aorty (vyskytuje se nejčastěji u mužské populace od 2. do 5. decennia), a ruptury aneuryzmat aorty, např. při Erdheimově cystické medionekróze aorty s postižením elasticity aortální stěny či jako následek aterosklerotického procesu, vzácněji jako komplikace syfilis.<sup>8</sup> Semrád (2008) uvádí, že „náhlá a nečekaná smrt mladého člověka přináší pozůstalým kromě bolesti nad ztrátou člena rodiny také další konsekvence. Při genetické etiologii onemocnění jsou přirozeně vystaveni riziku náhlého úmrtí i blízcí příbuzní, včetně dětí<sup>9</sup>.“

Většina NSS (80 %) nastává doma, pouze 15 % na veřejných místech. Při všeobecně malé účinnosti kardiopulmonální resuscitace v terénu (15 %) tak většina postižených umírá již při první epizodě setrvalé maligní arytmie.<sup>10</sup>

Tabulka 1: Příčiny náhlé srdeční smrti (Sovová a kol., 2011)

<b>Příčiny NSS</b>	<b>Přibližný počet úmrtí</b>	<b>Poznámky</b>
Ischemická choroba srdeční	80 %	
Kardiomyopatie (dilatační, hypertrofická)	10–15 %	
Zánětlivá onemocnění srdce, chlopenní vady, vrozená onemocnění srdce	až 5 %	
Elektrofyzilogické abnormality		Abnormality převodního systému, syndrom dlouhého a krátkého QT, syndrom Brugadaových, arytmie potencované katecholaminy
Různé		Disekce aorty, toxicko-metabolické příčiny

<sup>8</sup> BOUŠKA, I. TOUPALÍK, P. Diagnostika kardiální smrti v soudnělékařské praxi. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 6, str. 611 – 616. ISSN 1212-4184.

<sup>9</sup> SEMRÁD, B. Náhlá srdeční smrt – lze zabránit dalším úmrtím v rodině? *Medical Tribune*, 2008, č. 24. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12543>>.

<sup>10</sup> ŠTEJFA (2007), str. 601.



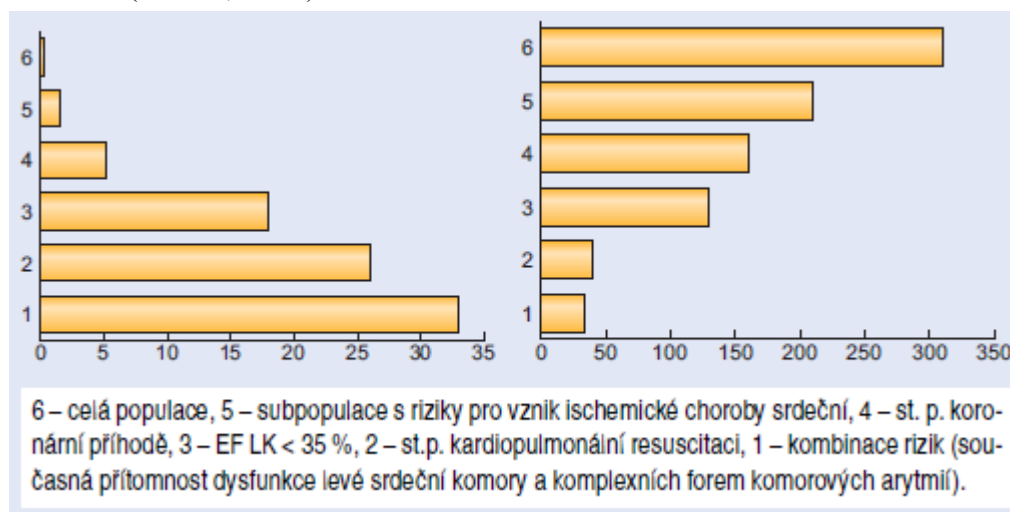
### 1.1.1 Rizikové faktory

Kardiologové v posledních třech desetiletích usilují o nalezení rizikového znaku, který by dokázal v populaci identifikovat jednice ohrožené NSS. Největší pozornost je věnována pacientům s ICHS, kteří mají na výskytu NSS hlavní podíl. Křivan (2005) uvádí, že „přes velký pokrok v možnostech neinvazivní a především invazivní terapie v kardiologii zůstává výskyt náhlé srdeční smrti z důvodu maligních arytmií stále velkým problémem“. Největší skupinu pacientů umírajících NSS tvoří nemocní, kteří dosud maligní arytmií neprodělali. Cca 25 % z nich nemá žádné známky srdečního onemocnění, u zbývajících 75 % zemřelých na NSS je však anamnéza předchozího srdečního onemocnění známa. Z tohoto důvodu se do popředí dostává otázka stratifikace rizika NSS u různých populací pacientů. Jejím cílem je nalezení takového algoritmu vyšetření, který by dokázal v běžné populaci co nejpřesněji identifikovat skupinu pacientů ohrožených NSS a přitom byl natolik specifický, že náklady a rozsah léčby potřebný na záchranu jednoho života budou ekonomicky a medicínsky únosné (obrázek č. 2). Z neinvazivních stratifikačních znaků nejčastěji používaných k detekci přítomnosti morfologických, elektrických a autonomních faktorů nutných pro vznik maligní arytmiie lze jmenovat: přítomnost nesetrválých komorových tachykardií (NSKT), přítomnost pozdních komorových potenciálů (SAECG), vyšetření senzitivity baroreflexu (BRS) a variability srdečního rytmu (HRV), alternans T vlny (TWA) nebo turbulence srdečního rytmu (HRT).<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> KŘIVAN, L. Primární prevence náhlé srdeční smrti - ICD pro všechny s dysfunkcí srdeční komory? *Cor et Vasa*, 2010, roč. 52, č. 1–2, str. 30 – 34. ISSN 0010-8650.

Obrázek 3: Incidence/počet náhlých srdečních smrtí (NSS) v závislosti na rizikových faktorech dle Myerburga a spol. Incidence NSS v % / rok počet NSS/rok (Křivan, 2005)



Sovová a kol. (2011) uvádějí, že nejvíce se na vzniku NSS podílí ICHS, a tak je možno, s určitou mírou zkreslení, rizikové faktory ICHS označit jako rizikové faktory NSS. Tyto faktory dělí na patofyziologické a psychosociální (faktory životního stylu), mezi které řadí depresivní poruchy, úzkostné poruchy, pocity hněvu a nepřátelství, osobnostní charakteristiky, sociální vazby, podporu a konflikt a akutní a chronický životní stres. Svá tvrzení opírají mimo jiné o prospektivní studii Paris Prospective Study, jejíž autoři sledovali po dobu 23 let více než 7 000 mužů (ve věku 43–52 let při vstupu do studie). Po dobu sledování došlo k 603 úmrtím, z toho bylo 20 % náhlých. Nejsilnějšími prediktory NSS byla přítomnost diabetes mellitus a pozitivní rodinná anamnéza NSS. V prospektivní studii Nurse's Health Study bylo zjištěno u více než 121 000 žen (ve věku 33–55 let při vstupu do studie), které byly sledovány po dobu 22 let, 244 NSS. Z toho 94 % žen mělo nejméně jeden rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění. Kouření, hypertenze a diabetes mellitus zvyšovaly riziko NSS 2,5 – 4,0krát, rodinná anamnéza infarktu myokardu před 60. rokem věku a obezita 1,6krát.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> SOVOVÁ, E. IVANOVÁ, K. ONDRUŠKOVÁ, J. PASTUCHA, D. Psychosociální faktory jako možné rizikové faktory NSS. *Cor et Vasa*, 2011, roč. 53, č. 6 – 7, str. 381–384. ISSN 0010-8650.

### 1.1.1 Prevence a léčba

Prioritou lékařů v prevenci a léčbě NSS je zvládnutí a kontrola život ohrožujících arytmií (fibrilace komor, setrvalá komorová tachykardie). Terapeutické možnosti zahrnují antiarytmickou léčbu, implantaci kardiovertru-defibrilátoru (ICD) a chirurgické nebo katetrizační ablace. Léčba antiarytmiky je neinvazivní, symptomatická, dokáže zabránit recidivě arytmiie, ale mívá mnohdy závažné vedlejší účinky. ICD není schopný arytmiím předcházet, ale je velmi efektivní ve vlastní léčbě při vzniklé srdeční arytmií. Jedinou kauzální léčbou komorových tachykardií je ablace. V současnosti je nejpoužívanější léčebnou strategií léčba kombinovaná, poskytující největší jistotu v kontrole symptomatických závažných komorových arytmií.<sup>13</sup>

#### 1.1.1.1 Antiarytmická léčba

Antiarytmika jsou léčiva používaná k prevenci nebo zmírnění nepravidelností srdečního rytmu.<sup>14</sup> Špinar (2004) uvádí, že „*mechanismem účinku antiarytmik je ovlivnění akčního potenciálu – zpomalení depolarizace blokováním rychlého sodíkového kanálu, prodloužení repolarizace blokováním draslíkových nebo vápníkových kanálů, snížení sympatické aktivity blokováním beta-receptorů*“<sup>15</sup>.

Vaughan-Williams rozděluje antiarytmika do čtyř základních tříd (tabulka č. 2).

---

<sup>13</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. Náhlá smrt a její možná prevence. *Interní medicína pro praxi*, 2001, č. 2, str. 89 – 91. ISSN 1212-7299.

<sup>14</sup> RICHARDS, A. EDWARDS, S. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. Philadelphia (USA): Elsevier Health Sciences, 2003. 382 s. ISBN 0443053952. str. 330.

<sup>15</sup> ŠPINAR, J. *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 248 s. ISBN 8024708663. str. 153.

Tabulka 2: Dělení antiarytmik dle Vaughan-Williams (Špinar, 2004)

<b>Třída</b>	<b>Mechanismus účinku</b>	<b>Antiararytmikum</b>
I	inhibice rychlého Na <sup>+</sup> kanálu	
IA	prodloužení akčního potenciálu	chinidin, prokainamid, disopyramid, ajmalin
IB	zkrácení akčního potenciálu	mesocain (lidocain), mexiletin, phenytoin
IC	bez vlivu na akční potenciál	propafenon, moricizin
II	snížení sympatické aktivity	beta-blokátory
III	inhibice repolarizace (prodloužení akčního potenciálu)	amiodaron, sotalol, bretylium, ibutilid, dofetilid
IV	inhibice pomalého Ca <sup>2+</sup> kanálu	Verapamil

Klasifikace Vaughan-Williams byla často kritizována, protože neodpovídala snahám o cílené podávání antiarytmika podle typu a hlavně etiologie, která poruchu rytmu vyvolává. Proto se objevily snahy nahradit tento systém dělením podle typu elektrické aktivace myokardiálních buněk a převodního srdečního systému a podle iontových kanálů podílejících se na tvorbě akčního potenciálu. Nová klasifikace byla navržena v sicilské Taormině v reakci na závěry studie CAST (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial) a byla nazvána „Sicilský gambit“. Kromě rozřídění antiarytmik obsahuje i návrhy léčby vycházející z definice tzv. vulnerabilního parametru, který objasňuje mechanismus vzniku arytmií a jeho možné ovlivnění daným antiarytmikem, pro svou složitost je však v běžné lékařské praxi použitelná jen obtížně.<sup>16</sup>

Při léčbě antiarytmiky se očekává vliv na symptomatiku, kvalitu života a snížení mortality. Výsledky mnoha studií prokázaly, že antiarytmika skutečně potlačují symptomatické i asymptomatické arytmií, nevedou však ke snížení mortality, což je zapříčiněno specificitou jednotlivých antiarytmik resp. celých tříd antiarytmik. Některé blokátory sodíkového kanálu mohou mortalitu dokonce i zvýšit, zvláště v přítomnosti dysfunkce levé srdeční komory, proto je jejich použití omezeno na pacienty bez signifikantního srdečního onemocnění. Výjimku z tohoto pravidla představují beta-blokátory, které jako jediné mortalitu snižují, jejich antiarytmický účinek je však jen omezený. Z těchto důvodů byl de facto ukončen výzkum antiarytmik I. třídy a pozornost se soustředila na antiarytmika III. třídy. V 90. letech 20. století došlo k vývoji

<sup>16</sup> ŠPINAR (2004), str. 153.

nových antiarytmik, od nichž se očekával velký efekt jak co do účinku, tak i co do snížení mortality v důsledku suprese arytmií. Tato očekávání se však nenaplnila, a to hlavně z toho důvodu, že typická antiarytmika neovlivnila mortalitu a všechna mají v různé míře vyjádřen i proarytmický účinek (tabulka č. 3).<sup>17</sup> Udržovací dávky a vedlejší účinky antiarytmik používaných k udržení sinusového rytmu a doporučené dávky antiarytmik, používaných ke konverzi arytmií na sinusový rytmus jsou uvedeny v příloze č. 3 a 4.

Tabulka 3: Proarytmické reakce (Heinc, 2009)

Zvýšení počtu SPS či KPS
Zvýšení frekvence komor v přítomnosti FIS/FLS
Indukce či usnadnění setrvalé komorové tachykardie
Změna vlastností komorové tachyarytmie tak, že se stane rezistentnější vůči elektrické kardioverzi
SPS – síňový předčasný stah, KPS – komorový předčasný stah, FIS – fibrilace síní, FLS – flutter síní

### 1.1.1.2 Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD)

Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD) je přístroj, který se používá k léčbě srdečních arytmií a prevenci náhlé srdeční smrti. Poprvé byl úspěšně použit v roce 1980. Původními kandidáty implantace byli nemocní, kteří prodělali maligní arytmií a většinou byli resuscitováni pro zástavu oběhu. Od roku 1996 se začal prudce zvyšovat počet primárně preventivních indikací, kdy byl defibrilátor implantován i nemocným, kteří dosud maligní arytmií neprodělali.<sup>18</sup> Křivan (2010) uvádí, že za „posledních třináct let proběhlo celkem deset randomizovaných primárně preventivních studií, jejichž cílem bylo prokázat prospěch nemocných se zvýšeným rizikem náhlé srdeční smrti z léčby ICD proti konvenční farmakoterapii“. U pacientů s ICHS to byly studie MADIT a MADIT-II, CABG-Patch, MUSTT a DINAMIT. Na základě výsledků těchto

<sup>17</sup> HEINC, P. Současný pohled na antiarytmika. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2009, roč. 23, č. 2, str. 64 – 70. ISSN 1212-7973.

<sup>18</sup> Podle dat z USA tvořily primárně preventivní implantace v roce 2006 celých 79 % ze všech implantací ICD.

studií byly vytvořeny doporučené postupy pro implantace ICD v primární prevenci. V České republice začalo platit doporučení pro primárně preventivní implantaci ICD od roku 2005 v omezené formě. Nová přepracovaná doporučení jsou platná od podzimu roku 2009 (tabulka č. 4).

System ICD se skládá z vlastního přístroje a z jedné až tří ohebných elektrod zavedených přes podklíčkovou žílu do srdce.<sup>19</sup> Uvnitř přístroje je baterie, mikroprocesor, který zpracovává veškeré informace a příslušné elektrické okruhy. Přístroj se většinou umísťuje do podkoží nebo pod prsní sval v oblasti pod levou klíční kostí. Umístění přístroje vlevo poskytuje nejlepší šanci na přerušování život ohrožující arytmie, protože elektrický proud tak prochází přes celou levou komoru srdeční. Mnohem méně často je přístroj implantován na pravou stranu. V některých případech je nutno systém doplnit ještě o další přídatnou defibrilační elektrodu, která se umístí do podkoží na hrudníku.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Výjimečně se používá systém, kdy se operačně našijí dvě plošné elektrody přímo na povrch srdce, a přístroj je uložen v břišní stěně pod srdcem.

<sup>20</sup> IKEM: *Implantace kardioverter-defibrilátoru u (ICD)* [online]. c2006-2011[cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1004024>>.

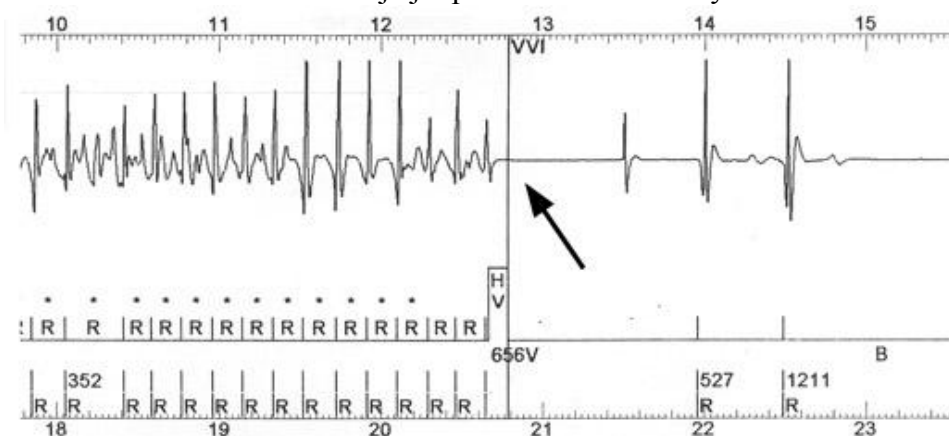
Tabulka 4: Doporučení pro primárně preventivní implantace ICD v České republice

1. Dokumentované epizody nesetrválé komorové tachykardie u nemocných s ischemickou chorobou srdeční, po infarktu myokardu, s dysfunkcí levé komory (EF LK  $\leq$  40 %) a indukci setrválé komorové tachykardie nebo fibrilace komor při programované stimulaci komor za standardní farmakoterapie po akutním infarktu myokardu (beta-blokátory).
2. Ischemická choroba srdeční s významnou poinfarktovou dysfunkcí levé komory (EF LK  $\leq$  35 %) ve funkční třídě NYHA II–III, po provedené revaskularizaci (je-li indikována), minimálně 40 dnů po akutním infarktu myokardu, a to za standardní farmakoterapie po akutním infarktu myokardu (beta-blokátory). U nemocných s funkční klasifikací NYHA I pouze při EF LK  $\leq$  30 %.
3. Neischemická kardiomyopatie s významnou dysfunkcí levé komory (EF LK  $\leq$  35 %), ve funkční třídě NYHA II–III navzdory optimalizované farmakoterapii a při nesplnění kritérií srdeční resynchronizační léčby (SRL).
4. Srdeční selhání ischemické i neischemické etiologie s indikací k ICD a současnou indikací k SRL s významnou dilatací a systolickou dysfunkcí levé komory srdeční (end-diastolický rozměr LK  $>$  55 mm a EF LK  $\leq$  35 %).

ICD sleduje nepřetržitě elektrickou aktivitu srdce. Při pomalém srdečním rytmu funguje jako kardiostimulátor – udržuje pravidelnou srdeční akci o předem nastavené frekvenci. V případě vzniku rychlého, život ohrožujícího rytmu, neodkladně zahájí příslušnou léčbu. Existují tři druhy takové elektrické léčby rychlých srdečních rytmů:

- rychlá stimulace srdce tzv. overdrive pacing
- výboj o nízké energii tzv. kardioverze
- výboj o vysoké energii tzv. defibrilace

Obrázek 4: Přerušení závažné komorové tachykardie (vlevo) výbojem ICD, na pravé straně obrázku je již přítomen normální rytmus



Zachytí-li přístroj pomalejší komorovou tachykardii, začne vydávat krátké salvy elektrických podnětů o frekvenci rychlejší než sama arytmie. Tyto elektrické impulzy, které nemocný necítí, vedou v mnoha případech k přerušení komorové tachykardie. Když nedojde k obnovení normálního srdečního rytmu, přístroj vydá elektrický výboj. Při rychlé komorové tachykardii nebo fibrilaci komor je výboj aplikován ihned po zjištění poruchy srdečního rytmu. Po přerušení arytmie sleduje ICD dál pacientovu srdeční činnost.<sup>21</sup>

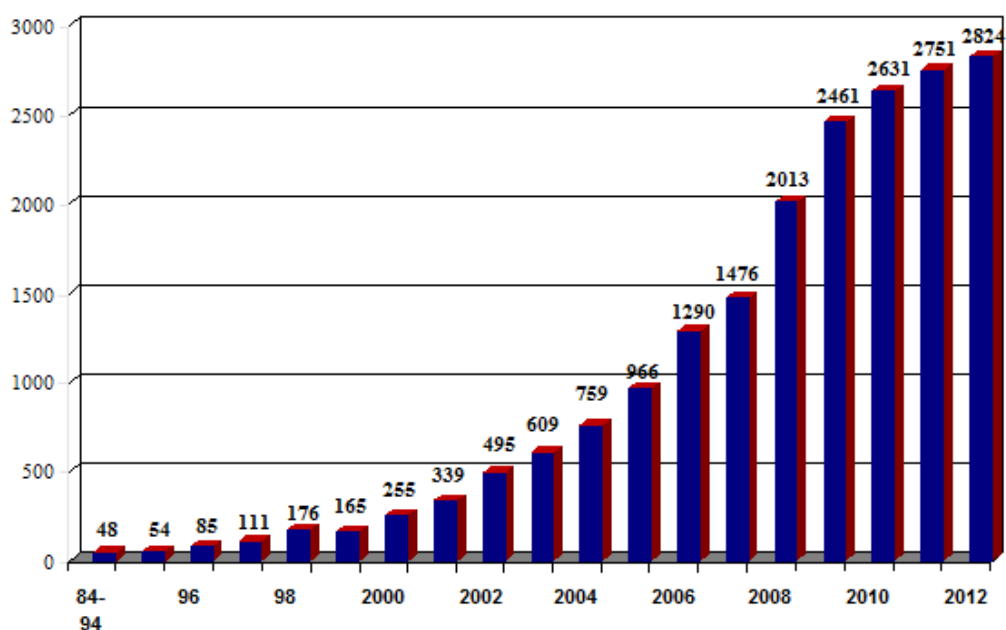
V současnosti je ICD implantován pacientům resuscitovaným z důvodu dokumentované komorové fibrilace z nezvratné příčiny, pacientům se špatně tolerovanou komorovou tachykardií a sníženou ejekční frakcí a pacientům s nevysvětlenou synkopou, u kterých se indukovala setrvalá komorová tachykardie během elektrofyzilogického vyšetření. Technologický pokrok umožnil vývoj přístrojů, které mají kromě funkce kardiovertru a defibrilátoru rovněž vlastnosti kardiostimulátoru typu DDD (dvoudutinová stimulace). Zařízení lze programovat a umožňují individuální nastavení pro potřeby každého pacienta a jeho typu arytmie. Nevýhodou je, že ICD mohou reagovat šoky i neadekvátně, tj. bez přítomnosti závažné arytmie. Tomu lze předejít správným nastavením přístroje a někdy i léčbu antiarytmiky.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> IKEM: *Implantace kardioverter-defibrilátor u (ICD)* [online].

<sup>22</sup> Kolektiv autorů (2001), str. 89.



Obrázek 5: Vývoj celkového počtu implantací ICD (primoimplantací a reimplantací) v ČR (<http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Kombinacni-ci-hybridni-lecba-arytmii/6-L-eX.magarticle.aspx>)



### 1.1.1.3 Kombinovaná terapie

Kombinovaná (hybridní) léčba závažných komorových arytmií je v současné době považována za nejefektivnější prostředek ke snížení rizika vzniku NSS. V rámci hybridní terapie se tím v praxi rozumí především antiarytmická medikace nebo katetrizační ablace či modifikace arytmogenního substrátu.

Přestože v současné době je trendem snižovat užití antiarytmik, zůstávají i nadále pomocnou terapií u pacientů s ICD, zejména u těch se srdeční zástavou v anamnéze. Jejich výhodami je to, že zabraňují rekurenci arytmiie, snižují její frekvenci a omezují výskyt supraventrikulárních tachykardií, které by mohly vyvolat nežádoucí šok z ICD a některá snižují defibrilační práh.<sup>23</sup> Z antiarytmik je nejčastěji používán amiodaron, po implantaci ICD bývá podáván u 15–55 % pacientů. Dalším osvědčeným

<sup>23</sup> Kolektiv autorů (2001), str. 90.

lékem v dané indikaci je sotalol. Ostatní antiarytmika jsou pacientům s ICD podávána jen sporadicky.<sup>24</sup> V této souvislosti je třeba zmínit možný problém interakce antiarytmika s ICD, kdy použitý lék může ovlivnit funkci systému ICD řadou mechanismů, např. změnou defibrilačního prahu, změnou morfologie komorového komplexu při sinusovém rytmu a komorové tachykardii (změna detekce tachyarytmie), změnou reakce komorové tachykardie na antitachykardickou stimulaci aj.

Stav pacientů s ICD a častými recidivujícími komorovými tachykardiemi rezistentními na léčbu antiarytmika se může zlepšit po provedení radiofrekvenční katérové ablace. Navíc zdokonalení ICD umožňuje kontrolu úspěšnosti ablace tím, že potřebné informace jsou v ICD ukládány. Proto se jakékoliv studie účinků nových antiarytmik se provádějí na pacientech s ICD. Nevýhodou kombinace ICD a ablační terapie může být změna charakteristiky komorové tachykardie v důsledku ablace a tím pádem nutnost znovu nastavit parametry v ICD.

---

<sup>24</sup> BYTEŠNÍK (2009)

## 1.2 Rodina

### 1.2.1 Definice rodiny

Protože význam termínu „rodina“ se v jednotlivých vědních oborech v závislosti na metodologických postupech, oblasti výzkumu a pojmovém ústrojí liší, nelze hovořit o jednotném interdisciplinárním pojmu, ale spíše o jeho dílčích aspektech a proměnlivých variantách.<sup>25</sup> Dle Lovasové (2006) bývá rodina charakterizována především z hlediska svého postavení ve společenském systému, dále pak z hlediska vazeb, sociálních funkcí a základních sociálních procesů, které v ní probíhají. Nejjednodušší definice popisují rodinu jako „*malou skupinu osob, které jsou navzájem spojeny manželskými, příbuzenskými nebo jinými obdobnými vztahy a zvláště společným způsobem života*“<sup>26</sup>. Současný právní řád České republiky definici rodiny neobsahuje<sup>27</sup>, z platného znění zákona o rodině však lze vyvodit, že za základ rodiny je obecně považováno manželství<sup>28</sup>. Této formě rodinného soužití stát věnuje zvláštní pozornost a poskytuje jí ochranu.

Podle Lüschera (1988) v Národní zprávě o rodině (2004) lze v nejširším pojetí rodinu chápat jako „*celek rozličných konstelací takové formy života, která obsahuje minimálně dvougenerační soužití dětí a rodičů, má trvalý charakter a vykazuje pevné vazby mezigenerační a vnitrogenerační solidarity*“. Rodina v tomto pojetí představuje jakousi sociální instituci, která existuje v každém kulturním prostředí a je v něm sociálně uznávána. Další konkrétní znaky rodiny se pak mění v závislosti na

---

<sup>25</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV): Národní zpráva o rodině [online]. 2004 [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava\\_b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava_b.pdf)>. str. 9.

<sup>26</sup> LOVASOVÁ, L. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. 32 s. ISBN 80-86991-66-0. str. 5.

<sup>27</sup> Rodinu vymezoval např. Všeobecný zákoník občanský z roku 1811 v ustanovení § 40 jako vztah mezi prarodiči a všemi jejich potomky.

<sup>28</sup> Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ze dne 4. prosince 1963, ve znění pozdějších předpisů, se skládá ze tří částí. První z nich upravuje manželství, druhá vztahy mezi rodiči a dětmi a třetí výživné.

sociokulturním prostředí a na konkrétních formách rodinného soužití přítomných v čase a prostředí.<sup>29</sup> V užším pojetí pak lze považovat za rodinu institucionálně strukturované sociální společenství, založené na rodičovském a manželském vztahu jako jeho dvou základních vztahových liniích, které vychází z úpravy rodinného práva.<sup>30</sup> Tento typ je v ČR nejrozšířenější, jedná se o tzv. nukleární nebo též atomární rodinu tvořenou dvěma dospělými, sezdanými jedinci, kteří mají děti a žijí sami.<sup>31</sup>

### 1.2.2 Funkce rodiny

Funkce rodiny se vyvíjely v souvislosti se společenskými změnami, které ovlivňovaly postavení rodiny ve společnosti i vztahy uvnitř rodiny. Moderní rodiny ztratily některé ze svých dřívějších funkcí, jiné z nich pozbyly na důležitosti.<sup>32</sup> „V současné společnosti lze někdy pozorovat snahy o co nejširší vymezení pojmu rodiny tak, aby se stal relevantním pro jakoukoli formu soužití dvou či více lidí bez závislosti na mezigeneračním elementu, na přítomnosti dětí či na jakékoli institucionální vazbě. S ohledem na možnosti definování rodiny pro politické účely se jeví proto nutným definovat jednotlivé společensky relevantní funkce rodiny.“

Rozlišujeme čtyři základní funkce rodiny:

#### 1) reprodukční (generativní)

Zajištění reprodukce obyvatelstva a jeho generační výměna představuje hlavní a stále nenahraditelnou funkci rodiny. Protože přirozená reprodukce je v naprosté většině případů závislá na přítomnosti rodinného soužití, navazují na tuto funkci rodiny i tzv. propopulační

---

<sup>29</sup> MPSV: Národní zpráva o rodině [online]. str. 9.

<sup>30</sup> MPSV: Národní zpráva o rodině [online]. str. 10.

<sup>31</sup> JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 208 s. ISBN 8024723972. str. 187.

<sup>32</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 202 s. ISBN 8024721694. str. 76.

opatření<sup>33</sup>. Reprodukční funkce má rovněž vliv na rodinný život, neboť je s ní spojen přechod k rodičovství.<sup>34</sup>

## 2) ekonomická

Tato funkce rodiny vychází z principu, že rodina ve společnosti existuje jako integrální sociální skupina i ekonomický subjekt, ve kterém je společně zabezpečována strava a materiální existence jeho jednotlivých částí. Na rozdíl od funkce reprodukční není bezprostředně závislá na přítomnosti dětí. V současnosti je výkon této funkce z velké části zajišťován jinými sociálními institucemi.<sup>35</sup>

## 3) socializační

Tato funkce učí děti zařazovat se do dané společnosti a kultury. Výchova je výsledkem součinnosti rodiny a státu; výchovná funkce rodiny je však natolik zásadní, že s její plnou náhradou jinou institucionální formou je vždy spojeno riziko ohrožení zdravého rozvoje dítěte. V této souvislosti je ovšem nutné poznamenat, že socializační funkce je velmi proměnlivá jak v čase a prostoru. Podobně je tomu i v jednotlivých teoreticko-metodologických přístupech jejího pojetí, které měly vliv mimo jiné na politické koncepce výchovy v různých státech.<sup>36</sup> „*Otázka formy mimodomácí socializace především malých dětí je dodnes v různých evropských zemích diskutována a neexistuje k ní jednotný přístup.*“<sup>37</sup>

## 4) regenerační a podpůrná

Tato funkce je takřka výlučně závislá na rodinném životě. Zajišťuje vzájemnou emocionální podporu jednotlivých členů rodiny a případnou finanční či hmotnou pomoc. Zatímco hmotně a finančně podpůrnou roli

---

<sup>33</sup> Jedná se o opatření společnosti a státu k zlepšení populačního vývoje, např. dávky v mateřství, mateřská dovolená, porodné, příspěvky na děti, daňové a jiné výhody pro rodiny s dětmi aj., jejich účinnost je však v poslední době mezi odborníky často diskutovanou otázkou.

<sup>34</sup> MPSV: Národní zpráva o rodině [online]. str. 9.

<sup>35</sup> MPSV: Národní zpráva o rodině [online]. str. 10.

<sup>36</sup> Např. v období totalitních režimů byla socializační role rodiny potlačována a nahrazována státním systémem organizované výchovy.

<sup>37</sup> MPSV: Národní zpráva o rodině [online]. str. 9.

přebírá od 19. století sociální stát, emocionálně-stabilizační funkce představuje centrální úlohu fungování rodiny.<sup>38</sup> Lovasová (2006) považuje emocionální funkci rodiny za její nejdůležitější kohezivní faktor. Uvádí, že „*emocionální funkci v rodině dokáže plně zastávat pouze jedinec (rodič), který je dostatečně zralý, zodpovědný a dokáže vytvořit trvalé citové zázemí pro všechny její ostatní členy. Emocionální jistota je potřebná nejen pro děti, ale také pro dospělé, i když v trochu jiné podobě.*“

### 1.2.3 Vztahy a vazby v rodině

Rodina představuje neobyčejně dynamický, živý celek, který prochází různými změnami v závislosti na měnících se potřebách jejích členů na pozadí společenských změn a jejich vzájemné provázanosti. Vztahy v rodině rovněž souvisejí s vývojovým cyklem rodiny, dokonce jsou do značné míry jeho odrazem. „*Sociální role matky, otce, syna a dcery představují velmi zajímavý, mnohotvárný a vzájemně propojený systém.*“<sup>39</sup> U dítěte se předpokládá, že bude (alespoň do určitého věku), v mnoha ohledech na svých rodičích závislé a bude příjemcem jejich péče. Rodiče by mu tuto péči měli zajistit, měli by být emočně i sociálně zralí, ekonomicky nezávislí apod. Důležitou roli v rodině zastávají také prarodiče, kteří stojí v naplňování psychických potřeb dítěte hned za rodiči. Jsou většinou klidnější a vyrovnanější než rodiče. Dle Lovasové (2006) mohou některé problémy v rodině pramenit právě z toho, že dospělý jedinec není schopen či ochoten svou roli plně přijmout a ztotožnit se s ní. „*Především u nevyzrálých osobností může někdy dojít k takzvanému konfliktu rolí, kdy jedinec není schopen ve svém životě skloubit stále narůstající počet různých rolí (role rodiče, manžela/manželky,*

---

<sup>38</sup> MPSV: Národní zpráva o rodině [online]. str. 10.

<sup>39</sup> GILLERNOVA, I. KEBZA, V. RYMES, M. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. Prah: Grada Publishing, a. s., 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2986-1. str. 121.

snachy/zetě, zaměstnance atp.), což přirozeně vede k frustraci a má negativní dopad na fungování celé rodiny.“<sup>40</sup>

#### 1.2.4 Úmrtí v rodině a jeho důsledky

Smrt blízkého člověka představuje extrémní zásah do života pozůstalých. Říčan (1990) v Dohnalové (2010) uvádí, že „smrt blízkého člověka může být dokonce důležitější otázkou, těžší starostí a větším trápením než smrt vlastní“.<sup>41</sup> Situace je o to horší, je-li smrt náhlá, nečekaná, jako v případě NSS, protože blízcí zemřelého neměli čas se na ztrátu připravit a musí se s ní postupně vyrovnávat. Ztráta rodinného příslušníka nevyvolává u příbuzných pouze silné emocionální reakce, nabourává také jejich pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity, vztahy s jinými lidmi a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Pozůstalí v takové situaci potřebují pomoc a podporu, té se jim ale často nedostává. Hlavním zdrojem této pomoci by měli být především jejich nejbližší – příbuzní, přátelé, rodina, známí. Ale i oni mohou být ztrátou zasaženi<sup>42</sup>. Smrt totiž významným způsobem zasahuje do struktury celé rodiny a rodinný systém jí může být natolik narušen, že se stává dysfunkčním. S úmrtím rodinného příslušníka jsou spojeny nové, zcela specifické problémy, může však otevřít i problémy dosud nevyřešené nebo vyhrodit problémy stávající. V takovém to případě nemůže být rodina zdrojem pomoci, pomoc potřebuje ona sama.<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> LOVASOVÁ (2006), str. 6.

<sup>41</sup> DOHNALOVÁ, Z. Životní situace rodičů po anticipované ztrátě dítěte. *Paideia*. 2010, vol. VII/2010, no. 2, str. 1 - 19. ISSN 1214-8725.

<sup>42</sup> Např. Rosenblatt (1991) in Špatenková (2008) ve svém výzkumu prokázal, že rodina nemusí být pro pozůstalé zdrojem opory. Jeho respondenti uváděli konflikty s ostatními členy rodiny, jejichž příčinou byl především pocit pozůstalých, že jim příbuzní neposkytují dostatečnou útěchu, dále pak obviňování, že truchlí příliš málo nebo naopak příliš mnoho, a ambivalentní vztah pozůstalých k zemřelému (ev. jiným příbuzným).

<sup>43</sup> ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 143 s. ISBN 8024717409. str. 9 – 10.

Podobně tomu může být i v případě lidí ze sociálního okolí (přátelé, známí). Ti totiž v naprosté většině případů nevědí, jak se mají v takovéto situaci zachovat, proto se kontaktu s pozůstalými raději vyhýbají. Příčina je zřejmá – stáří, zánik a smrt nepatří v současné společnosti mezi vyhledávaná témata. Společenský ideál představuje ekonomicky produktivní člověk plný energie a mladého vzezření, smrt je vnímána jako negativní okamžik lidského života – existence člověka nenávratně končí, co se s ním po smrti bude dít, nikdo neví. „*Čím je umírání a smrt pro společnost méně uchopitelná a přijatelná, tím více se společnost této konfrontaci brání a snaží se poslední okamžiky člověka odsunout z jeho dosahu.*“<sup>44</sup> Přestože na truchlení je v současnosti pohlíženo jako na společensky nežádoucí jev, většina odborníků se od tohoto názoru odklání a nahlíží na truchlení jako na „*ozdravný proces, během něhož si truchlící budují svoji novou identitu nezávislou na zemřelém*“<sup>45</sup>. Truchlení lze definovat jako přirozenou reakci na úmrtí blízké osoby a náležité obřady a chování sociálního okolí mohou proces truchlení podpořit a umožnit tak pozůstalému vrátit se k normálnímu společenskému životu. Protože však truchlení ztratilo podobně jako smrt svou přirozenost, někteří pozůstalí potřebují pomoc odborníků – psychologů a psychoterapeutů (zejména v případech, kdy přetrvává závislost na zemřelém, pocity viny, deprese). Nekomplikované truchlení trvá cca jeden rok, jeho optimální délku a intenzitu nelze přesně stanovit, protože každý člověk se vyrovnává se ztrátou jinak. Pozůstalý prochází při truchlení několika fázemi:

- Otupělost – pozůstalý je apatický, okolní dění je mu lhostejné jedno, není schopen cokoli dělat, rozhodovat.
- Touha a hledání – pozůstalý touží po návratu blízké osoby, snaží se popřít ztrátu.
- Dezorganizace (rozvrat) – zesnulý chybí prakticky, jeho roli nemá kdo zastat (zajištění provozu domácnosti apod.).

---

<sup>44</sup> HUČÍN, J. Psychologické aspekty smrti a umírání. In *Články Jakuba Hučina* [online]. Strana naposledy aktualizována 30. května 2010 [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <<http://jakub.hucin.cz/smrt.html>>.

<sup>45</sup> POLÁCHOVÁ, E. Ztráta blízkého člověka a proces truchlení. In *Zdravotnické noviny* [online]. 7. února 2006 [cit. 2011-09-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/ztrata-blizkeho-cloveka-a-proces-truchleni-279634>>.



- Reorganizace/reintegrace – praktický život se již obejde bez mrtvého, který získává místo ve vzpomínkách a vyprávěních.<sup>46</sup>

V této souvislosti je třeba poznamenat, že ne každý pozůstalý musí projít všemi obdobími, jednotlivé fáze truchlení se běžně překrývají nebo střídají. Truchlení představuje určitý způsob zpracovávání ztráty. Hovoří se o čtyřech hlavních úlohách truchlení: přijmout ztrátu jako realitu; prožít bolest zármutku; zadaptovat se v situaci a prostředí, v němž zesnulý již není; odpoutat se od zemřelého a vložit energii do nových vztahů a činností. Truchlení může usnadnit možnost být s umírajícím, dobrá věta o okolnostech smrti („zemřel klidně, bez bolesti“), úmrtní oznámení, pohřeb, smuteční oděv, vzpomínková setkání, možnost vyjádřit své emoce aj.<sup>47</sup> Zkušenosti ukazují, že pro vyrovnání se s náhlým úmrtím bývá rovněž důležité, aby pozůstalí získali dostatek informací o okolnostech smrti.

### 1.2.5 Možnosti psychosociální rehabilitace

Je poměrně častým jevem, že člověk, který nemá zkušenosti s umíráním a v rámci přirozeného života rodiny nebyl konfrontován se smrtí, se jako pozůstalý cítí se svými pocity nejistý, nerozumí jim nebo je považuje za nepřijatelné a nežádoucí, a vlastní chování a prožívání jej znepokojuje. Napadá jej množství otázek, na které potřebuje nalézt odpověď a pokud mu tyto otázky nemůže zodpovědět jeho přirozené sociální prostředí, hledá pomoc ve zdravotnických zařízeních či psychosociální podpoře.<sup>48</sup> Pozůstalým mohou být poskytovány všechny typy poradenství – laické, odborné i jiné (např. právní pomoc), v rámci psychosociální rehabilitace však hraje zásadní roli tzv. poradenství pro pozůstalé založené na obecných principech

---

<sup>46</sup> POLÁCHOVÁ (2006)

<sup>47</sup> POLÁCHOVÁ (2006)

<sup>48</sup> ALEXANDROVÁ, R. KABELKA, L. HÁJKOVÁ, H. PROKOP, J. Péče o pozůstalé - možnosti a meze profesionální podpory. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, 2009, č. 1, str. 32 – 34. ISSN 1337-6896.

pomáhajícího poradenství. Poradenství pro pozůstalé je zpravidla součástí paliativní péče, která si klade za cíl zvýšit kvalitu života pacienta v terminálním stavu. Používá k tomu všechny dostupné prostředky včetně pomoci při upevnění nebo narovnání vztahů pacienta k příbuzným a blízkým osobám. Podle Gabury (1995) ve Špatenková (2008) lze poradenství pro pozůstalé definovat jako „*poradenství založené na vztahu pomoci, přičemž poradce má snahu podpořit růst, rozvoj, zralost a uplatnění klienta, aby se efektivněji orientoval ve světě a vyrovnával se se životem*“<sup>49</sup>. V případě pozůstalých se však nejedná jen o vyrovnávání se se životem, který byl smrtí blízkého člověka radikálně změněn, ale také o vyrovnávání se s jeho smrtí.

Pozůstalý by měl mít možnost získat následující informace:

- zármutek a psychická bolest, opuštěnost a zoufalství jsou přirozenou reakcí na ztrátu blízké osoby (tzv. proces truchlení),
- normální proces truchlení má individuální průběh,
- pokud mají pozůstalí potřebné zázemí, podporu a čas, dokáže většina z nich v průběhu několika měsíců až zhruba dvou let zmobilizovat své síly a s nastalou situací se vyrovnat (citlivá nabídka profesionální podpory může tento proces usnadnit a zpřehlednit),<sup>50</sup>
- u části pozůstalých může dojít k tzv. komplikovanému truchlení, které lze definovat jako „*patologickou reakci na ztrátu, která se projevuje intenzivní a neobvykle dlouhou dobou smutku, depresivními a úzkostnými stavy a zhoršením zdravotního stavu*“<sup>51</sup>. Riziko komplikovaného truchlení závisí na tom, do jaké míry je člověk náchylný k negativnímu prožívání.<sup>52</sup> Pokud komplikované truchlíci pozůstalí nemají bezpečné

---

<sup>49</sup> ŠPATENKOVÁ (2008), str. 15.

<sup>50</sup> ALEXANDROVÁ a kol. (2009)

<sup>51</sup> ARANDA, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. 324 s. ISBN 8024712954. str. 232.

<sup>52</sup> K identifikaci závažných sociálních dopadů působení stresu se používá škála sociální readaptace, původně sestavená Holmesem a Raheem. Metoda je užívána pod českým názvem Škála sociální readaptace a skládá se ze 43 položek různých životních situací, vybraných na základě rozsáhlých šetření zaměřených na korelace mezi prožitím určitých životních událostí a následujícím vznikem či rozvojem určitých onemocnění. Každá položka má přiřazenu kvantifikovatelnou „váhu“, vyjádřenou počtem bodů. Klient hodnotí poslední časové období, nejčastěji jeden rok. V případě vícenásobného výskytu událostí se

sociální zázemí, je obtížné tuto patologii diagnostikovat. Mnohdy je třeba následná péče nejen somatická ve formě farmakoterapie, ale i péče sociální a psychoterapeutická.<sup>53</sup>

Poradenství pozůstalým nemá v ČR silnou tradici a zatím není ani příliš rozšířeno. „*Žádná součást státní zdravotní, ani sociální péče v ČR nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým, ačkoli velmi často trpí zdravotními, sociálními i psychickými problémy. Jednou ze základních podmínek pro zvýšení kvality života pozůstalých je neustálé prohlubování a zvyšování kvalifikace personálu v pohřebních, sociálních a poradenských službách.*“<sup>54</sup> Příčiny této situace lze spatřovat v minimální poptávce po tomto druhu služeb (zábrany pozůstalých, strach ze stigmatizace, nejasně formulované nabídky poradenství) a s tím související minimální nabídce.<sup>55</sup> Vláda ČR se ve svém usnesení č. 8/2008, jehož přílohou je dokument Kvalita života ve stáří, zavázala v opatření 7. I. zpracovat koncepci péče o truchlící a pozůstalé a vytvářet podmínky pro zvýšení kvality jejich života. Tento úkol je primárně v kompetenci Ministerstva pro místní rozvoj (MMR), které je ústředním orgánem státní správy na úseku pohřebnictví jakožto metodický a řídicí orgán. Na MMR vznikla v roce 2008 pracovní skupina pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé v čele s Naděždou Špatenkovou. Tato skupina vytvořila během dvou let při několika pracovních setkáních návrh nové dílčí kvalifikace Poradce v poradenství pro pozůstalé s cílem dosáhnout jeho publikování v Národní soustavě kvalifikací.<sup>56</sup> Nedílnou součástí vytvořené kvalifikace je také otevření tématu péče o pozůstalé široké veřejnosti, protože pozůstalým je obecně

---

bodové hodnocení násobí počtem výskytů a celkové dosažené skóre se sečte. Za relativně bezrizikové skóre se považuje pásmo do 150 bodů, v pásmu 150 - 200 bodů již může dojít k psychosomatickému onemocnění u asi 40 % osob, v pásmu 200 - 299 u 50 % osob a konečně v pásmu nad 300 bodů až u 80 % osob. Čím vyšší je skóre, tím intenzivnější by měla být intervence zaměřená na změnu té stránky způsobu života, která je nejvíce dotčena. Česká verze škály je uvedena v příloze č. 5.

<sup>53</sup> ALEXANDROVÁ a kol. (2009)

<sup>54</sup> Funeralq.cz: *Vzdělávání a autorizace v oblasti poradenství pro pozůstalé* [online]. 17. června 2010 [cit. 2011-09-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.funeralq.cz/rubriky/vzdelavani-autorizace-v-oblasti-poradenstvi-pro-pozustale>>.

<sup>55</sup> ŠPATENKOVÁ (2008), str. 15.

<sup>56</sup> Funeralq.cz: *Vzdělávání a autorizace v oblasti poradenství pro pozůstalé* [online].

věnována jen malá, nebo vůbec žádná pozornost.<sup>57</sup> Rámec kvalifikačního a hodnotícího standardu Poradce pro pozůstalé stanovuje zákon č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání. Kompetence poradce pro pozůstalé jsou uvedeny ve výtahu návrhu kvalifikačního a hodnotícího standardu Ministerstva pro místní rozvoj (MMR) v příloze č. 6.

---

<sup>57</sup> Ministerstvo pro místní rozvoj (MMR): *MMR zavádí novou kvalifikaci: Poradce v poradenství pro pozůstalé* [online]. 4. března 2010 [cit. 2011-09-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.mmr.cz/Pohrebnictvi/Informace-Udalosti/MMR-zavadi-novou-kvalifikaci--Poradce-v-poradenstv>>.

## **2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Hlavním cílem provedeného výzkumu bylo zjistit, jak je současná společnost informována o riziku NSS, jeho příčinách a možné prevenci. Dále byla zjišťována informovanost o možnostech psychosociální rehabilitace pro rodiny, ve kterých jejich člen měl diagnostikovanou náhlou srdeční smrt a celkový psychosociální dopad NSS na rodinné příslušníky.

### **2.2 Stanovené výzkumné otázky**

VO1: Znalí respondenti nejčastější příčiny NSS?

VO2: Má náhlá srdeční smrt člena rodiny velký vliv na psychickou a socioekonomickou stránku celé rodiny?

VO3: Jsou rodiny dostatečně informovány o možnostech psychosociální rehabilitace, související s diagnostikou náhlé srdeční smrti u člena rodiny?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Skupina respondentů byla rozdělena podle věku do čtyř kategorií dle Piagetova a Freudova teorie vývoje osobnosti dospělých: 20 – 30 let (mladší dospělost), 31 – 45 let (střední dospělost), 46 – 60 let (pozdní dospělost), 60 a více let (stáří). Převážná část respondentů byla v kategoriích 31 – 45 let (29%), 46 – 60 let (37,1%). Středoškolského (SŠ) vzdělání s maturitou dosáhlo 43,6% respondentů, následovali SŠ bez maturity (24,2%), vysokoškoláci (19,4%) a respondenti se základním vzděláním (12,8%). Převažovali ženy (61,3%) nad muži (38,7%).

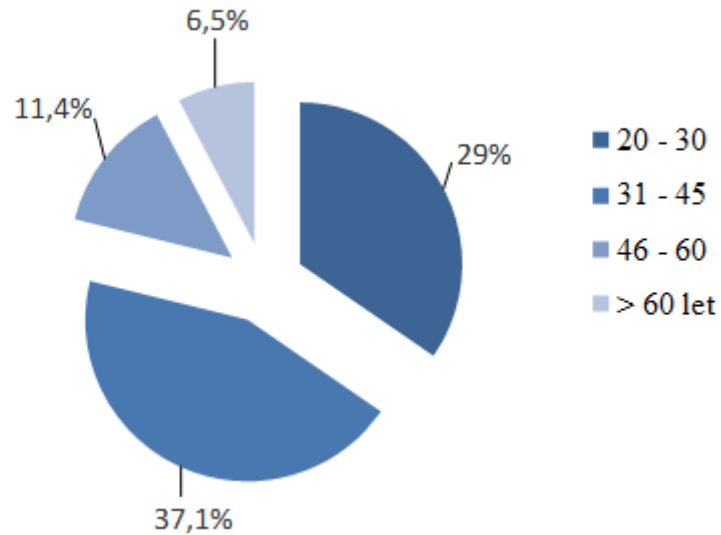
### **3.2 Použitá metodika**

Výzkum byl realizován prostřednictvím empirické kvantitativní metody – dotazníku (příloha č. 7) doplněného polostrukturovaným rozhovorem. V dotazníku byly použity otázky uzavřené, nabízející volbu mezi možnostmi ano – ne, a otevřené, v nichž bylo usilováno o zjištění vlastního názoru respondenta na předmětnou problematiku. Výběr respondentů byl náhodný. Byli osloveni přátelé, kolegové z pracoviště a náhodní lidé ze sociálních sítí. Získané údaje byly zpracovány v programu MS Office Excel, vyhodnoceny a následně z nich byly vyvozeny příslušné závěry a doporučení.

Respondentům bylo položeno celkem 17 otázek, vztahujících se k problematice NSS a dopadu náhlého úmrtí v rodině na vztahy a vazby v rodině a možností psychosociální rehabilitace zaměřené na pomoc pozůstalým v ČR.

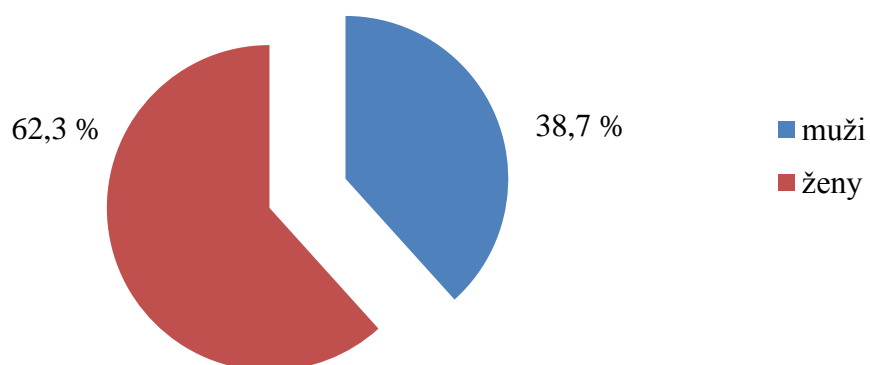
## 4 VÝSLEDKY

Graf 1. Rozdělení respondentů podle věku



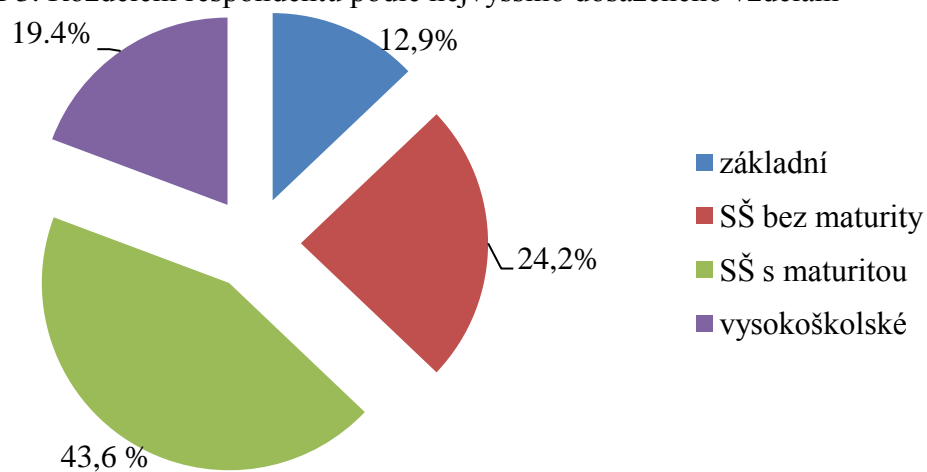
Skupina respondentů byla rozdělena podle věku do čtyř kategorií dle Piagetova a Freudova teorie osobnosti dospělých. Převážná část respondentů byla v kategorii 46 – 60 let (37%) a 31 – 45 let (29%).

Graf 2. Rozdělení respondentů podle pohlaví



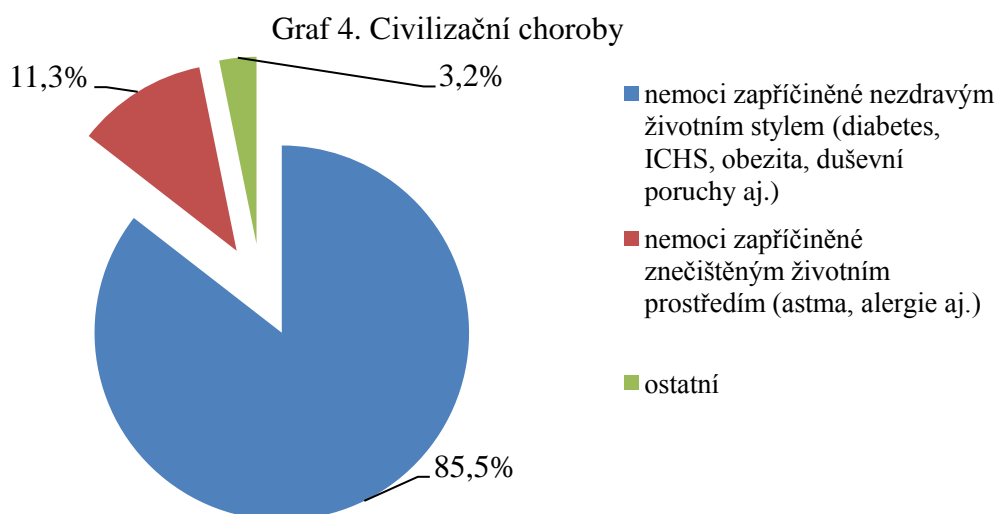
Ve skupině vybraných respondentů bylo 62,3% žen a 38,7% mužů.

Graf 3. Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání



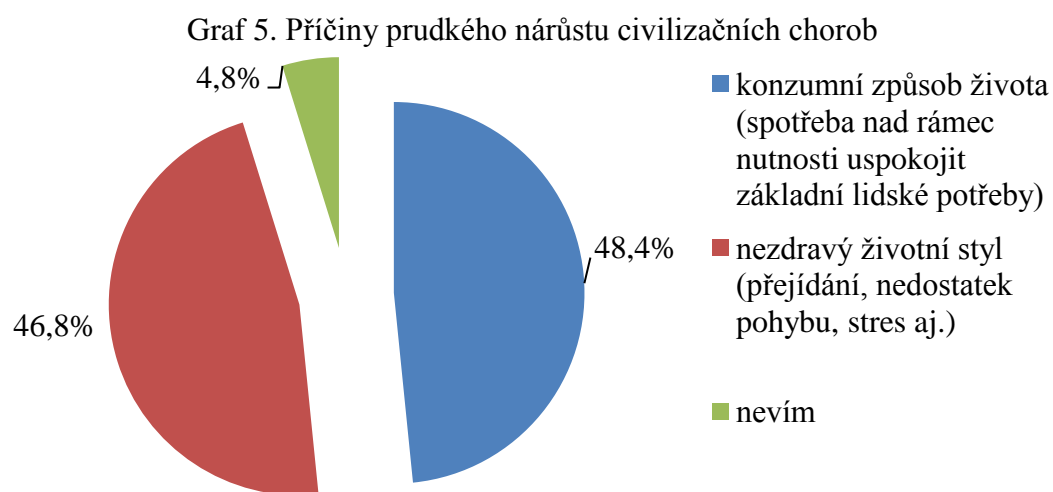
V otázkách č. 1 a 2 „Co si představujete pod pojmem civilizační choroby?“ a „V čem spočívá dle Vašeho názoru příčina jejich prudkého nárůstu?“ bylo zde zjišťováno, do jaké míry je moderní člověk informován o vlivu nezdravého životního stylu na své vlastní zdraví. Odpovědi na tyto otázky a jejich procentuální zastoupení jsou uvedeny v grafech č. 4 a 5.



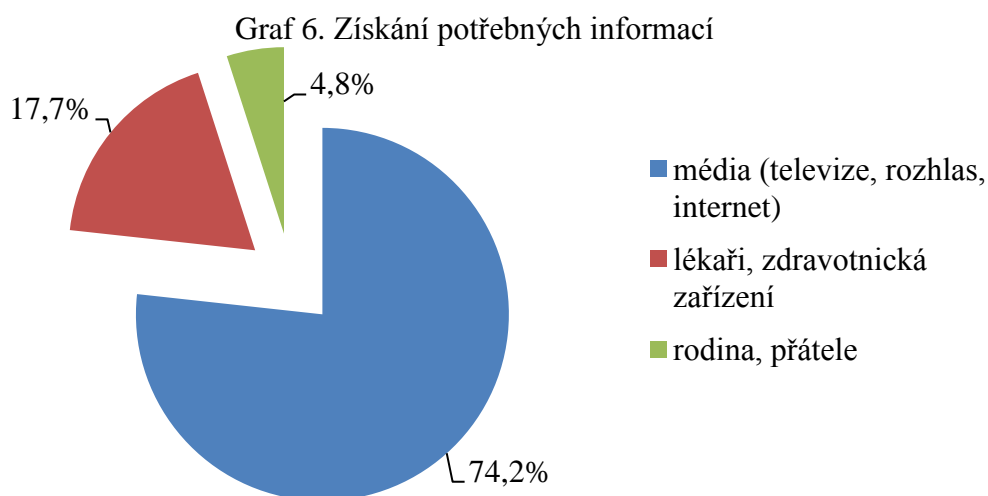


Na otázku: Co si představujete pod pojmem civilizační choroby?

Největší část respondentů ( 85,5% ) dávají za příčinu nezdravý životní styl (diabetes, ICHS, obezita, duševní poruchy aj.). Nemoci zapříčiněné znečištěným životním prostředím (astma, alergie aj.) 11,3 % respondentů.

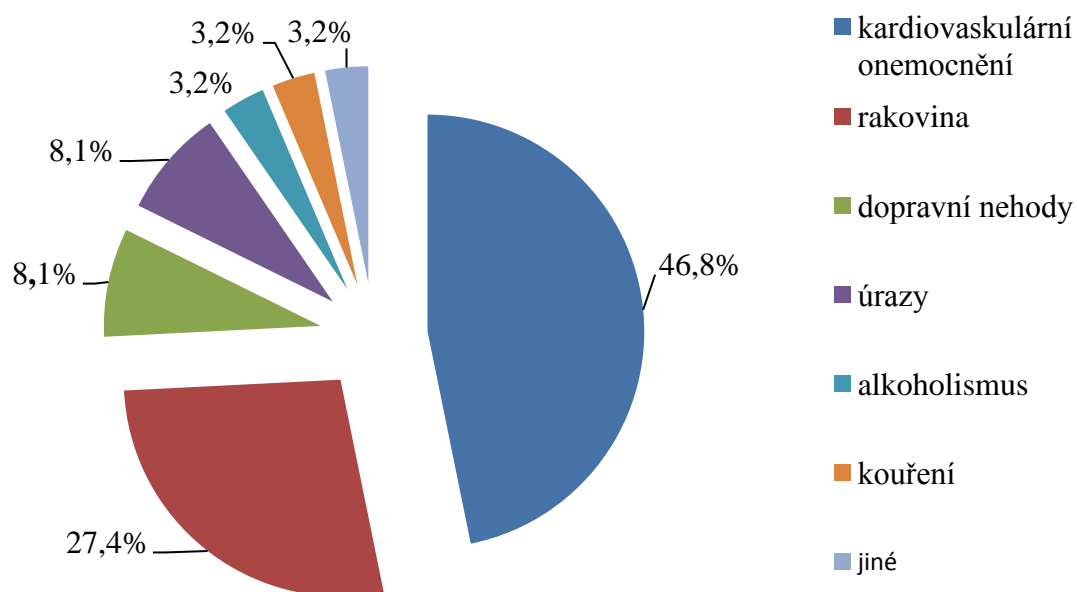


Na otázku č. 3 „Domníváte se, že je společnost o nebezpečí tohoto vývoje dostatečně informována?“ odpovědělo 54,2% respondentů ano, 37,6% se naopak domnívá, že informovanost v této oblasti je stále potřeba zvyšovat a 8,2% míru informovanosti společnosti nedokáže posoudit. Odpovědi na podotázku „Kde se dají potřebné informace získat?“ jsou uvedeny v grafu č. 6.



Otázka č. 4. Zněla: „Které nemoci patří dle jejich názoru mezi nejčastější příčinu úmrtí ve světě. Odpovědi na tuto otázku jsou zachyceny v grafu č. 7.

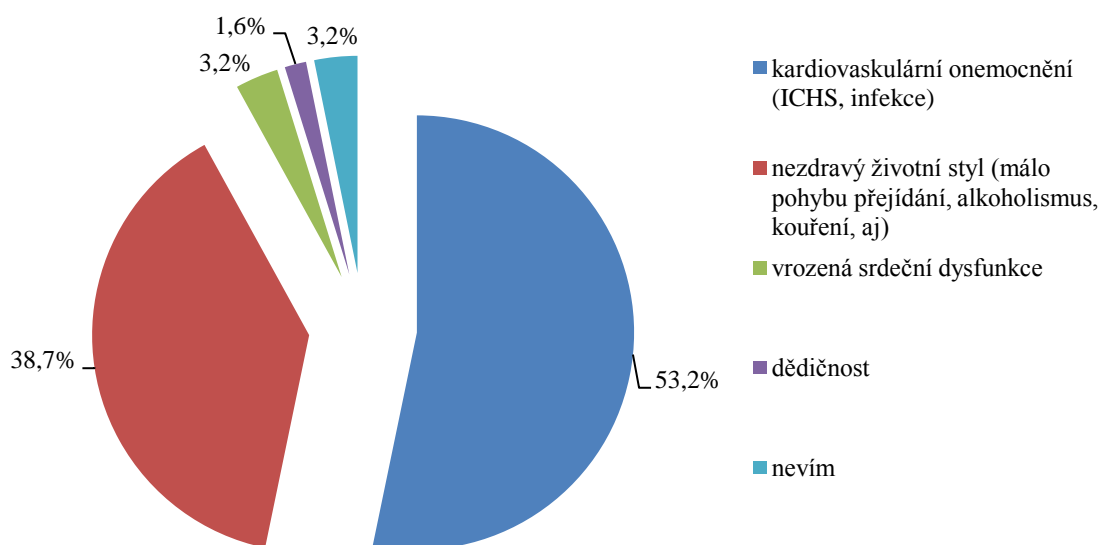
Graf 7. Nemoci, které patří mezi nejčastější příčinu úmrtí ve vyspělém světě.



Otázky č. 5 a 6 se zaměřovaly přímo na problematiku NSS. Respondenti se vlastními slovy pokusili popsat, co si představují pod pojmem NSS a jaké jsou podle jejich názoru hlavní příčiny tohoto onemocnění. Na otázku č. 5 „Jak byste vysvětlil/-a pojem náhlá srdeční smrt?“ většina respondentů (83,1%) odpověděla, že se jedná o

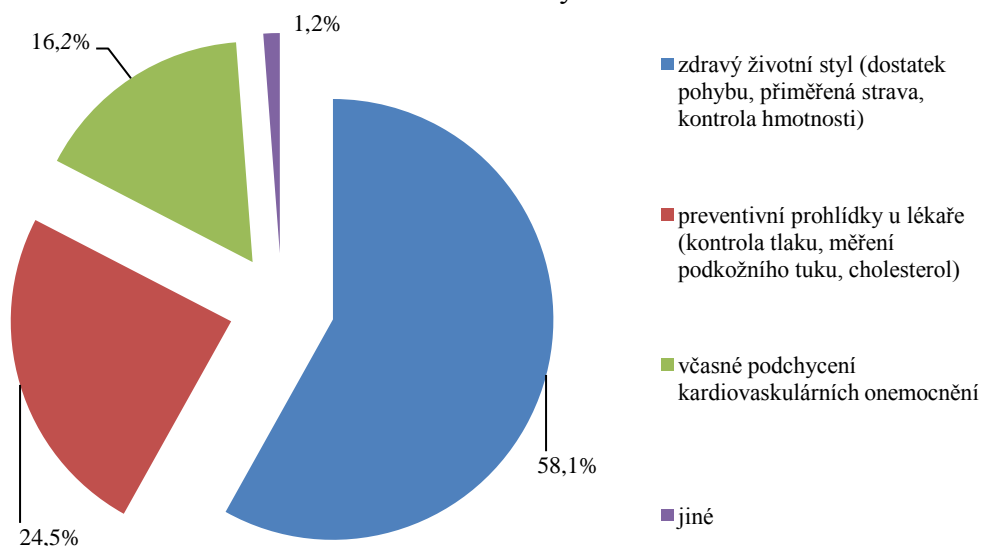
náhlé úmrtí ze srdečních příčin, 15,9% nedokáže tento pojem vlastními slovy vysvětlit. Hlavní příčiny NSS jsou uvedeny v grafu č. 8.

Graf 8. Hlavní příčiny onemocnění



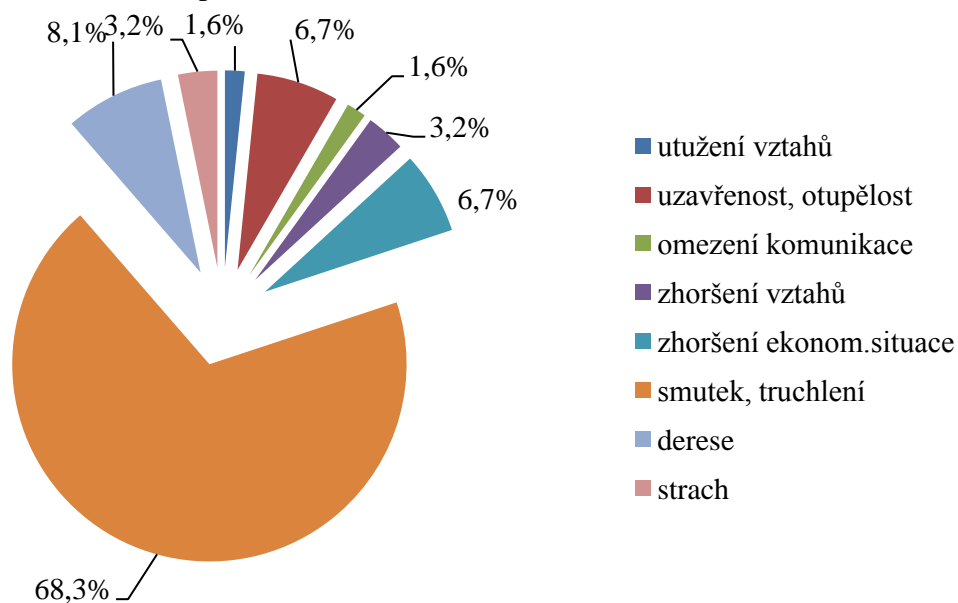
Na otázku č. 7 „Myslíte si, že patříte do rizikové skupiny, která je tímto onemocněním ohrožena?“ odpovědělo 51,4% respondentů, že ne, 48,6% se naopak domnívá, že ano. Pro toto tvrzení uvedli jako argumenty kardiovaskulární onemocnění (52,2%), nadváhu (18,6%), cukrovku (14,5%), stres v práci, problémy s krevním tlakem, prodělaný infarkt. Na otázku č. 8 „Hraje podle vás při předcházení tohoto onemocnění významnou roli prevence?“ odpovědělo 71,1% respondentů že ano, 19,9% jí žádný význam nepřikládá. 10% zvolilo odpověď „nevím“. Respondenti, kteří odpověděli ano, si pod tímto pojmem v souvislosti s NSS představují zdravý životní styl, kontroly u lékaře aj. (viz graf č. 9).

Graf 9. Prevence v souvislosti s náhlým srdečním onemocněním.



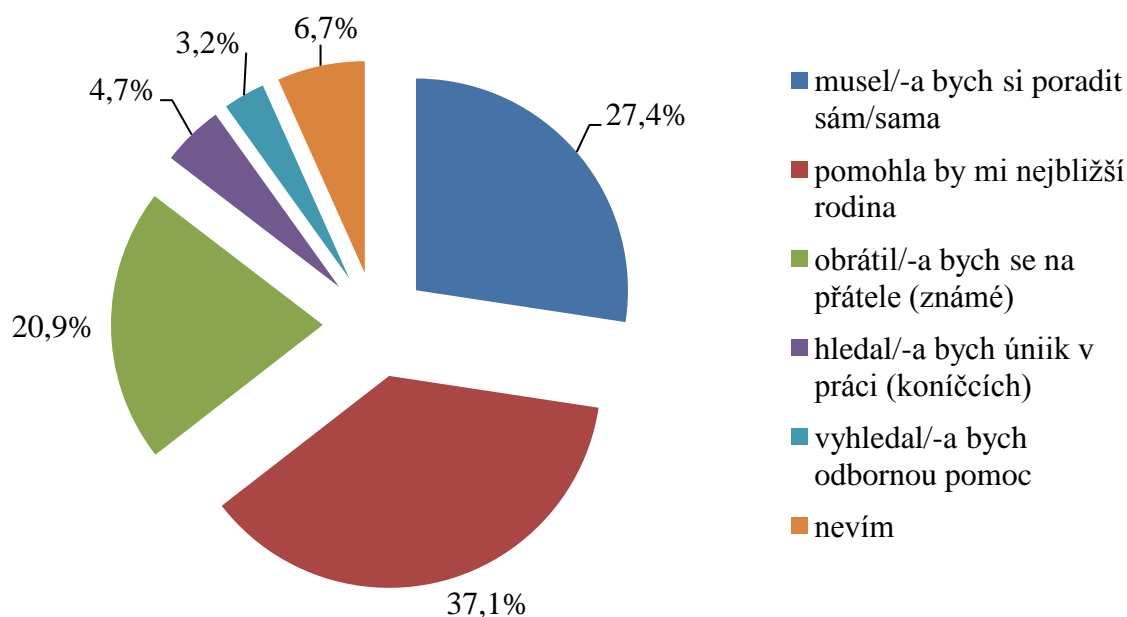
V otázce č. 9 jsem se dotazovala na to, zda některý z oslovených respondentů má nějaké osobní zkušenosti s NSS. 60 respondentů (96,8%) uvedlo, že osobní zkušenosti s NSS nemá, kladnou odpověď jsem obdržela pouze od dvou respondentů. Jeden z nich uvedl, že se jednalo o úmrtí vzdáleného příbuzného, které nemělo na jeho nukleární rodinu žádný výraznější dopad (pouze se zúčastnili pohřbu). Druhý uvedl, že se jednalo o úmrtí v nejbližší rodině, ale dále si nepřál celou událost komentovat. Kladnou odpověď na otázku č. 10 „Domníváte se, že by náhlé srdeční úmrtí některého z vašich blízkých rodinných příslušníků mělo vliv na celkovou atmosféru v rodině?“ uvedlo 95,2% respondentů. Jejich názory na to, jakým způsobem by se projevil, jsou uvedeny v grafu č. 10.

Graf 10. Dopad NSS na celkovou atmosféru v rodině.



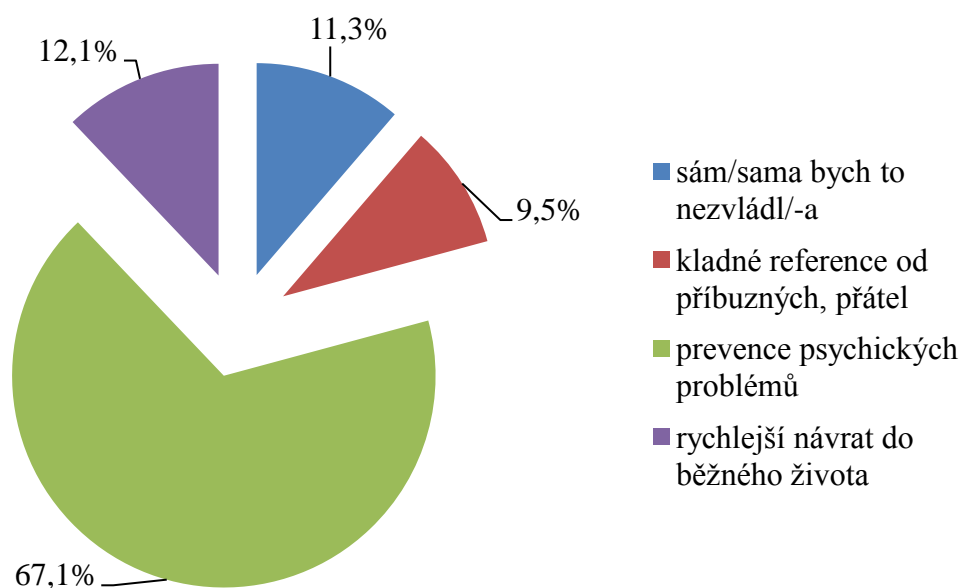
Na otázku č. 11. „V případě, že by ve vaší rodině došlo k náhlému srdečnímu úmrtí, jak byste se se situací vyrovnali a co by vám nejvíce pomohlo?“ respondenti nejčastěji uváděli, že by se obrátili s žádostí o pomoc na přátele a rodinu (graf č. 11)

Graf 11. Pomoc v situaci kdy dojde u člena rodiny k NNS.



Na otázku č. 12. většina respondentů (74,2 %) odpověděla, že mezi úmrtím na NSS a úmrtím po dlouhodobé nemoci nespátřuje žádný rozdíl. 25,8% si myslí, že mezi úmrtím na NSS a úmrtím po dlouhodobé nemoci rozdíl je, za nejproblematictější považuje většina z nich (94%) nemožnost připravit se na ztrátu blízké osoby. Mezi odpověďmi na otázku 13. „Jsou vám známy nějaké způsoby podpory rodiny v případě úmrtí jejího příslušníka ze strany státu?“ nejčastěji zaznělo finanční podpora v podobě vdovského a vdoveckého důchodu, sirotčího důchodu a pohřebního (83,9%), sociální podpora v podobě odborné pomoci psychologů, hospiců či neziskových organizací (9,7%). 6,5% respondentů uvedlo, že jim žádné způsoby podpory pozůstalých ze strany státu nejsou známy. O vyhledání odborné pomoci v souvislosti s náhlým úmrtím v rodině (viz otázka č. 14) by uvažovalo pouze 17,7% respondentů. Důvody, které je k tomu vedou, jsou uvedeny v grafu č. 12.

Graf 12. Důvody, které vedou k vyhledání odborné pomoci.



Na otázku č. 15 „Co si představujete pod pojmem psychosociální rehabilitace?“ většina respondentů (79,1 %) odpověděla, že se jedná o druh odborné pomoci poskytované lidem s psychickými problémy nebo nějakým druhem psychického onemocnění. 20,9 % nedokázalo tento pojem vysvětlit. Jako cílové skupiny psychosociální rehabilitace byly nejčastěji zmiňovány: psychicky nemocní lidé (schizofrenie), mentálně postižení, alkoholici a drogově závislí a lidé bez domova. Odpověď na otázku č. 16 zněla, že převážná část respondentů (91,2 %) není s možnostmi psychosociální rehabilitace, souvisejícími s diagnostikou NSS u člena rodiny, obeznámena. 8,8 % respondentů uvádí, že v případě psychických problémů spojených s úmrtím člena rodiny se lze obrátit na odborníky (psycholog). Na otázku č. 17 „Změnili byste svůj životní styl v případě diagnostiky NSS u některého z Vašich rodinných příslušníků?“ uvedlo 59,6 % respondentů, že nikoliv. 22,6 % uvádí, že ano (úprava životního stylu, důslednější prevence) 17,7 % neví.

## 5 DISKUZE

Z výsledku výzkumu vyplynulo, že veřejnost je s diagnózou NSS v hrubých rysech obeznámena. To znamená, že téměř všichni dotazovaní vědí, co si mají představit pod názvem NSS. I přesto je v této oblasti velmi důležitá neustálá edukace veřejnosti v oblasti poskytování první pomoci, která v případě NSS výrazně zvyšuje šanci na přežití. Téměř všichni dotazovaní někdy absolvovali kurz či seminář první pomoci, kde byli obeznámeni s touto problematikou. Velmi důležitá je také edukace v oblasti prevence a zdravého životního stylu. V dnešní době je velkým trendem zdravý životní styl. Ať už se bavíme o zdravém pohybu či zdravé výživě. I tento trend má velký vliv na životní styl každého jedince.

Souhlasím rovněž s MUDr. Semrádem, který v souvislosti s NSS upozorňuje na riziko tzv. familiárního syndromu a navrhuje k tomuto účelu vytvořit při České kardiologické společnosti pracovní skupinu pověřenou vypracováním klinických indikací k testování nemocných na familiární syndrom náhlé srdeční smrti.

Velké rezervy jsou však spatřovány v pomoci pro pozůstalé, která v současné české společnosti rozhodně není prioritou. Lidé, kteří se náhle ocitají v takové situaci, by jistě uvítali nejen pomoc ve smyslu vyrovnání se se ztrátou blízké osoby, ale také poradenství v oblasti sociálního rázu. Pozůstalí často nevědí, zda mají nárok např. na pohřebné, či na další sociální pomoc. Co se psychické podpory týče je prokázáno, že v případě nedostatečné podpory ze strany přátel a příbuzných může pomoc odborníka umožnit pozůstalým snáze překonat fázi truchlení a rychleji se začlenit do běžného života. Avšak do dnes panuje mnoho předsudků ze strany společnosti a lidé považují návštěvu u odborníka za vlastní selhání. Většina jedinců má zakódováno z dob minulých, že psychická odborná pomoc je určena pouze klientům duševně nemocným, drogově závislým apod. Na druhou stranu je v této záležitosti postupem času stále posun k lepšímu.

Vzhledem k aktivitě, které v oblasti poradenství pro pozůstalé vyvíjí ministerstvo pro místní rozvoj, to však vypadá, že situace v této oblasti by se v blízké



budoucnosti mohla změnit k lepšímu a nabídka služeb „poradce pro pozůstalé“ by se mohla rozšířit do povědomí širší veřejnosti. Poradna pro pozůstalé by měla zajistit klientům kompletní psychosociální poradenství.

V praktické části této práce bylo zjišťováno, do jaké míry je česká veřejnost informována o problematice NSS a jejich příčinách, jaké dopady jsou spojeny s náhlým úmrtím v rodině a jaké možnosti psychosociální rehabilitace zaměřené na pomoc pozůstalým se v ČR nabízí.

První okruh otázek se zaměřoval na nejčastější příčiny NSS a civilizační choroby, které jsou s NSS úzce spjaty a výrazně zvyšují její riziko. Z odpovědí na otázku vyplynulo, že moderní člověk je sice poměrně dobře informován o civilizačních chorobách, především o kardiovaskulárních onemocněních, jako jedné z hlavních příčin NSS, ale navzdory této informovanosti se však zdravotní situace české populace výrazněji nemění a dochází k neustálému rozvoji civilizačních onemocnění. Odborníci tuto skutečnost přikládají konzumnímu způsobu života<sup>58</sup>. Respondenti mají často pocit, že se jich tento problém netýká a tudíž to nemusí nijak řešit. Někteří dotazovaní se zmínili, že ve chvíli když přijde nějaký zdravotní problém, mají chuť svůj životní styl změnit a zapracovat na svém zdraví - od stravovacích návyků, až po pravidelný cvičební režim. Ale ve chvíli, kdy se vše vrátí do normálu a člověk se cítí být opět zdravý, vrací se do starých zajatých kolejí.

Další okruh otázek se zaměřoval přímo na NSS. Respondenti definovali NSS jako náhlé úmrtí ze srdečních příčin, jako hlavní příčiny uvedli kardiovaskulární onemocnění, nezdravý životní styl, vrozené srdeční dysfunkce a dědičnost. Velká část respondentů v průzkumu přikládala při předcházení NSS velký význam prevenci, na rozdíl od odborníků, kteří pracují již s rizikovými pacienty a v prevenci a léčbě NSS se zaměřují spíše na zvládnutí a kontrolu život ohrožujících arytmií. Přikládají význam spíše úpravě životního stylu a pravidelným preventivním prohlídkám u lékaře. Zhruba polovina respondentů se označila za rizikovou skupinu vzhledem ke svým zdravotním problémům (kardiovaskulární onemocnění, nadváha, cukrovka, stres v práci, problémy

---

<sup>58</sup> Např. Gilles Lipovetsky se ve svém díle *Paradoxy štěstí* zabývá tím, co sám označuje jako společnost hyperkonzumu, kdy konzument už nenakupuje proto, aby vynikl nad druhé, ale stále více jen kvůli potěšení ze života.

s krevním tlakem, prodělaný infarkt). O konkrétních zkušenostech s NSS jsem bohužel nezískala žádné informace, protože respondenti buď uvedli, že s touto diagnózou žádné osobní zkušenosti nemají nebo se z osobních důvodů odmítli vyjádřit.

Dopady na rodinu a rodinné vztahy v případě náhlého úmrtí blízkého rodinného příslušníka předpokládá více než 95 % respondentů. Většina z nich se domnívá, že dopady by byly nejhorší v oblasti psychické (truchlení, poruchy komunikace, zhoršení rodinných vztahů aj.), případným změnám v socioekonomické oblasti přikládá význam pouze 8% respondentů. Na otázku „Má náhlá srdeční smrt člena rodiny velký vliv na psychickou a socioekonomickou stránku celé rodiny?“ bylo odpovězeno, že ano ale pouze částečně. Samozřejmě, že většina dotazovaných řadila na žebříček hodnot v první řadě psychickou újmu při ztrátě svého blízkého a hodnota ztráty socioekonomické, jim připadala v danou chvíli méně podstatná. Ale v časovém posunu je téměř jasné, že ztráta blízké osoby se projeví také v socioekonomické sféře. Zde je ovšem nutné poznamenat, že situace by byla jiná při úmrtí dítěte, které nepatří k ekonomicky aktivní části rodiny. V případě smrti manžela (manželky) totiž dochází ke ztrátě jednoho z příjmů, z nichž do té doby rodina vycházela. Na tyto situace pamatuje stát stanovením vdovského (vdoveckého) důchodu, který je koncipován jako určitá náhrada příjmu zemřelého manžela či manželky. Dále pak sirotčí důchod, který náleží pozůstalému nezaopatřenému dítěti. V této oblasti, je třeba dodat, že 1/3 respondentů se přiznala, že by ani nevěděla na jaký úřad se obrátit, aby si tento vdovecký či sirotčí důchod obstarala. Toto může být také považováno za nedostatečné informování veřejnosti v oblasti sociálního poradenství.

Rodina obvykle nese ztrátu svého příslušníka velmi těžce a nezřídka kdy může v jeho důsledku dojít k rozpadu celé její struktury. Náhlé úmrtí člena rodiny nevyvolává u příbuzných pouze silné emocionální reakce (strach, lítost, bolest, pocity viny aj.), nabourává také jejich pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity, vztahy s jinými lidmi a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa.

V současné společnosti je proces truchlení fenomén a smrt i často tabuizován. Truchlení však velmi usnadňuje vyrovnávání se ztrátou a urychluje opětovné začlenění pozůstalých, známých či přátel do běžného života. Přestože na truchlení je v současnosti

pohlíženo jako na společensky nežádoucí jev, většina odborníků se od tohoto názoru odklání a nahlíží na truchlení jako na „*ozdravný proces, během něhož si truchlící budují svoji novou identitu nezávislou na zemřelém*“ Truchlení je definováno jako přirozená reakce na úmrtí blízké osoby a náležité obřady a chování sociálního okolí mohou proces truchlení podpořit a umožnit tak pozůstalému vrátit se k normálnímu společenskému životu. V dnešní době již ztratilo truchlení podobně jako smrt svou přirozenost. Nekomplikované truchlení trvá okolo jednoho roku, optimální délku a intenzitu však nelze přesně stanovit, každý člověk se se ztrátou vyrovnává po svém. Truchlení má několik fází, které jsou již popsány v teoretické části práce, v této souvislosti je třeba poznamenat, že ne každý pozůstalý musí projít všemi fázemi truchlení, některé fáze se také prolínají či střídají. Truchlení je určitý způsob jak se naše tělo vyrovnává se ztrátou své blízké osoby. Hlavní úlohy truchlení jsou jednoznačné: přijmout ztrátu své blízké osoby jako realitu, zadaptovat se v situaci a prostředí, prožít bolest zármutku, odpoutat se od zemřelého. Odpoutání se od člověka, který žil v naší blízkosti a náhle zemřel, je považováno za jednu z nejtěžších úloh. Zkušenosti ukazují, že pro vyrovnání se s náhlým úmrtím je velmi důležité, aby pozůstalí získali dostatek informací o okolnostech smrti. Proces truchlení velmi usnadní vzpomínková setkání s přáteli, kde má pozůstalý možnost vyjádřit své emoce.

Další okruh otázek se zaměřoval na možnosti psychosociální rehabilitace a pomoci pro pozůstalé v ČR. Druhá otázka „*Jsou rodiny dostatečně informovány o možnostech psychosociální rehabilitace, související s diagnostikou náhlé srdeční smrti u člena rodiny?*“ Z odpovědí na otázky vztahující se k předmětné problematice vyplynulo, že veřejnost není o možnostech psychosociální rehabilitace informována a s žádostí o pomoc se nejčastěji obrací na rodinu a přátele (58%) nebo se s problémy snaží vypořádat sama. Na otázku č. 13 potvrdily rovněž odpovědi, kde byla jako způsob podpory pozůstalých ze strany státu jmenována více než 80% respondentů výhradně podpora finanční a otázka č. 14, ze které vyplynulo, že v případě úmrtí blízkého rodinného příslušníka by o vyhledání odborné pomoci uvažovalo jen 17% respondentů. Běžní lidé považují za cílové skupiny psychosociální rehabilitace nejčastěji lidi

psychicky nemocné, mentálně postižené a alkoholiky a drogově závislé a o jejím využití jako prostředku pomoci pozůstalým nejsou obeznámeni (91,2 %).

Na základě rozhovorů by si většina respondentů představovala, zlepšení informovanosti veřejnosti ohledně psychosociální rehabilitace a pomoci pozůstalým. V oblasti informovanosti jsou zde velké rezervy.

## 6 ZÁVĚR

V bakalářské práci „Náhlá srdeční smrt – sociální dopad pro rodinu“ pojednává o diagnóze náhlé srdeční smrti v rodině a jejím psychosociálním dopadu na ostatní rodinné příslušníky. Úmrtí, které nastává do hodiny od rozvoje prvních příznaků, je v odborných lékařských kruzích často diskutovaným problémem, protože podle posledních výzkumů tvoří až 50% úmrtí z kardiovaskulárních příčin. V 80 % byla jako nozologická jednotka spojená s rizikem náhlé srdeční smrti identifikována ischemická choroba srdeční, v 10 – 15 % případech dilatační a hypertrofická kardiomyopatie a v 5 % zánětlivá srdeční onemocnění a nemoci chlopninového aparátu. Za hlavní rizikový faktor je považováno srdeční onemocnění, na které se lékaři v léčbě a prevenci v současnosti zaměřují především, 25% z pacientů umírajících na náhlé srdeční onemocnění však žádné známky srdečního onemocnění nemá a v potaz je nutno brát také tzv. familiární syndrom. V terapeutické činnosti hrají hlavní roli antiarytmická léčba, implantace kardiovertru-defibrilátoru a chirurgické nebo katetrizační ablace.

Rodina obvykle nese ztrátu svého příslušníka velmi těžce a nezdá se, kdy může v jeho důsledku dojít k rozpadu celé její struktury. Při objasnění jejího fungování a silná (ev. slabá) místa, je v teoretické části popsáno rovněž rodina a její struktura. Je zde podrobně charakterizována funkce rodiny (důraz je položen zejména na funkci reprodukční a regenerační a podpůrnou, funkce ekonomická a socializační mohou být v případě potřeby částečně nebo zcela nahrazeny státem), vztahy a vzájemné vazby v rodině. Poté je zde rozvinuta problematika úmrtí v rodině, která je na základě škály sociální readaptace vyhodnocena jako velmi stresující a zátěžovou situací, problémy s ním spojené a celkový psychosociální dopad na rodinu. Je zde upozorněno na skutečnost, že ztráta rodinného příslušníka nevyvolává u příbuzných pouze silné emocionální reakce (strach, lítost, bolest, pocity viny aj.), nabourává také jejich pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity, vztahy s jinými lidmi a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Důraz je položen na význam podpory pozůstalých ze strany ostatním rodinných příslušníků, známých či přátel, je zde také upozorněno na nezbytnost procesu

truchlení, který ač je v současné společnosti tabuizován, usnadňuje vyrovnávání se ztrátou a urychluje opětovné začlenění pozůstalých do běžného života. Současně je upozorněno na riziko tzv. komplikovaného truchlení, které ve svých důsledcích může vést až k depresím a jiným psychickým poruchám. Jako jednu z možností podpory byla uvedena psychosociální rehabilitaci, jejíž oblast zaměřující se na pomoc pozůstalým však nemá v ČR tradici a v současnosti ji lze charakterizovat slovy „minimální nabídka, minimální poptávka“.

V praktické části práce bylo realizováno výzkumné šetření mezi obyvateli ČR s cílem zjistit, jaké jsou jejich vědomosti o diagnóze náhlá srdeční smrt, zda jsou dostatečně informováni o možnostech psychosociální rehabilitace pro pozůstalé a jaký vliv má náhlé úmrtí v rodině na psychickou i socioekonomickou stránku celé rodiny. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že veřejnost je s diagnózou NSS i jejími příčinami obeznámena. Úmrtí v rodině je událostí obávanou spojenou se strachem, pocitem ztráty, bolesti a negativním dopadem na rodinné vztahy, socioekonomická stránka nehraje v prvotních úvahách zásadní roli. Velké rezervy jsou u nás v pomoci pro pozůstalé. Cílem bakalářské práce bylo zjistit celkový psychosociální dopad diagnózy náhlá srdeční smrt na vztahy a vazby v rodině a ověřit, jaké možnosti psychosociální rehabilitace se nabízejí pozůstalým. Cíle považuji za splněné.

## 7 SEZNAM ZDROJŮ

### Knižní zdroje:

ARANDA, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. 324 s. ISBN 8024712954.

GILLERNOVA, I. KEBZA, V. RYMES, M. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2986-1.

JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 208 s. ISBN 8024723972.

KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 202 s. ISBN 8024721694.

LOVASOVÁ, L. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. 32 s. ISBN 80-86991-66-0.

RICHARDS, A. EDWARDS, S. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. Philadelphia (USA): Elsevier Health Sciences, 2003. 382 s. ISBN 0443053952.

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 143 s. ISBN 8024717409.

ŠPINAR, J. *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 248 s. ISBN 8024708663.

ŠPINAR, J. VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada Publishing, 2007. 256 s. ISBN 8024718227.

ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 722 s. ISBN 8024713853. str. 601.

ÚZIS ČR. *Zemřelí 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 106 s. ISBN 978-80-7280-925-7

Odborné články:

ALEXANDROVÁ, R. KABELKA, L. HÁJKOVÁ, H. PROKOP, J. Péče o pozůstalé - možnosti a meze profesionální podpory. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, 2009, č. 1, str. 32 – 34. ISSN 1337-6896.

BOUŠKA, I. TOUPALÍK, P. Diagnostika kardiální smrti v soudně-lékařské praxi. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 6, str. 611 – 616. ISSN 1212-4184.

BYTEŠNÍK, J. Prevence náhlé srdeční smrti u akutního infarktu myokardu. *Kardiologická revue*, 2010, č. 12, str. 13–16. ISSN 1212-4540.

DOHNALOVÁ, Z. Životní situace rodičů po anticipované ztrátě dítěte. *Paideia*. 2010, vol. VII/2010, no. 2, str. 1 - 19. ISSN 1214-8725.

HEINC, P. Současný pohled na antiarytmika. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2009, roč. 23, č. 2, str. 64 – 70. ISSN 1212-7973.

KOLEKTIV AUTORŮ. Náhlá smrt a její možná prevence. *Interní medicína pro praxi*, 2001, č. 2, str. 89 – 91. ISSN 1212-7299.

KOZÁK, M. Náhlá srdeční smrt. *Interní medicína pro praxi*, 2009, roč. 11, č. 5, str. 211 – 214. ISSN 1212-7299

KŘIVAN, L. Primární prevence náhlé srdeční smrti - ICD pro všechny s dysfunkcí srdeční komory? *Cor et Vasa*, 2010, roč. 52, č. 1–2, str. 30 – 34. ISSN 0010-8650.

SOVOVÁ, E. IVANOVÁ, K. ONDRUŠKOVÁ, J. PASTUCHA, D. Psychosociální faktory jako možné rizikové faktory NSS. *Cor et Vasa*, 2011, roč. 53, č. 6 – 7, str. 381–384. ISSN 0010-8650.

Internet:

BYTEŠNÍK, J. *Kombinační či hybridní léčba arytmií*. In Remedia.cz [online]. c2009 [cit. 2011-08-11]. Dostupné z WWW:

<<http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Kombinacni-ci-hybridni-lecba-arytmii/6-L-eX.magarticle.aspx>>.



Docstoc: Scoring for the holmes-rahe social readjustment scale [online]. c2011 [cit. 2011-09-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.docstoc.com/docs/52816814/SCORING-FOR-THE-HOLMES-RAHE-SOCIAL-READJUSTMENT-SCALE>>.

Funeralq.cz: *Vzdělávání a autorizace v oblasti poradenství pro pozůstalé* [online]. 17. června 2010 [cit. 2011-09-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.funeralq.cz/rubriky/vzdelavani-autorizace-v-oblasti-poradenstvi-pro-pozustale>>.

HUČÍN, J. Psychologické aspekty smrti a umírání. In *Články Jakuba Hučina* [online]. Strana naposledy aktualizována 30. května 2010 [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <<http://jakub.hucin.cz/smrt.html>>.

IKEM: *Implantace kardioverter-defibrilátor u (ICD)* [online]. c2006-2011 [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1004024>>.

KŘIVAN, L. Implantabilní kardiovertery – defibrilátory v primární prevenci náhlé srdeční smrti. Brno, 2010. Habilitační práce. Masarykova univerzity, Fakulta lékařská, Interní kardiologická klinika. 179 s. str. 5. Dostupné z WWW: <[https://is.muni.cz/do/rect/habilitace/1411/Krivan/habilitace/Habilitace\\_finale.pdf](https://is.muni.cz/do/rect/habilitace/1411/Krivan/habilitace/Habilitace_finale.pdf)>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV): *Národní zpráva o rodině* [online]. 2004 [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava\\_b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava_b.pdf)>.

Ministerstvo pro místní rozvoj (MMR): *MMR zavádí novou kvalifikaci: Poradce v poradenství pro pozůstalé* [online]. 4. března 2010 [cit. 2011-09-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.mmr.cz/Pohrebnictvi/Informace-Udalosti/MMR-zavadi-novou-kvalifikaci--Poradce-v-poradenstv>>.

POLÁCHOVÁ, E. Ztráta blízkého člověka a proces truchlení. In *Zdravotnické noviny* [online]. 7. února 2006 [cit. 2011-09-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/ztrata-blizkeho-cloveka-a-proces-truchleni-279634>>.

SEMRÁD, B. Náhlá srdeční smrt – lze zabránit dalším úmrtím v rodině? *Medical Tribune*, 2008, č. 24. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12543>>.

## 8 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Příčiny úmrtí v USA (Kozák, 2009) .....	14
Obrázek 2: Rozvoj koronárního onemocnění: A - normální artérie, B - postupné kornatění (Upraveno podle <a href="http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/Cad/CAD_WhatIs.html">http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/Cad/CAD_WhatIs.html</a> ) .....	15
Obrázek 3: Incidence/počet náhlých srdečních smrtí (NSS) v závislosti na rizikových faktorech dle Myerburga a spol. Incidence NSS v % / rok počet NSS/rok (Křivan, 2005) .....	18
Obrázek 4: Přerušení závažné komorové tachykardie (vlevo) výbojem ICD, na pravé straně obrázku je již přítomen normální rytmus .....	24
Obrázek 5: Vývoj celkového počtu implantací ICD (primoimplantací a reimplantací) v ČR ( <a href="http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Kombinacni-ci-hybridni-lecba-arytmii/6-L-eX.magarticle.aspx">http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Kombinacni-ci-hybridni-lecba-arytmii/6-L-eX.magarticle.aspx</a> ) .....	25

## **9 SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Příčiny náhlé srdeční smrti (Sovová a kol., 2011).....	16
Tabulka 2: Dělení antiarytmik dle Vaughan-Williams (Špínar, 2004).....	20
Tabulka 3: Proarytmické reakce (Heinc, 2009) .....	21
Tabulka 4: Doporučení pro primárně preventivní implantace ICD v České republice ..	23

## 10 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Rozdělení respondentů podle věku.....	39
Graf 2: Rozdělení respondentů podle pohlaví .....	40
Graf 3: Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání .....	40
Graf 4: Civilizační choroby .....	41
Graf 5: Příčiny prudkého nárůstu civilizačních chorob .....	41
Graf 6: Získání potřebných informací .....	42
Graf 7: Které nemoci patří dle Vašeho názoru mezi nejčastější příčinu úmrtí ve vyspělém světě? .....	42
Graf 8: Hlavní příčiny onemocnění .....	43
Graf 9: Prevence v souvislosti s náhlým srdečním onemocněním. ....	44
Graf 10: Dopad NSS na celkovou atmosféru v rodině. ....	45
Graf 11: Pomoc v situaci kdy dojde u člena rodiny k NNS.....	46
Graf 12: Důvody, které vedou k vyhledání odborné pomoci. ....	47

## **11 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Zemřelí a úmrtnost podle pohlaví a příčin smrti v roce 2010

Příloha č. 2: Struktura zemřelých podle příčin v letech 1990 a 2010

Příloha č. 3: Udržovací dávky a vedlejší účinky antiarytmik používaných k udržení sinusového rytmu

Příloha č. 4: Doporučované dávky antiarytmik, používaných ke konverzi arytmií na sinusový rytmus

Příloha č. 5: Škála sociální readaptace

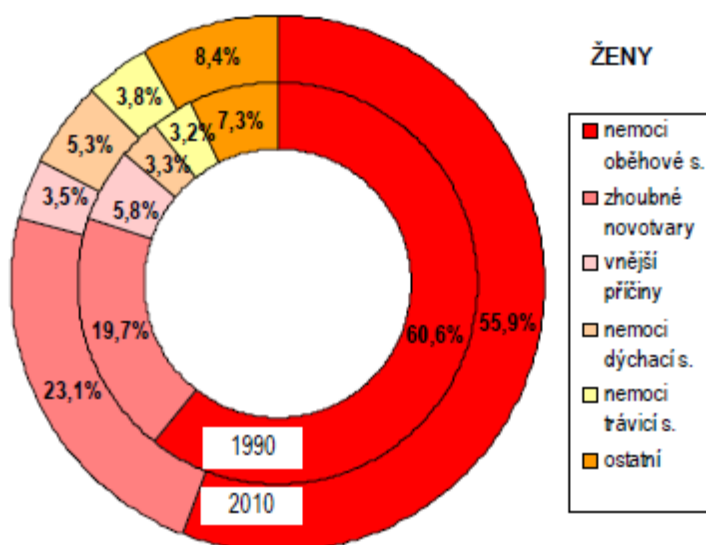
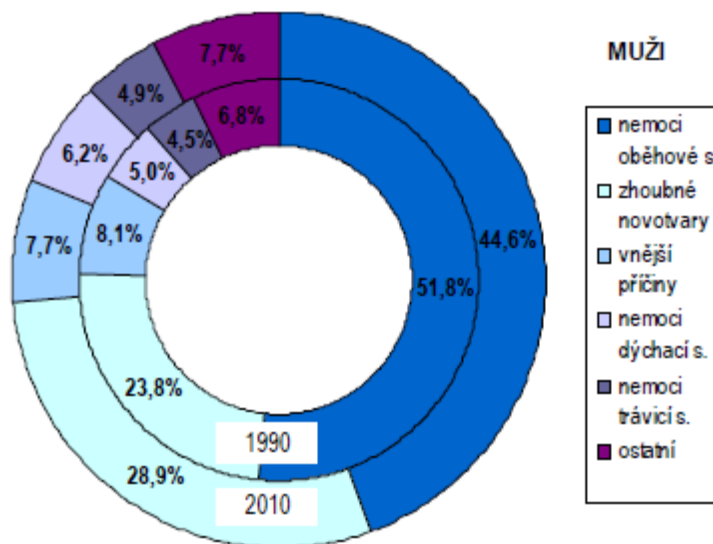
Příloha č. 6: Poradce v poradenství pro pozůstalé (výťah z návrhu kvalifikačního a hodnotícího standardu MMR, 2010)

Příloha č. 7: Dotazník

Příloha č. 1. Zemřelí a úmrtnost podle pohlaví a příčin smrti v roce 2010 (ÚZIS, 2010)

Kapitola (MKN- 10)	Zemřelí		Standardi- zovaná úmrtnost
	absolutně	na 100 000 obyvatel	
	Celkem		
I. Některé infekční a parazitární nemoci	1 029	9,8	7,0
II. Novotvary	28 222	268,3	198,2
III. Nemoci krve, krevtovorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	131	1,2	0,9
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	2 188	20,8	14,6
V. Poruchy duševní a poruchy chování	222	2,1	1,7
VI. Nemoci nervové soustavy	1 064	10,1	7,6
VII. Nemoci oka a očních adnex	-	-	-
VIII. Nemoci ucha a bradavkovitého výběžku	-	-	-
IX. Nemoci oběhové soustavy	53 590	509,5	344,1
X. Nemoci dýchací soustavy	6 151	58,5	41,1
XI. Nemoci trávicí soustavy	4 664	44,3	34,2
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	98	0,9	0,7
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	61	0,6	0,4
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	1 454	13,8	9,4
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	3	-	-
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	171	1,6	2,3
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	135	1,3	1,7
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	1 652	15,7	12,2
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (=XIX. Poranění a otravy - S00–T98)	6 009	57,1	48,1
<b>Celkem</b>	<b>106 844</b>	<b>1 015,9</b>	<b>724,2</b>

Příloha č. 2. Struktura zemřelých podle příčin v letech 1990 a 2010 (ÚZIS, 2010)





Příloha č. 3. Udržovací dávky a vedlejší účinky antiarytmik používaných k udržení sinusového rytmu (Heinc, 2009)

Antiarytmikum	Dávkování	Vedlejší účinky
Propafenon	3 × 150–3 × 300 mg	KT, SS, deblokovaný FLS
Sotalol	2 × 120–2 × 160 mg	TdP, SS, bradykardie, bronchospasmus
Amiodaron	1 × 100–1 × 400 mg	fotosenzitivita, dysfunkce štítné žlázy, hepatotoxicita, plicní fibróza, řídké TdP, polyneuropatie
Chinidin	3 × 200–3 × 400 mg	TdP, bradyarytmie, průjem, trombocytopenie
Flecainid	2 × 100–2 × 150 mg	KT, SS, deblokovaný FLS
Dofetilid	2 × 250–2 × 500 µg	TdP
KT – komorová tachykardie, SS – srdeční selhání, TdP – torsades de pointes, FLS – flutter síní		

Příloha č. 4. Doporučované dávky antiarytmik, používaných ke konverzi arytmií na sinusový rytmus (Heinc, 2009)

Antiarytmikum	Dávkování
Propafenon	1,5–2,0 mg/kg/10–20 min. i. v.
Sotalol	0,5–1,5 mg/kg/10–20 min. i. v.
Amiodaron	1,2–1,8 g/den v dělených dávkách do 10 g celkem per os 5–7 mg/kg/1 hod a 1,2–1,8 g/den do celkové dávky 10 g kontinuálně i. v.
Flecainid	1,5–3 mg/kg/10–20 min. i. v.
Ibutilid	0,01 mg/kg/10 min. i. v. u nemocných s hmotností do 60 kg a 1 mg/10 min. i. v. při hmotnosti nad 60 kg. Není-li efekt, stejná dávka se může 1x opakovat po stejnou dobu.

Příloha č. 5. Škála sociální readaptace

([http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/psycho/skala\\_socialni\\_adaptace.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/psycho/skala_socialni_adaptace.pdf))

Jméno a příjmení.....	
Datum narození .....	Datum .....
1. Smrt životního partnera.....	100
2. Rozvod .....	73
3. Zásadní roztržka s manželským partnerem.....	65
4. Nucený pobyt (ve vězení, psychiatrické léčebně atd.) .....	63
5. Úmrtí člena rodiny .....	63
6. Vážný úraz nebo onemocnění.....	53
7. Sňatek .....	50
8. Propuštění ze zaměstnání.....	47
9. Usmíření s manželským partnerem.....	45
10. Odchod do důchodu .....	45
11. Závažná změna v rodině (chování v rodině, zdravotní stav atd.) .....	44
12. Těhotenství.....	40
13. Sexuální potíže.....	39
14. Nový člen v rodině (narození dítěte, adopce, přistěhování příbuzného) .....	39
15. Závažné změny v zaměstnání (fúze podniků, reorganizace, úpadek) .....	38
16. Závažné změny ve finanční situaci (k horšímu nebo k lepšímu) .....	38
17. Smrt blízkého přítele.....	37
18. Přejít na jiný druh práce .....	37
19. Změna počtu hádek s manželským partnerem.....	35
20. Půjčka nebo hypotéka na pořízení domu nebo na jinou větší investici .....	31
21. Vypovězení půjčky nebo vybavení hypotéky .....	30
22. Zásadní změny odpovědnosti v zaměstnání (povýšení, degradace, přeložení).....	29
23. Odchod syna nebo dcery z domova (v důsledku studií, sňatku atd.) .....	29
24. Potíže s tchánem nebo tchýní .....	29
25. Dosažení významného životního úspěchu .....	28
26. Nástup do (nebo odchod z) práce manželského partnera.....	26
27. Zahájení nebo ukončení studií (školní docházky) .....	26
28. Zásadní změny životních podmínek (výstavba nového domu, adaptace bytu) .....	25
29. Změny v osobních zvyklostech (způsob oblékání, chování, navázání nových přátelství).....	24
30. Neshody s vedoucím .....	23
31. Zásadní změny pracovní doby nebo pracovních podmínek.....	20
32. Změna bydliště .....	20
33. Přejít na jinou školu .....	20
34. Zásadní změny způsobu, místa či délky rekreace.....	19
35. Zásadní změny v církevních aktivitách (podstatně více či méně) .....	19
36. Zásadní změny společenských aktivit (kino, tanec) .....	18
37. Půjčka nebo hypotéka na menší investice (lednička, televize, video atd.) .....	17
38. Zásadní změna návyků spánku.....	16
39. Zásadní změna v počtu rodinných setkání.....	15
40. Zásadní změna ve stravovacích návycích.....	15
41. Dovolená .....	13
42. Vánoce .....	12
43. Menší přestupky zákona (dopravní prostředek, rušení spánku atd.).....	11

Příloha č. 6. Poradce v poradenství pro pozůstalé (výtah z návrhu kvalifikačního a hodnotícího standardu MMR, 2010)

Poradce v poradenství pro pozůstalé

A. Rozvíjí účinnou komunikaci s pozůstalými (využívá moderní i tradiční komunikační prostředky, pomáhá pozůstalým přiznat si skutečnost ztráty blízké osoby, překonávat různé překážky při procesu adaptace, zná vyjadřování žalu u lidí z jiných kultur, atd.)

B. Podporuje a doprovází pozůstalé (pomáhá pozůstalému v posledním kontaktu s tělem zemřelého, tělo zemřelého společně umývá, upravuje a obléká, spolupřipravuje a spoluorganizuje pohřeb, zná způsoby jeho financování a vybírá s pozůstalými vhodné hrobové místo na pohřebišti, atd.)

C. Aplikuje základní principy poradenství pro pozůstalé (je si vědom významu ticha v poradenství pro pozůstalé, chápe a snaží se rozumět, orientujete se v problematice truchlení dětí a dospívajících, dokážete poradit rodičům, jak s dětmi o smrti komunikovat, apod.)

D. Usnadňuje pozůstalým nekomplikovaně truchlit (nabízí meditativní čtení s pozůstalými, podporuje klienta, aby si sám našel svůj smysl života, respektuje náboženské vyznání, hodnoty a názorovou orientaci pozůstalého, ví, kdy je vhodná doba o Bohu mluvit a kdy je zase správné o Bohu mlčet, apod.)

E. Identifikuje u pozůstalých rizikové faktory jejich komplikovaného truchlení (pozná, co může průběh procesu truchlení zkomplikovat, přiměřeně odsuzuje extrémní formy násilí, zanedbávání a krutost, apod.)

F. Splňuje osobnostní kompetence (zná pozitivní a negativní efekty své osobnosti, svého chování, své osobnostní i fyzické atraktivity, podstupuje supervizi, apod.)

## Příloha č. 7. Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Alžběta Jiroušková a v současné době píši bakalářskou práci z předmětu Rehabilitační- psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory s názvem „Náhlá srdeční smrt - sociální dopad pro rodinu“ na Katedře Klinických a preklinických oborů. Na Vás se obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož úkolem je pomoci mi při objasňování předmětné problematiky a hledání prostoru pro zlepšení současné situace. Dotazník je anonymní, vyplnění Vám zabere cca 10 minut a velmi mi tím pomůžete.

### OTÁZKY

1. Co ji představujete pod pojmem „civilizační choroby“?
2. V čem spočívá dle Vašeho názoru příčina jejich prudkého nárůstu?
3. Domníváte se, že je společnost o nebezpečí tohoto vývoje dostatečně informována? Kde se dají potřebné informace získat?
4. Které nemoci patří dle Vašeho názoru mezi nejčastější příčinu úmrtí ve světě?
5. Jak byste vysvětlil/-a pojem náhlá srdeční smrt?
6. Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní příčiny tohoto onemocnění?
7. Myslíte si, že patříte do rizikové skupiny, která je tímto onemocněním ohrožena? Pokud ano, proč?
8. Hraje podle vás při předcházení tohoto onemocnění významnou roli prevence? Co si pod tímto pojmem v souvislosti s náhlým srdečním onemocněním představujete?
9. Máte vy osobně zkušenosti s problematikou náhlého srdeční smrti? Pokud ano, dokázali byste popsat vaše reakce a reakce okolí na sdělení této diagnózy?
10. Domníváte se, že by náhlé srdeční úmrtí některého z vašich rodinných příslušníků mělo vliv na celkovou atmosféru v rodině? Jakým způsobem by se projevil?
11. V případě, že by ve vaší rodině došlo k náhlému srdečnímu úmrtí, jak byste se se situací vyrovnali a co by vám nejvíce pomohlo?
12. Myslíte si, že by se dopad smrti člena rodiny na ostatní rodinné příslušníky lišil v případě náhlé srdeční smrti a úmrtí po dlouhodobé nemoci? Pokud ano, jakým způsobem?
13. Jsou vám známy nějaké způsoby podpory rodiny v případě úmrtí jejího příslušníka ze strany státu? Pokud ano, jmenujte je.
14. Uvažovali byste v souvislosti s náhlým úmrtím v rodině o vyhledání psychologických služeb? Uveďte důvody.
15. Co si představujete pod pojmem psychosociální rehabilitace? Na jaké skupiny obyvatel se zaměřuje?
16. Do jaké míry jste obeznámeni s možnostmi psychosociální rehabilitace, souvisejícími s diagnostikou náhlé srdeční smrti u člena rodiny?
17. Změnili byste svůj životní styl v případě diagnostiky náhlé srdeční smrti u některého z Vašich rodinných příslušníků? Pokud ano, jakým způsobem?

Děkuji za ochotu.