

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Psychosociální problematika osob po cévní mozkové
příhodě a jejich blízkých**

**Psychosocial problematics of people after a stroke and
their close ones**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph. D.

Autor:

Bc. Vendula Deusová

Praha 2021

Poděkování

Mé poděkování patří především MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D. za trpělivost a čas strávený nad touto prací, za odborné vedení a cenné podněty. Zvláště bych pak chtěla poděkovat lidem, kteří mi poskytli rozhovory, za jejich čas, spolupráci a otevřenost při poskytování osobních informací a zkušeností s nemocí, o níž píši ve své diplomové práci. Rovněž děkuji za podporu své rodině a nejbližším přátelům.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Psychosociální problematika osob po cévní mozkové příhodě a jejich blízkých“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jméno autora

Anotace

Diplomová práce „Psychosociální problematika osob po cévní mozkové příhodě a jejich blízkých“ má část teoretickou a část praktickou. V první kapitole teoretické části jsou popsány charakteristika cévní mozkové příhody, rizikové faktory, prevence vzniku iktu, příznaky a léčba. Druhá kapitola se zabývá následky, které cévní mozková příhoda způsobuje, a rehabilitací, která napomáhá ke zlepšení jejich stavu. Třetí kapitola uvádí, jaké změny v životě lidí po proděláním CMP a v životech jejich blízkých nastávají. Čtvrtá kapitola popisuje možnosti formální podpory, sociální služby, příspěvky a organizace, které se snaží lidem po cévní mozkové příhodě pomáhat. Teoretické poznatky jsou v páté kapitole doplněny polostrukturovanými rozhovory s lidmi po iktu a osobami, které o ně nejvíce pečují. Cílem této diplomové práce je popsat cévní mozkovou příhodu jakožto onemocnění se závažnými důsledky a shrnout možnosti formální podpory a pomoci pro osoby po iktu a jejich blízké, a prostřednictvím výzkumného šetření zmapovat změny, které mohou nastat v životě lidí, kteří cévní mozkovou příhodu prodělali, a nakolik to ovlivní život jejich blízkých pečujících.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda, blízká osoba, následky, pomoc, podpora, rehabilitace, psychika, změny, možnosti formální podpory, rozhovor.

Annotation

Diploma thesis „Psychosocial issues of people after stroke and their close persons” has a theoretical and practical part. In the first chapter of the theoretical part are described stroke characteristics, risk factors, prevention of stroke, symptoms and treatment. The second chapter deals with the consequences, which stroke causes and rehabilitation, which helps to improve their condition. The third chapter presents, changes in life of people who already underwent CMP and people who are close to them. Fourth chapter presents possibilities of formal support, social services, contributions and organizations, which tries to help people after stroke. Theoretical knowledge is in the fifth chapter supplemented semi-structured interviews with people after ict and people who most take care of them. The aim of this diploma thesis, is to describe stroke as diseases with serious consequences and summarize opportunity formal support, and help to people after stroke and their close persons. Trought research investigation map changes, which may occur in people’s lives, who stroke to them.

Fourth chapter presents possibilities of formal support, social services, contributions and organizations, which tries to help people after stroke. already underwent and how much it will affect life of close people who take care about them.

Keywords

Stroke, close person, aftermath, help, support, rehabilitation, psyche, changes, formal support opportunity, interview

Obsah

ÚVOD	9
1. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	10
1.1. CHARAKTERISTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	10
1.2. RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE VZNIKU CMP	11
1.3. PŘÍZNAKY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	13
1.4. LÉČBA CMP	14
2. NÁSLEDKY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY A REHABILITACE	16
2.1. NÁSLEDKY CMP	16
2.1.1. Somatické následky	16
2.1.2. Kognitivní následky	17
2.1.3. Neurobehaviorální následky	18
2.2. REHABILITACE PO CMP	19
2.2.1. Léčebná rehabilitace	20
2.2.2. Sociální rehabilitace	23
2.2.3. Pracovní rehabilitace	24
2.2.4. Pedagogická rehabilitace	25
2.2.5. Léčba v lázních a rehabilitačních ústavech	25
3. SPECIFIKA OSOB PO PRODĚLÁNÍ CMP A JEJICH RODIN	26
3.1. Reakce člověka na zjištění nemoci	26
3.2. Vliv cévní mozkové příhody na život člověka	27
3.3. Rodina jako hlavní pečující o osobu po CMP	29
4. MOŽNOSTI FORMÁLNÍ PODPORY PRO OSOBY PO CMP A JEJICH BLÍZKÉ	33
4.1. Sociální služby	33
4.2. Sociální dávky	36
4.3. Podpora rodinných pečujících	39
4.4. Organizace podporující lidi po CMP a jejich rodiny	41

5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	43
5.1. Cíl výzkumného šetření.....	43
5.2. Metody výzkumného šetření	44
5.3. Metodika šetření.....	45
5.4. Etické zásady výzkumu.....	46
5.5. Charakteristika zkoumaného vzorku.....	46
5.6. Rozhovory s respondenty	47
5.6.1. Rozhovor č. 1.....	47
5.6.2. Rozhovor č. 2.....	51
5.6.3. Rozhovor č. 3.....	53
5.6.4. Rozhovor č. 4.....	56
5.7. Shrnutí výsledků výzkumného šetření	59
5.8. Závěry výzkumného šetření	61
ZÁVĚR	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	65

Seznam zkratek

CMP – cévní mozková příhoda

CT - computed tomography - počítačová tomografie

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

TP – těžké postižení

ZTP – zvlášť těžké postižení

ZTP/P – zvlášť těžké postižení s průvodcem

ÚVOD

Ve své diplomové práci se budu zabývat psychosociální problematikou osob po cévní mozkové příhodě a jejich blízkých, jak z hlediska sociálního tak i psychického. Tato diplomová práce je členěna do dvou částí, teoretické a praktické, přičemž teoretická část má čtyři kapitoly, a praktická pak jednu. V teoretické části využiji metodu analýzy odborné literatury a elektronických zdrojů, a pro část praktickou jsem zvolila metodu rozhovoru.

V první kapitole charakterizuji cévní mozkovou příhodu, rizikové faktory a prevenci vzniku CMP. Dále jsem zde krátce nastínila příznaky a léčbu nemoci. Druhá kapitola mé diplomové práce pojedná o následcích, které cévní mozková příhoda způsobuje. Dále zmíním význam rehabilitace a popíšu rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou.

Ve třetí kapitole uvedu reakce osoby po iktu na sdělení diagnózy a popíšu, jak cévní mozková příhoda ovlivní a změní dosavadní život nejen člověka, který sám CMP prodělal, ale celé jeho rodiny, zvláště pokud se rodina stane hlavním pečujícím.

Čtvrtá kapitola nahlédne na možnosti formální podpory pro osoby po CMP a jejich blízké, jakož i odlehčující sociální služby. Uvedu také přehled příspěvků, na které mají tyto osoby nárok, a vybrané organizace, které pomáhají lidem zvládnout následky nemoci a které se snaží o jejich opětovné zařazení do běžného každodenního života.

Poslední, pátá kapitola tvoří praktickou část, která zaznamená výzkumné šetření provedené formou polostrukturovaných rozhovorů s lidmi, které cévní mozková příhoda zasáhla, a s jejich blízkými, které o ně pečovali.

Cílem této diplomové práce je popsat cévní mozkovou příhodu jakožto onemocnění se závažnými důsledky a shrnout možnosti formální podpory a pomoci pro osoby po iktu a jejich blízké, a prostřednictvím výzkumného šetření zmapovat změny, které mohou nastat v životě lidí, kteří cévní mozkovou příhodu prodělali, a nakolik to ovlivní život jejich blízkých pečujících.

Dané téma jsem si zvolila z toho důvodu, že cévní mozková příhoda postihla několikrát moje prarodiče a stále více se i ve svém okolí setkávám s lidmi, které iktus také zasáhl. Domnívám se proto, že je důležité mít povědomí o této nemoci, jelikož její incidence v ČR je velmi vysoká, a objevuje se stále častěji i u mladších lidí. CMP je velice závažné onemocnění s případnými těžkými, až fatálními následky, a tak je podle mého názoru důležitá osvěta o prevenci, abychom zmírnili pravděpodobnost, že cévní mozková příhoda může postihnout i nás.

1. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozková příhoda (dále CMP), nazývaná také jako **iktus, mozková mrtvice nebo mozkový infarkt**, je třetí nejčastější příčinou úmrtí v České republice a ve vyspělých zemích. Také je jednou z nejčastějších příčin vzniku zdravotního postižení.

Výskyt CMP stoupá především s věkem, tudíž jsou nejvíce ohroženou skupinou senioři; ale v posledních letech se cévní mozkové příhody stále více objevují i u osob středního a mladšího věku. CMP je jedna z nejzávažnějších nemocí, na niž ročně umírá 5 milionů lidí po celém světě. Četnost výskytu v České republice je 420 příhod na 100 000 obyvatel za rok. Pouhých 30 % pacientů se vyléčí a nemá žádné následky, zatímco zbylých 70 % osob po CMP si s sebou nese následky po celý život, což negativně ovlivňuje kvalitu jejich života.

Cévní mozková příhoda má obrovské dopady na fyzickou, psychickou i finanční oblast člověka a jeho rodiny. (Feigin, 2007; Kalita, 2010; Kalvach, 2010; www.homolka.cz)

1.1. CHARAKTERISTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozková příhoda je akutní cévní poškození mozku. Jde o závažné postižení mozkových krevních cév. Může být způsobena několika důvody: **zúžením krevních cév, ucpáním cévy krevní sraženinou, prasknutím cévy nebo jejich kombinací**, což vede k nedostatečnému krevnímu zásobení. (Feigin, 2007)

Mozek je tvořen nervovými buňkami tzv. neurony, které pro svou funkci potřebují neustálý přísun krve, která dodává kyslík, živiny a odvádí škodlivé látky. Pokud se krev neuronům nedostává, přestanou fungovat, rychle odumírají, a tím dochází k poškození mozku. (Palmer & Palmer, 2013) Mozková tkáň může být také poškozena mechanicky – výronem krve. (Kalita, 2010)

Spence ve své knize vysvětluje CMP takto: „Pojmem mozková mrtvice se rozumí náhlé selhání funkcí určité části mozku. Příčina obvykle spočívá v nedokrvení čili zástavě přívodu krve (ischemii) v důsledku uzavření (blokády, ucpávky, obstrukce) cévy, která danou část mozku zásobuje krví nebo v krvácení (hemoragii) do mozku v důsledku prasknutí (ruptury) cévy.“ (Spence, 2008, s. 37)

Podle příčiny rozlišujeme dva typy CMP – mozkovou ischemii a hemoragickou cévní mozkovou příhoda.

Mozková ischemie je nejčastějším typem CMP, tvoří až 80 % cévních mozkových příhod. Je způsobená blokádou cévy krevní sraženinou, ucpáním mozkové tepny nebo emboly uvolněnými ze srdce či extrakraniální tepny, jež zablokují tepny uvnitř lebky.

Mozková hemoragie se objevuje v 20 % CMP a dělí se dále na **intracerebrální a subarachnoidální krvácení**. Mozková hemoragie se objevuje méně často, ale má velmi často závažnější průběh i následky.

Intracerebrální krvácení se vyskytuje v 15 % a nejčastěji k němu dochází prasknutím mozkové tepny, kdy dojde ke krvácení do mozkové tkáně.

Subarachnoidální krvácení se vyskytuje jen v 5 % CMP, nejčastěji u mladých lidí. I přes nízké procento je toto krvácení velmi závažné a má vysokou úmrtnost. Dochází k němu prasknutím výdutě na mozkové tepně, kdy se krev dostane do prostoru mozkových blan. (Feigin, 2007; Kalita, 2010)

Který typ cévní mozkové příhody člověk prodělal, se pozná až při vyšetření v nemocnici, a to pomocí magnetické rezonance nebo počítačové tomografie. Je důležité, aby lékař co nejdříve zjistil, o jaký typ se jedná, a mohl zahájit léčbu, aby došlo co k nejmenšímu poškození mozku. (Palmer & Palmer, 2013)

1.2. RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE VZNIKU CMP

Velká většina cévních mozkových příhod vzniká kombinací medicínských a návykových příčin. Těmto příčinám říkáme rizikové faktory. (Feigin, 2007)

Rizikové faktory dělíme na **ovlivnitelné, neovlivnitelné a rizika spojená s nesprávnými návyky a životním stylem**. (Kalita, 2010)

Neovlivnitelné rizikové faktory jsou:

- **věk** – od 55 let se zvyšuje riziko cévních mozkových příhod u mužů a žen až dvojnásobně;
- **pohlaví** – u mužů mladších 65 let je vyšší riziko CMP než u žen. Se stoupajícím věkem je pak riziko u obou pohlaví stejné;
- **rasový původ** – jak uvádí ve své knize Kalita (2010) výskyt a úmrtnost na CMP je u Japonců a Číňanů vyšší než u nás. Ve Spojených státech amerických je vyšší výskyt CMP u černochů než bělochů. To však může být ovlivněno také rozdílným životním stylem;
- **rodinná dispozice a genetika** – dědičné faktory jsou u přímé příčiny CMP velice vzácné. Geny zde hrají roli jen u některých rizikových faktorů CMP jako například hypertenze, diabetes mellitus, srdeční onemocnění a podobně. (Feigin, 2007; Kalita, 2010)

Ovlivnitelné rizikové faktory jsou:

- **hypertenze** – vysoký krevní tlak je nejčastějším rizikovým faktorem CMP, a proto je důležité dodržovat zdravou životosprávu a pravidelně brát léky;
- **onemocnění srdce** – rizikové jsou především arytmie, míhání srdečních síní (fibrilace), nemoci chlopní a infarkt myokardu. Opět je důležitá včasná léčba;
- **diabetes mellitus** – cukrovkou trpí velké procento populace a je opět nutná léčba, jelikož diabetes zvyšuje pravděpodobnost CMP až třikrát. Lidé s diabetem, které postihne CMP, mají těžší postižení, bývá u nich i vyšší výskyt úmrtí a příhody se častěji opakují;
- **vysoká hladina cholesterolu** – vysoký cholesterol způsobuje vznik aterosklerózy a nemoc srdečních tepen, a to má pak za následek zvýšenou pravděpodobnost CMP;
- **ateroskleróza** – aterosklerotické postižení tepen je jednou z nejčastějších příčin CMP. (Feigin, 2007; Kalita, 2010)

Feigin k této problematice uvádí: „Mnohé z těchto rizikových faktorů se vzájemně ovlivňují, jeden může zesilovat účinek druhého a obráceně. Např. lidé s vyšším krevním tlakem častěji trpí srdečními chorobami a aterosklerózou; cukrovka podporuje aterosklerózu a vysoký krevní tlak. Riziko vzniku iktu narůstá s počtem kombinovaných rizikových faktorů. Nicméně většiny rizikových faktorů se můžeme vyvarovat nebo je alespoň účinně kontrolovat.“ (Feigin, 2007, s. 49)

Rizika spojená s nesprávnými návyky a životním stylem jsou:

- **kouření** – kouření zvyšuje pravděpodobnost CMP až čtyřikrát. Pasivní kouření zvyšuje pravděpodobnost CMP až o 80 %;
- **nadměrná konzumace alkoholu** – každodenní konzumace alkoholu větší než 20 až 25 g (více než dvě piva, dva decilitry vína) u mužů a 10 - 15 g alkoholu u žen je rizikovým faktorem a zvyšuje pravděpodobnost výskytu CMP;
- **nezdravá strava** - nezdravá strava, která vede k nadváze až obezitě způsobuje vznik nemocí jako například hypertenzi, cukrovku a podobně, což je rizikový faktor CMP;
- **nedostatečná fyzická aktivita** - u lidí, kteří nedělají žádnou fyzickou aktivitu je až o 50 % větší pravděpodobnost CMP než u lidí, kteří se pravidelně hýbají;
- **návykové látky** - především heroin, kokain, marihuana a další povzbuzující látky způsobují zdravotní potíže vedoucí ke vzniku CMP;

- **hormonální antikoncepce** - hormonální antikoncepce je rizikem především pro ženy, které kouří a antikoncepci užívají;
- **stres a deprese** - dlouhodobý stres a deprese způsobuje různé zdravotní potíže, které patří k příčinám vzniku CMP. (Feigin, 2007; Kalita, 2010)

Feigin k tomu podotýká: „Výhodou u cévních mozkových příhod je to, že jim lze dobře předcházet. Přesněji řečeno, až 85 % všech CMP je možno předejít. Klíčové kroky jsou: zabránit rozvoji rizikových faktorů, vyloučit co nejvíce již přítomných rizikových faktorů a minimalizovat expozici faktorům, které vyloučit nelze.“ (Feigin, 2007, s. 65)

Podle Kality (2006) je k předcházení CMP důležité dbát především na prevenci, kterou dělí na **primární a sekundární**.

Primární prevence je soubor opatření, kterými se snižuje pravděpodobnost vzniku cévní mozkové příhody. Primární prevenci tvoří zdravé a vyvážené stravování, udržení si optimální váhy, pravidelná pohybová aktivita, zákaz kouření, omezení alkoholu a v případě vysokého krevního tlaku jeho včasná léčba. (Kalita, 2006; Stroke association [online]) Dodržováním primární prevence můžeme snížit riziko vzniku CMP až o 75 %. (Spence, 2008)

Sekundární prevence je soubor opatření, která zabraňují a snižují riziko opakování cévní mozkové příhody. Takové riziko po prodělané CMP činí v prvním roce 10 %. Jde především o medicínskou léčbu, která reguluje rizikové faktory např. léčba vysokého krevního tlaku, cholesterolu, podání léku na ředění krve, který má minimalizovat riziko vzniku trombu a následné ischemické cévní mozkové příhody a podobně. (Kalita, 2006)

Podle Kality (2010) je k předcházení vzniku cévní mozkové příhody podstatné s rostoucím věkem udržovat zdravou životosprávu, a pokud se u nás vyskytuje ovlivnitelný rizikový faktor, správně ho léčit.

1.3. PŘÍZNAKY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozková příhoda je velmi rozšířenou nemocí, a proto je důležité vědět o příznacích, které ji doprovázejí, abychom CMP dokázali rozpoznat a v co v nejrychlejším čase zavolali zdravotní záchrannou službu.

Kalita v této souvislosti upozorňuje: „Nedostatečná znalost varovných příznaků iktu a rizikových faktorů iktu u laiků výrazně snižuje možnosti účinné léčby a nedostatek těchto znalostí je považován za jedno z největších rizik iktu.“ (Kalita 2010, s. 23)

CMP vzniká většinou nečekaně, člověka zasáhne rychle a kdykoliv, i když se nám před chvílí daná osoba zdála naprosto v pořádku, v tom je příhoda velice nevyzpytatelná.

Feigin (2007) uvádí, že dvě třetiny mozkových příhod vznikají bez varovných signálů, zatímco pouze u jedné třetiny případů se varovné signály objevují.

Člověk, kterého zasáhne cévní mozková příhoda, může být **dezorientovaný**, nevnímá okolí, má **poruchy hybnosti dolních i horních končetin** na jedné polovině těla, pociťuje **brnění** nebo úplné **ztuhnutí tváře**. Má **problémy s komunikací**, špatně se vyjadřuje, nedokáže si vzpomenout na běžná slova, je mu špatně rozumět, komolí slova a podobně. Nedokáže porozumět ani tomu, co mu říkají ostatní. Dochází i k **poruše zraku**, kdy člověk může vidět rozmazaně, dvojitě nebo ztratí zrak úplně, většinou na jedno oko. Někdo pociťuje silnou **bolest hlavy**, která vede až ke ztuhlosti krku. Často viditelným příznakem je náhlý **problém s chůzí**, přičemž člověk nedokáže udržet rovnováhu, chůzi korigovat a má závratě. Často dochází také k **poklesu retního koutku**. Dalšími příznaky může být **zvracení**, **škytavka** a **epileptický záchvat**. (Kalita, 2010; Kalina, 2008) Tyto příznaky se mohou objevit nejen samostatně, ale i v kombinaci. (Feigin, 2007)

Cévní mozková příhoda může být rovněž příčinou náhlé smrti. Rozsah CMP závisí na velikosti a umístění ložiska, tj. poškození mozkové tkáně.

Jestli jde o CMP, můžeme poznat podle rychlého testu, který má anglický název **FAST TEST**. Jednotlivá písmena znamenají: **F = face = obličej**, **A = arms = paže**, **S = speech = řeč**, **T = time = čas**. V případě podezření, že někdo má CMP, může pomoci tento test. Postupujeme takto: **F** – zkoumáme, zda nedošlo k ochrnutí jedné strany obličeje a požádáme ohroženou osobu, aby se na nás usmála nebo vyplázla jazyk. Pokud jde o CMP, koutek i jazyk poklesnou na jednu stranu. **A** – osobu požádáme, aby zvedla obě ruce dlaněmi dolů, a pokud jedna ruka rychle klesá, jde o další příznak CMP. **S** – sledujeme, jestli má ohrožený potíže s mluvením. Rovněž je dobré chtít, aby po nás osoba zopakovala nějakou větu. **T** – pokud máme podezření, že by mohlo jít o CMP, je nutné okamžitě volat rychlou záchranou službu. Co nejrychlejší pomoc je v těchto případech nesmírně důležitá. (Dow 2018; American Stroke Association [online])

1.4. LÉČBA CMP

Čím rychleji se nemocnému dostane pomoc, tím větší je pravděpodobnost, že bude úplně vyléčen a nebude narušena kvalita jeho dosavadního života. (Kalita, 2010; Feigin, 2007) Cévní mozková příhoda způsobí menší následky a je lépe léčitelná, pokud je nemocnému přivolána pomoc do čtyř hodin od začátku prvních příznaků. Některé zdroje

uvádějí, že pokud je CMP odhalena a léčena do devadesáti minut, má léčba až dvojnásobně lepší výsledek, než pokud je zachycena v pozdějším čase. (Šeblová, Knor, 2013)

Důležitý je přitom včasný příjezd rychlé záchranné služby a následný převoz do iktového centra nebo komplexního cerebrovaskulárního centra. Tam je pacientovi provedeno základní vyšetření – CT mozku nebo magnetická rezonance, které zjistí zda opravdu šlo o CMP, případně o jaký typ. Na základě toho je pak stanovena diagnóza a další postup léčby, přičemž pacient je vždy hospitalizován.

Ischemickou mozkovou příhodu lékaři léčí intravenózní trombolýzou nebo mechanickou embolektomií. Hemoragická cévní příhoda se řeší operativně, kdy je nutné odstranit nahromaděnou krev v mozku a opravit poškozené cévy. (Tyrlíková, Bareš, 2012; Krajská nemocnice Liberec [online])

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

Základem uzdravení osob po CMP je především včasné zachycení příhody, vhodná léčba na které se podílí široký okruh odborníků a rehabilitace. Tyto faktory lze ovlivnit oproti rozsahu a umístění ložiska v mozkové tkáni.

Podle mého názoru je CMP závažným a nevyzpytatelným onemocněním, které je častým důvodem vzniku nesoběstačnosti lidí a odkázání na pomoc ostatních osob.

2. NÁSLEDKY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY A REHABILITACE

Cévní mozková příhoda je natolik závažným onemocněním, že se řadí mezi jednu z nejčastějších příčin náhlého úmrtí nebo způsobuje zdravotní postižení, které negativně ovlivní život dotčeného. Lidé po CMP se mohou stát nesoběstačnými, a tudíž odkázanými na pomoc ostatních. Aby se člověk zasažený CMP mohl co nejrychleji vrátit do svého běžného života, je důležitá rehabilitace.

2.1. NÁSLEDKY CMP

Následky CMP jsou u každého člověka jiné. Záleží na typu mrtvice, na tom, kterou část mozku příhoda zasáhla a v jakém rozsahu byla oblast mozku poškozena. Velkou roli přitom hraje také skutečnost, v jakém čase byla nemocnému přivolána pomoc, dále pak intenzita a kvalita následné rehabilitace, jakož i další faktory. (Palmer, 2012)

Cévní mozková příhoda způsobuje motorické, smyslové, kognitivní a komunikační poruchy. Kalvach (2010) rozděluje následky CMP na **somatické, kognitivní a neurobehaviorální**.

2.1.1. Somatické následky

Mezi nejčastější somatické následky CMP patří **centrální parézy** nebo **plegie**, s nimiž se potýká až 80 % lidí po iktu. Jde o částečnou nebo úplnou ztrátu hybnosti a síly horní nebo dolní končetiny. Vždy dochází k postižení jedné poloviny těla, a to na opačné straně. Pokud tedy je zasažena levá hemisféra, dochází k poruchám hybnosti na pravé straně těla a opačně. (Feigin, 2007; Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004)

Dalším následkem CMP je **spasticita**, to znamená svalové napětí, při kterém dojde ke ztuhnutí svalů, které může vést až ke křečím. Svaly bývají zatážené, neumožňují pohyb a mohou být provázeny bolestmi. U 20 % lidí po CMP se objeví **bolesti v rameni**, které mají za následek zhoršený pohyb ruky a špatné držení těla. U některých pacientů dochází k **algodystrofii paretické ruky**, kdy je ruka nateklá, zarudlá a bolestivá. Dále vzniká **ataxie**, tj. problém s poruchou rovnováhy a koordinací při chůzi, stání i sezení. (Feigin, 2007; Kalvach, 2010)

Problémy s hybností jsou u každého člověka jiné. Někdo ztratí schopnost pohybovat se úplně, u někoho dochází pouze k neobratnosti nohy či ruky. Ztráta pohybu pak obvykle

vede k neschopnosti vykonávat běžné každodenní činnosti, a člověk se z toho důvodu stává závislým na pomoci jiné osoby.

Svalová slabost nepostihuje pouze horní a dolní končetiny, ale také obličejové svaly. Může nastat také **dysfagie**, která se objevuje u 30 % lidí; jde o problémy s polykáním, při nichž hrozí zadušení (Feigin, 2007).

Někteří pacienti po CMP mají problémy se zrakem. Trpí tzv. **hemianopsií**, tj. výpadkem zorného pole, či **diplopií**, dvojitým viděním. (Feigin, 2007; Medicína, nemoci a studium na 1.LF UK [online])

Cévní mozková příhoda může způsobit **poruchy autonomních funkcí** jako ovlivnění rytmu spánku a bdění, termoregulaci nebo regulaci frekvence srdce a dechu. Dále může dojít k poruchám **senzitivních funkcí** a k **poruchám smyslovým**. (Kalvach, 2010)

CMP může vyvolat také vznik **epileptických záchvatů**, dále mívá za následek **inkontinenci** moči či stolice.

2.1.2. Kognitivní následky

Kalvach k následkům CMP uvádí: „Poruchy kognitivních funkcí spočívají v omezení vyšší nervové činnosti a okruhu symbolických funkcí“. (Kalvach, 2010, s. 366) Mezi kognitivní následky řadíme **poruchy pozornosti, orientace, paměti a myšlení**. Dále **afázii, apraxii, agnózii, poruchy abstrakce a vizuospaciálního vnímání**. (Feigin, 2007; Kalvach, 2010)

Afázie je porucha komunikace, přičemž rozlišujeme senzoricou a expresivní afázii. Senzorická afázie je stav, kdy člověk nerozumí psané či mluvené řeči a tvoří nesmyslná slova. Eprexivní afázie je pokud člověk rozumí mluvené řeči, ale nedokáže se vyjádřit. Může dojít i ke kombinaci obou afází. Lidé po mozkové příhodě mají často pomalejší a monotónní řeč. Pokud u člověka dojde k ochabnutí svalstva, které je potřebné k artikulaci není mu při řeči rozumět (Kalita, 2006; Votava, 2003). **Apraxie** je narušená schopnost vykonávat složitější naučené pohyby či činnosti. **Agnózie** je ztráta či porucha poznávání dějů nebo předmětů ve vnitřním nebo vnějším prostředí. (Kalvach, 2010; wikiskripta [online])

Míra postižení je ovlivněna rozsahem a lokalizací poškození mozkových buněk. „Obecně platí, že levá hemisféra je zaměřena na zpracování informací přijímaných řečí, psaním, čtením a na vnímání komplexních celků a vytváření konceptů a strategií. Pravá hemisféra zpracovává zejména nonverbální informace, melodie, orientaci v prostoru a nese konstrukční schopnosti.“ (Kalvach, 2010, s. 366)

Podle Feigina 80–90 % osob po cévní mozkové příhodě trápí zmatenost; nemocní mají problém se vzpomínáním, myšlením i s pozorností. Nedokážou se věnovat více podnětům najednou, trvá jim déle než zpracují určitou informaci, špatně se soustředí v rušném prostředí a mají opožděnější reakce. (Feigin, 2007)

Pokud je porušeno centrum krátkodobé paměti, nejsou schopni si zapamatovat nové informace, neorientují se v čase ani místě. U dlouhodobé paměti trpí tím, že si nevzpomínají na události z minulosti, mohou mít problémy se jmény osob apod. (Feigin, 2007; Kalvach, 2010; Powell, 2010)

Kognitivní následky jsou častou příčinou vzniku nebo zhoršení demence a Alzheimerovy choroby. (Pfeiffer, 2007)

2.1.3. Neurobehaviorální následky

Neurobehaviorální následky jsou: **apatie, agresivita, impulzivita, iritabilita, deprese, úzkost, emoční labilita** nebo **ztráta iniciativy**. (Kalvach, 2010)

Až 70 % osob po prodělané CMP začne trpět psychickými obtížemi, přičemž nejčastěji jde o depresi, úzkost, změny nálad nebo apatii.

Deprese se objevuje až u 30 % lidí, kteří prodělali příhodu. Je to duševní stav, který se vyznačuje dlouhodobými pocity smutku, skleslostí, zpomalením duševních i tělesných procesů a úzkostí. (Hartl, 2004) Deprese může být způsobena poškozením mozku, který způsobí CMP, ale vzniká také z psychických důvodů, kdy se člověk nedokáže vyrovnat se svými zdravotními komplikacemi, které mu mozková příhoda přinesla. (Kalita, 2006) Deprese může být velkou komplikací při léčbě, a proto je důležité, aby byla co nejdříve zjištěna a léčena.

Apatie znamená pokles citového zájmu o okolí nebo jeho úplné vymizení. (Hartl, 2004) Změny nálad se vyznačují střídavými stavy – člověk se v jednu chvíli najednou snadno rozpláče, a v druhou pak se hlasitě směje.

Feigin (2007) uvádí, že lidé po CMP trpící depresí mají třikrát větší pravděpodobnost, že do deseti let od příhody zemřou, ve srovnání s lidmi po příhodě, kteří depresí nemají. Neurobehaviorální následky mohou ve velkém měřítku ovlivnit spolupráci pacienta a vývoj rehabilitace, proto je důležité včas navrhnout vhodnou medikaci či započít psychoterapii. (Kalvach, 2010)

Cévní mozková příhoda s sebou přináší kromě jmenovaných následků také důsledky sociální, o kterých se zmíním v kapitole Specifika osob po prodělaní CMP a jejich rodin.

2.2. REHABILITACE PO CMP

Světová zdravotnické organizace (WHO, 2008) definuje rehabilitaci jako soubor opatření vedoucí k co nejrychlejší resocializaci pacienta se zdravotním postižením způsobené nemocí, vrozenou vadou nebo úrazem. **Resocializaci** chápeme jako znovuzачlenění osob do společenského a pracovního života.

Rehabilitace je činnost, která si klade za cíl obnovit fyzické, pracovní i sociální schopnosti člověka po mozkové příhodě (Seidl, Obenberger, 2004). Podle Kality (2006) jsou hlavními cíli rehabilitace dosáhnout co nejlepšího začlenění osob po CMP do běžného života, zlepšit kvalitu jejich života a snížit stupeň závislosti na pomoci druhé osoby. Je velice důležité, aby rehabilitace byla započata co nejdříve, jelikož k největší části zotavování po iktu dochází právě v prvních šesti měsících. (Kalita, 2006)

Lůžka včasné rehabilitace jsou součástí iktového centra, kde probíhá intenzivní a komplexní rehabilitační a ošetrovatelská péče pacientů, co nejdříve po proběhlé cévní mozkové příhodě. Pro přijetí na lůžka včasné rehabilitace je potřeba stabilizovaný stav pacienta a jeho schopnost spolupráce a terapeutické zátěže. Pobyt v daném zařízení trvá cca čtyři týdny. Poté má pacient možnost pokračovat v rehabilitaci ambulantně nebo navštěvovat denní stacionář, kde rehabilitace probíhá. (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze [online])

Před rehabilitací je podstatné stanovit si reálné cíle podle závažnosti a důsledků, které příhoda osobě způsobila, a na základě toho vypracovat plán léčby. Rehabilitací nerozumíme jen stanovený úsek, kdy pracujeme s odborníkem, ale musí probíhat po celý den a ve všech aspektech denního života. (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004). Rehabilitaci můžeme rozdělit na formální a neformální, přičemž formální je časově omezena a provádějí ji profesionálové, zatímco neformální zajišťuje rodina a pečující osoby. (Powell, 2010)

Rehabilitace po CMP je velice dlouhodobá záležitost. Ke zlepšení stavu tu dochází přibližně v prvním roce, pokud je rehabilitace kvalitní a intenzivní. Aby došlo k co nejrychlejšímu návratu člověka do běžného života, je potřeba zajistit komplexní rehabilitaci, na které se podílí multidisciplinární tým tvořený ošetrojícím lékařem, sociálním pracovníkem, fyzioterapeutem, psychologem, logopedem a speciálním pedagogem. (Neubaerová, Javorská, Neubaer, 2011)

Rozhodně je přitom důležité, aby se do rehabilitace zapojila i rodina pacienta. Powell tvrdí: „Je prokázáno, že výkon lidí, kteří jsou propuštěni z formálního rehabilitačního procesu a navrátí se do domácího prostředí, klesá, pokud se do rehabilitačního programu nezapojila jejich rodina.“ (Powell, 2010, s. 44) Také podle mého názoru je rodina v léčbě

člověka po CMP nezastupitelná, jelikož přináší nemocnému podporu a může pro něj být obrovskou motivací, proč se snažit vrátit do běžného života a žít jako před onemocněním.

Komplexní rehabilitaci můžeme rozdělit na **léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou.**

2.2.1. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je zdravotní péče, které se osobám dostává v rámci ambulantní péče, nemocniční lůžkové péče, v lázeňských zařízeních nebo odborných léčebných ústavech. (Kolář, 2009) Hlavními cíli léčebné rehabilitace je kompenzovat trvalé následky CMP a co nejvíce se snažit zlepšit zdravotní, pohybové, kognitivní, psychické poruchy a poruchy řeči, které příhoda způsobila. Dalším důležitým cílem je pomoci pacientovi k co nejvyšší soběstačnosti, aby se mohl vrátit do domácího prostředí. Léčebná rehabilitace zahrnuje také prevenci před recividou CMP, kdy se snaží, co nejvíce eliminovat rizikové faktory. (Votava, 2003)

Do léčebné rehabilitace zahrnujeme **fyzioterapii, logopedii, ergoterapii a psychoterapii.**

Fyzioterapie je zdravotnický obor, který se zabývá především poruchami pohybového systému. U osob po CMP by měla být zahájena, co nejrychleji to jde, jelikož pokud se končetiny, které byly zasaženy, nehýbají, hrozí, že osoba nebude schopna končetiny používat vůbec. (Votava, 2003)

Fyzioterapeut nejprve provede neurologické vyšetření, a na základě toho sestaví individuální rehabilitační plán a určí možnosti a cíle, ke kterým chce dojít. Fyzioterapie používá kromě cvičení různé druhy masáží, léčebné koupele, robotické přístroje, pohyblivé chodítka atd. (Kalvach, 2010; Lippertová – Grünerová, 2015)

Následkem CMP dochází ke ztrátě všech motorických pohybů, které se tělo musí znovu naučit. Fyzioterapeut se snaží o to, aby lidé po mozkové příhodě používali postiženou stranu co nejvíce. Učí je znovu základní pohyby jako sezení, stání, chůze, otáčení vleže a podobně. Také pomáhá obnovit schopnost používání svalů a kloubů, jemnou motoriku a pomáhá zlepšit schopnost chůze. (Dow, 2018; Powell, 2010)

Je důležité, aby fyzioterapeut při práci s lidmi po CMP volil srozumitelné a krátké pokyny nebo je nejlépe názorně ukazoval. Každý nový pohyb by se měl provádět pomalu a opakovaně, aby si jej lidé dobře zapamatovali. (Kalvach, 2010)

Logopedie je disciplína speciální pedagogiky, která pracuje s lidmi s poruchami komunikace. Lidé po CMP velmi často trpí poruchami řeči, což je velice znevýhodňuje

a traumatizuje. Porucha řeči může být pro lidi po mozkové mrtvici mnohem horší než získané tělesné postižení.

Logopedi mají za cíl pomoci lidem po iktu obnovit schopnost mluvené i psané komunikace. Nejde o to, aby je naučili mluvit naprosto bezchybně, ale spíše zlepšit jejich dorozumívací schopnosti takovým způsobem, aby se v běžné komunikaci domluvili a aby nedocházelo

k nedorozumění. K tomu jim napomáhá aktivace krční páteře, procvičování mimických svalů a rehabilitace dutiny ústní, jenž se provádí například rozlišováním chuťových podnětů nebo masáží dásní.

Lidé po iktu se znovu učí komunikovat tím, že naslouchají hlasu, opakují slova či věty, čtou, pojmenovávají věci, vyslovují jednotlivé hlásky a učí se znovu psát. Je důležité, aby logopedie započala, co nejdříve, jelikož čím dříve začne osoba po mozkové mrtvici mluvit se svým okolím, tím rychlejší a lepší výsledky rehabilitace má. (Votava, 2003; Kalvach, 2010).

Ergoterapie je zdravotnický obor, „jehož cílem je dosažení a zachování maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince při běžných denních pracovních a zájmových činnostech.“ (Kolář, 2009, s. 297) Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální soběstačnosti a samostatnosti v domácím i sociálním prostředí, aby osoba po CMP zvládla co nejvíce činností sama a nebyla odkázána na pomoc dalších osob.

Ergoterapeut pomáhá lidem upravit jejich denní režim a nacvičuje s nimi denní činnosti, například je učí zvládnout osobní hygienu, oblékat se, najíst a podobně. Lidem po CMP mohou ulehčit život kompenzační pomůcky, které jim terapeuti v rámci ergoterapie pomáhají vybrat a pak je učí s nimi pracovat. (Seidl, Obenberger, 2004;Votava,2003)

Po propuštění z nemocnice do domácího prostředí může ergoterapeut za doprovodu sociálního pracovníka osobu po CMP navštívit a zjistit, zda má vhodné podmínky pro samostatný život i se svým postižením. Může doporučit výměnu bytu za byt vhodnější nebo se ho snažit upravit, aby se stal, co nejvíce vhodný pro život osoby po mozkové příhodě. Například navrhnout úpravy bytu nebo doporučit různá vybavení, například polohovací postel, zvedáky do koupelny, schodolez a podobně. (Kalvach, 2010)

Psychoterapie je velice důležitá, jelikož pomáhá lidem vyrovnat se s následky, které jim mozková příhoda způsobila, přičemž záleží také na jejich osobnosti a míře postižení. Osoby po iktu prožívají nejistotu z toho, co s nimi dál bude, úzkost, slabost a někdy i zlost. Ztráta soběstačnosti a nezávislosti často vede k psychickému strádání. Psychoterapeuti se snaží, aby klienti přijali sami sebe a měli motivaci do života. Musí k nim přistupovat

empaticky, altruisticky, s porozuměním a profesionálně. Terapie probíhá formou rozhovoru, nejprve pouze s danou osobou a pak i s jeho rodinou. (Lippertová – Grünerová, 2015; Vymětal, 2010)

Myslím si, že psychoterapie je velice důležitou a neopomenutelnou složkou rehabilitace, jelikož psychika člověka velmi silně ovlivní celkovou léčbu a jak se lidově říká, psychika - půl zdraví. Myslím si, že psychoterapie by měla začít co nejdříve po CMP jelikož věřím, že člověk, který je vyrovnanější s tím, co ho potkalo má mnohem větší motivaci pro návrat do běžného života než osoba, která se svou novou situací vyrovnána není.

Podle mého názoru je také důležitá práce s rodinou. Rodina se často stává hlavním pečovatelem, což má zásadní dopady na život každého člena a je potřeba věnovat pozornost tomu, aby změnu, co nejlépe zvládli a nemělo to negativní dopad na jejich život.

Do léčebné rehabilitace můžeme zařadit i další speciální terapie, jako jsou **animoterapie, muzikoterapie, arteterapie a tanečně pohybové terapie.**

Animoterapie je prováděno prostřednictvím živého zvířete; v praxi se nejčastěji setkáváme s hipoterapií a canisterapií.

Canisterapie přináší lidem po CMP příležitost k sociální interakci za pomoci psa, jehož přítomnost usnadňuje komunikaci, zvyšuje motivaci, odstraňuje stres, a lidé pak mají mnohem pozitivnější náladu. Canisterapii lze využít také k procvičování jemné motoriky, například házením aportu psovi nebo jeho česáním či hlazením. (Velemínský, 2007; Galajdová, 2011)

K hipoterapii využíváme koně. Na koni dochází k nacvičování rovnováhy, koordinaci pohybu, držení trupu, hlavy a podobně, což má opět velmi pozitivní vliv na léčbu osoby po cévní mozkové mrtvici. (Velemínský, 2007)

Animoterapii můžeme použít i jako prostředek navázání vztahu s klientem. Pokud víme, že osoba má ráda zvířata můžeme spolupráci zkusit navázat právě prostřednictvím nich. Spolupráce a vztah mezi terapeutem a klientem je totiž jedním z nejdůležitějších aspektů, které ovlivňují průběh a výsledek rehabilitace.

Muzikoterapie je terapie prostřednictvím hudby. Pomáhá léčit, ovlivňuje dýchání, zmírňuje poruchy řeči a snižuje svalovou tenzi. Působí na emocionální stránku člověka, zlepšuje vnímání a může být velkou motivací pro rehabilitaci. Muzikoterapie působí také jako relaxační prostředek. (Zelevá, 2007)

Arteterapie je léčba prostřednictvím umění, nejčastěji výtvarného. Nejvíce se uplatní u lidí po CMP, kteří mají narušenou komunikaci, jelikož výtvarno může sloužit jako prostředek pro komunikaci člověka s okolím. Dále díky se němu procvičuje jemná motorika,

podporuje fantazii, zlepšuje náladu, a může být také formou relaxace a odreagování. (Lipertová – Grünerová, 2005)

Tanečně pohybová terapie napomáhá k senzomotorické koordinaci, vytrvalosti a svalové relaxaci. Působí nejen na fyzickou, ale i psychickou stránku člověka. Podle Čížkové (2005) pomáhá lidem po iktu porozumět nastalé situaci a přijmout sám sebe, vnímat a orientovat se ve vztazích, zvládat napětí, stres a lépe kontrolovat impulzivní chování.

2.2.2. Sociální rehabilitace

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociální rehabilitaci jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachované schopnosti, potenciál a kompetence.

Cílem sociální rehabilitace je tedy jak rozvoj zachovaných schopností člověka, tak i prevence a předcházení dalšímu poškození. Pomáhá lidem přijmout a vyrovnat se s nemocí či následným postižením a snaží se je zapojit znovu do společnosti, aby byla kvalita života zachována v co nejvyšším měřítku.

Sociální rehabilitace rozvíjí poškozené funkce a zbytkové schopnosti. Snaží se nahradit postižené funkce funkcemi nepoškozenými, a především usiluje o to, aby člověk po CMP přijal svoje postižení, svůj handicap. (Jankovský, 2006) Podle Švestkové a kol. (2017) jsou úkoly sociální rehabilitace podporovat inkluzi a nezávislost osob s postižením, chránit zranitelné skupiny obyvatel a vyrovnat příležitosti osob s postižením. U lidí, u kterých postižení vznikne vlivem úrazu nebo nemoci v průběhu života, dochází k dezintegraci a změně osobnosti. Toto období dělíme na dvě fáze, a to fázi akutní a postakutní.

Akutní fáze je období, kdy se člověk pomalu srovnává se svou situací a snaží se ji přijmout. Musí přehodnotit svůj život a hodnoty podle toho, jak se mění jeho vlastnosti a schopnosti. Snaží se co nejvíce zapojit do společnosti a být soběstačným, aby o něj nemuseli pečovat ostatní osoby. Úkolem sociální rehabilitace v této fázi je osobu po CMP motivovat a podporovat, aby mohla dosáhnout změny a svůj nový život přijmout a žít co nejkvalitněji.

Postakutní fáze přichází po fázi akutní nebo se vzájemně prolínají. Dochází k rozvoji a upevňování vlastností a schopností lidí, kteří se snaží o co nejvyšší samostatnost a socializaci, popř. usilují o získání zaměstnání. Výsledkem této fáze je spokojenost s vlastním životem a obnova životní pohody. (Jesenský, 1995)

Bohužel ne u všech lidí po cévní mozkové příhodě dochází ke smíření se zdravotním postižením. Někteří rezignují a nesnaží se situaci zvládnout tak, aby mohli žít, co nejvíce samostatný a kvalitní život. Pro některé lidi je smíření s handicapem natolik těžké, že se jim to ani přes veškerou snahu nepodaří.

2.2.3. Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je uvedena v zákoně č. 435/2004 Sb, o zaměstnanosti a ve vyhlášce č. 518/2004 Sb. U osob po CMP se velmi často stává, že se nemohou vrátit do svého původního zaměstnání, ale musí hledat zaměstnání nové, případně nejsou schopni pracovat vůbec. Proto je důležitá pracovní rehabilitace, která má za cíl obnovit potenciál, aby se lidé mohli zařadit do pracovního procesu, ať již do své původní práce nebo nějaké jiné. (Pfeiffer, 2014)

Pracovní rehabilitace je specializovaný soubor podpor, které se zaměřují na to, aby si lidé se zdravotním postižením získali a udrželi zaměstnání. Náplní rehabilitace je posouzení pracovního potenciálu člověka, nácvik dovedností potřebných k práci a získání pracovního místa, zprostředkování vhodného zaměstnání a intenzivní podpora zaměstnavatele při vytváření pracovních míst.

Základní služby pracovní rehabilitace jsou: individuální a skupinové poradenství, ergodiagnostika, psychodiagnostika, příprava k práci, rekvalifikace, zprostředkování práce a asistence v zaměstnání. (Pracovně rehabilitační středisko [online])

Cílem rehabilitace není jen profesní příprava, ale také kariérové poradenství, průzkum na trhu práce a vytváření rovných pracovních příležitostí. (Novosad, 2000).

Pracovní rehabilitace je bezplatná služba zajišťována úřadem práce, který se snaží umísťovat osoby se zdravotním postižením na běžný nebo chráněný trh práce. (Pracovně rehabilitační středisko [online])

Možnost chodit do zaměstnání patří podle Maslowovy pyramidy potřeb mezi základní lidské potřeby, a pokud není tato potřeba naplňována, mohou lidé trpět psychickými problémy, sociální izolací a depresemi. (Šeblová, Knor 2013)

Powell (2010) uvádí, že lidé, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, by měli přehodnotit svá očekávání, která mají od pracovního života. Nemělo by být jejich cílem dostat se na vrchol, ale především být smysluplně zaměstnaný a užitečný.

2.2.4. Pedagogická rehabilitace

Cílem pedagogické rehabilitace je umožnit všem osobám se zdravotním postižením dosáhnout prostřednictvím výchovy a vzdělání co nejvyššího stupně vzdělání a kvalifikace. Zaměřuje se i na schopnosti a nadání osob a pomáhá rozvíjet jejich soběstačnost. (Votava, 2003)

Podle Švestkové a kol. (2017) usiluje pedagogická rehabilitace především o to, aby u osob se zdravotním postižením byly respektovány jejich individuální potřeby a možnosti. Podporuje samostatnost, snaží se o jejich zapojení do všech aktivit společenského života a posiluje harmonické soužití členů domácnosti.

Pedagogická rehabilitace využívá při své práci především metody speciální pedagogiky.

U osob, které postižení získali vlivem nějaké nemoci, v našem případě cévní mozkovou příhodou, se rehabilitace snaží odstranit následky, které postižení způsobilo, obnovit normální rozvoj člověka, a především opět získat vlastní identitu. (Jesenský, 1995)

2.2.5. Léčba v lázních a rehabilitačních ústavech

Lidé po cévních mozkových příhodách mají kromě výše zmíněných rehabilitací také nárok na léčbu v lázních a rehabilitačních ústavech. Léčba je hrazena ze zdravotního pojištění a stačí, aby ji doporučil neurolog. Léčba v lázních většinou trvá tři týdny, ale v případě potřeby může být prodloužena až na sedm týdnů. V rehabilitačních zařízeních je délka pobytu maximálně deset týdnů. Cílem je zlepšení hybnosti a soběstačnosti osob.

V lázních lidé podstupují léčebné koupele a využívají se různé přírodní léčivé zdroje. Nejznámějšími lázněmi pro pacienty po CMP jsou v České republice Jánské lázně, Alžbětiny lázně v Karlových Varech, Lázně Teplice, Lázně Vráž, Velké Losiny apod. Rehabilitační zařízení pro pacienty po iktu najdeme např. v Chotěboři, Hrabyni, Kladrubech, ve vojenském rehabilitačním ústavu Slapy nebo v Berouně atd. (Kalvach, 2010; Kolář, 2009; Sdružení CMP [online])

3. SPECIFIKA OSOB PO PRODĚLÁNÍ CMP A JEJICH RODIN

Cévní mozková příhoda změní život nejen lidem, kteří ji prodělají, ale i jejich rodinám. Jde o onemocnění, které zasáhne každou oblast života, a návrat do světa před nemocí je dlouhá a náročná cesta. CMP velmi často způsobí nevratné následky, se kterými je třeba se vyrovnat a naučit žít, což není vůbec jednoduché a vyžaduje to obrovské úsilí a odhodlání.

3.1. Reakce člověka na zjištění nemoci

Jak již bylo zmíněno, cévní mozková příhoda je závažné onemocnění, které způsobuje lidem obrovskou zátěž a není lehké se s ním vyrovnat. Vágnerová (2004) ve své publikaci píše, že zpracování zátěže probíhá v pěti fázích.

První fáze se nazývá **fáze nejistoty** a jde o čas před stanovením diagnózy. Člověk po CMP si uvědomuje, že jeho tělo už nefunguje jako dřív a doprovází ho určité nepříjemnosti. Lidé trpí nepříjemnými pocity, úzkostí a strachem z onemocnění. První fáze končí diagnostikou nemoci. Fáze nejistoty u CMP nenastává, jde-li o akutní stav, kdy je diagnóza zpravidla velmi rychle stanovena. V takovém případě mohou lidé po iktu prožívat až fázi druhou.

Druhá fáze, **fáze šoku a popření**, přichází po stanovení diagnózy lékařem a jejím sdělení pacientovi. V lidech nemoc vyvolává obrovskou úzkost, tudíž ji odmítají přijmout, a snaží se ji zpochybnit. Většinou se utvrzují v tom, že to není pravda, nebo doufají, že se stane zázrak a oni se uzdraví. Lékaři by měli dát nemocnému čas, aby se s tím srovnal. V této fázi nemá cenu informovat o dalším průběhu nemoci, jelikož by to osoba stejně nepřijala.

Třetí fáze, **generalizace negativního hodnocení**, je obdobím, kdy lidé přijímají svou nemoc, ale cítí se zmateni. Nevědí, co s nimi bude dál ani co se s nimi děje, a proto většinou zaujmou negativní postoj: zdá se, že všechno je špatně a nic v jejich životě nemá smysl. Lidé tím trpí, a ničemu se nebrání, jelikož si neumí představit, co dobrého je ještě může čekat. Tato fáze je velmi ovlivněna tím, jakou mají lidé povahu, jaké vlastnosti, předchozí zkušenosti a hodnoty, které vyznávali. Objevuje se i vztek a hněv, což může být způsob jak dát najevo svou frustraci nebo forma způsobu jak nemoc zvládnout. Lidé se zlobí na život, na zdravé lidi, někdy dokonce na lékaře, jelikož mají pocit, že jim nedokážou pomoci. U někoho naopak přichází deprese a smutek, které lze chápat jako rezignaci nebo přijetí nemoci. Lidé jsou smutní a truchlí nad tím, co jim nemoc vzala, anebo obviňují sami sebe.

Postupná adaptace je fáze čtvrtá, která je u každé osoby různě dlouhá a vyznačuje se postupným vyrovnáním se s nemocí. V tomto období probíhá ještě tzv. smlouvání, kdy lidé neočekávají zázraky, ale chtějí alespoň zmírnění následků. Většinou spolupracují při léčbě, ale může se stát, že si stanovují mnohem větší cíle, než kterých jsou schopni dosáhnout. Snaží se najít smysl a tím se mění i jejich postoje. Toto období je velmi ovlivněno aktuálním fyzickým i psychickým stavem, ve kterém se osoba nachází.

Poslední, tj. pátou fází, je **fáze smíření**. Lidé se smířují nejen s nemocí, ale také s důsledky, které způsobila. Nemají přehnané očekávání, přizpůsobují tomu svůj život a snaží se najít nový smysl života. Bohužel ne u všech ke smíření dochází. Někteří lidé nepřestávají hledat způsoby jak se uzdravit, jiní rezignují a nesnaží se situaci zvládnout tak, aby mohli žít co nejlépe v rámci svých možností. Pro některé z nich je smíření s handicapem natolik těžké, že se s ním nedokáží vyrovnat, i když se snaží. (Vágnerová, 2004) Můžeme se však setkat i s lidmi, kteří svou situaci nechtějí žádným způsobem měnit, ale naopak preferují sekundární zisky z nemoci.

3.2. Vliv cévní mozkové příhody na život člověka

Cévní mozková příhoda ovlivní všechny oblasti života: způsobí následky nejen zdravotní, ale i psychické a sociální. O některých bylo pojednáno již v kapitole výše. Rychlost vyléčení, pokud je ještě vůbec možné, závisí na mnoha faktorech, především však na závažnosti postižení, věku člověka, kvalitě rehabilitace a motivaci nemocného se vyléčit.

Podle mnoha autorů CMP snižuje kvalitu života. Vágnerová (2004) popisuje kvalitu života jako subjektivní míru spokojenosti. Nelze ji hodnotit objektivně, jelikož se liší tím, jak nemoc a problémy s ní spojené individuálně prožívá každý jedinec. Je dobré si ale uvědomit, do jaké míry CMP a její následky omezují život člověka, v čem ho znevýhodňují, a v čem dokonce limitují. CMP ve velké míře způsobuje zdravotní znevýhodnění, které má za následek například to, že lidé nemohou bydlet sami, ale musí o ně pečovat druhá osoba, většinou někdo z blízké rodiny. Návrat lidí do běžného života je dlouhodobá a náročná cesta, navíc bez zaručeného výsledku. Většina z nich se znovu učí základní a každodenní činnosti, jako je chůze, mluvení, oblékání, hygiena, psaní a podobně.

Osoby, které mají po CMP problémy s komunikací, ztrácí jednu z nejdůležitějších lidských schopností. Komunikace je hlavním prostředkem k navázání a vytvoření lidských vztahů a k získání spokojenějšího a kvalitnějšího života, proto se omezené komunikační schopnosti mohou negativně odrazit v rodině nebo partnerském vztahu. Dochází přitom ke

ztrátě společných témat, která mají vliv na posílení vazeb, a v krajním případě tak může nastat až rozpad společného soužití. (Vybíral, 2005)

Každé závažné onemocnění přináší obrovskou zátěž, která má vliv na psychiku člověka. Může se změnit nejen jeho aktuální prožívání a reagování, ale také vlastnosti a osobnost. Lidé po CMP mohou být emočně labilní, apatičtí nebo naopak výbušní a podráždění. Často měnící se nálady přispívají k zhoršenému soužití s jinými lidmi. (Vágnerová, 2007)

Dalším velkým problémem je změněné sebepojetí člověka, tj. to jak sám na sebe člověk pohlíží, jak se hodnotí a chápe. Lidé se cítí být někým jiným než před nemocí a většinou na sebe nahlíží negativně, což vede k tomu, že se necítí hodnotnými a úctyhodnými lidmi. Vyhýbají se ostatním lidem, uzavírají se do sebe a mají pocit ztráty kompetence něco řešit. (Křivohlavý, 2002) V takovém případě je pak důležitý zásah odborné pomoci, většinou psychologa nebo psychiatra, aby pomohl nemocnému vyrovnat se s následky CMP, a především přijmout sám sebe.

Vágnerová o této problematice píše: „Pod vlivem onemocnění se mění rovněž základní psychické potřeby a hodnoty, které s nimi souvisejí. Může se změnit jejich hierarchie, preferovaný způsob uspokojování, převažující aktuální motivace apod. Obvykle se stává hlavní potřebou zdraví“. (Vágnerová, 2004, s. 82)

Pro nemocné lidi je velice důležité, aby se ve svém zdravotním stavu a situaci vyznali a orientovali, jelikož jim to dává pocit určité stability a jistoty. Lidé poté mnohem lépe spolupracují s lékaři a rychleji se adaptují na změny, které v jejich životech vlivem nemoci nastaly. Pokud člověk prochází nějakou nemocí, zvyšuje se jeho potřeba citové jistoty a bezpečí. Lidé pak mají větší tendenci fixovat se na svou rodinu a nejbližší okolí, kde hledají citovou podporu, díky níž lépe zvládají dané situace. Bohužel někdy blízcí lidé takovou zátěž neunesou, nejsou dále schopni osobu podporovat, a může dojít až k rozpadu a ztrátě vztahu.

Podle Maslowovy pyramidy potřeb má každý z nás potřebu seberealizace. Ta se vlivem nemoci velmi mění, a to především změnou hodnot: lidé se většinou vzdávají svých předešlých ambicí, jelikož si jsou vědomi, že už jich nejsou schopni dosáhnout, anebo pro ně už nemají takový význam jako měli před nemocí a zaměřují se na jiné věci (Vágnerová, 2004).

CMP zasáhne i sociální stránku života, kdy člověk ztrácí většinu svých dosavadních rolí například roli pracovní, partnerskou či roli kamaráda a může se ocitnout v sociální izolaci, což má velmi neblahý vliv na jeho psychiku. Je potřeba pomoci osobám po iktu najít

svou novou identitu, respektovat je, vyslechnout jejich názor a udělat vše pro to, aby byla zachována jejich lidská důstojnost.

Cévní mozková příhoda často postihuje lidi v produktivním věku a většina z nich pak podstupuje dlouhou a náročnou rehabilitaci. Kvůli tomu nemohou chodit do zaměstnání, a někteří z nich nejsou s to se do práce vrátit vůbec, což následně negativně ovlivňuje jejich finanční příjmy. (Procházková, 2009)

Vlivem CMP může být narušena i sexualita, která patří mezi základní fyziologické potřeby. Dochází ke krátkodobé, ale i dlouhodobé sexuální dysfunkci způsobené snížením libida nebo určitým psychickým blokem. Nedostatek sexu pak může být jednou z příčin rozpadu vztahu. (Mozková příhoda [online])

Kvůli následkům po CMP jsou lidé nuceni změnit i trávení volného času, jelikož většinou nejsou schopni se účastnit různých společenských nebo sportovních akcí. To dále prohlubuje jejich sociální izolaci.

Pro jejich lepší psychické zdraví je vhodné jim opakovat, že existuje spousta lidí, kteří po CMP byli schopni navrátit se do normálního života a žít smysluplně. Pokud je toho člověk alespoň trochu schopen, je dobré se snažit mu najít nové zájmy a koníčky, které jsou adekvátní jeho možnostem. Dále se doporučuje zadávat různé úkoly například lehčí domácí práce, které zvládnou, což může mít pozitivní vliv na jejich sebepojetí a touhu se co nejrychleji uzdravit. (Feigin, 2007)

3.3. Rodina jako hlavní pečující o osobu po CMP

Pokud se o člověka po iktu po propuštění z nemocnice a ukončení následné rehabilitační léčby nemá kdo postarat a pobyt doma by sám nezvládl, nabízí se některé z rezidenčních zařízení, jako jsou domovy pro seniory, pečovatelské služby a v případě horšího zdravotního stavu léčebny dlouhodobě nemocných. (Feigin, 2007) V lepším případě si rodina bere svého blízkého domů a stává se jeho hlavním pečovatelem.

Domácí rodinná péče má pozitivní vliv na osoby, o které je pečováno, jelikož jim rodina dává péči nejen zdravotní, ale také sociální a emocionální, a to jim pak přináší pocit jistoty a bezpečí. (Pumrová, 2019)

Existuje pět fází, kterými si rodina a především hlavní pečovatel projde společně s člověkem po cévní mozkové příhodě. **O první fázi** hovoříme v době, kdy osoba leží v nemocnici po prodělané mozkové příhodě a její blízcí mají strach o její život. V tomto období je velice důležitá emocionální podpora nejen nemocného, ale i rodiny.

Ve druhé fázi dochází ke stabilizaci nemocného. Rodina je ráda, že mozkovou mrtvici přežil, ale má obavu z toho, co bude dál, tj. z budoucnosti. Třeba si nechtějí připustit následky, které mohou jejich blízkého potkat, a upínají se k nerealistickému očekávání jeho uzdravení. Většinou hledají, co nejvíce informací o CMP a o možnostech léčby.

Třetí fáze je období, kdy nemocný podstupuje rehabilitaci. Rodina může být zpočátku nadšená z toho, jaké jejich blízký dělá pokroky. Postupem času ale dochází k znepokojení, že se jeho zdravotní stav zlepšuje velmi pomalu či se nelepší vůbec, a to pak vede k deziluzi a případně k rozhořčení rodiny na zdravotnický personál, který s jejich blízkým pracuje.

Čtvrtou fázi nazýváme fází realizace. Nemocný se vrací domů a dochází k realizaci plánu domácí péče. Stává se, že pečovatelé dostávají strach, že péči nezvládnou. Uvědomují si, že péče o člověka po CMP má dopad na jejich společenský život, psychické a fyzické zdraví. Jejich negativní myšlenky se pak neblaze promítají do celkové atmosféry v domácnosti.

Poslední, **pátou fázi**, je adaptace, kdy rodina přijímá stav osoby po iktu a smiřuje se s tím, že přináší omezení. Zároveň akceptují nový způsob života, který péče o člověka po mozkové mrtvici přináší. (Palmer & Palmer, 2013; Powell, 2010)

Někteří lidé zvládají péči o svého blízkého velmi dobře a s minimálním stresem. Jsou to především lidé, kteří umí aktivně řešit problémy a mají kolem sebe sociální podporu, kvalitní komunikaci a spolupráci i v širší rodině. Také mohou chápat péči o druhého jako smysl života či osobní naplnění, příležitost k prohloubení vztahu nebo možnost nemocnému posloužit, a tím mu vrátit jeho lásku a péči. (Palmer & Palmer, 2013; Mossóczy, 2019)

Pumprová k tomu podotýká: „Aby pečující mohl vnímat pozitivní aspekty péče, musí sám v pečování nalézt pozitivní přínosy, a to jak emocionální, tak praktické, které chápe jako důsledek přijetí nové role.“ (Pumprová 2019, s. 256)

Před propuštěním z nemocnice by měla rodina dostat jasné informace o tom, co všechno péče o osobu po CMP obnáší. Je doporučeno, aby jeden z členů rodiny, tzv. hlavní pečující, pozoroval zdravotnický personál a fyzioterapeuty, jak se o nemocného starají, a poté si to mohl sám za jejich dozoru vyzkoušet. Rodina by měla spolupracovat s celým multidisciplinárním týmem, aby došlo k co nejrychlejšímu zlepšení stavu osoby po cévní mozkové příhodě. (Feigin, 2007)

Feigin k tomu dále říká: „Úloha rodiny je nejdůležitější ve chvíli, kdy pacient opouští nemocnici a začne se o něj pečovat doma. Členové rodiny by měli zotavujícího se člověka povzbuzovat, dodat mu důvěru v uzdravení a umožnit mu tak stát se nezávislým a aktivním,

jak jen to je možné. Pacienti potřebují být ujišťováni, že je rodina pořád chce a potřebuje, že jsou pro ni důležití a zůstávají členy jejich sociální struktury.“ (Feigin, 2007, s. 163)

CMP není problémem jen postižené osoby, ale celé její rodiny. Péče o člověka po iktu je velice náročná a změní životy všech členů. Dojde k přeměně jejich rolí, ale i hodnot a norem. Nejprve je důležité, aby se členové rodiny se svou novou situací a nemocí blízkého vyrovnali a mohli mu být tou oporou, jakou potřebuje. Většinou mají velké obavy z budoucnosti, mají strach a nevědí, co dělat. Kladou si otázku, jestli péči vůbec zvládnou. Na základě toho pak mohou jednat absolutně iracionálně, například mají potřebu něco účelného udělat i přesto, že to nemá žádný smysl. Také mohou vyhledávat různé léčitele nebo si nemoc svého blízkého dávají za vinu. Některé rodiny či jejich členové kontakt s osobou po iktu, u kterých mozková příhoda zanechá viditelnější následky, nezvládají, jelikož jim připomíná jejich vlastní zranitelnost. (Vágnerová, 2004)

Jakákoliv nemoc je určitým testem rodinné soudržnosti, kdy buď dojde k jejímu posílení, nebo naopak k rozpadu. Rodina pečující o osobu po cévní mozkové příhodě je nucena přehodnotit a změnit svůj dosavadní životní styl a vytvořit si nový. Většinou přitom potlačí svoje vlastní potřeby či plány, a podřídí je potřebám nemocného. Často nemá čas na své koníčky, záliby ani přátelé, a tak může dojít k nežádoucí sociální izolaci.

Péče o nemocného je velice vyčerpávající, a to jak po fyzické tak i psychické stránce. Mossóczy (2019) dělí **stresory** na primární a sekundární. **Primární stresory** způsobuje přímo péče o blízkou osobu, především když se při dlouhodobé péči blízká osoba vlivem nepříznivého zdravotního stavu mění pečujícím před očima.

Sekundární stresory jsou následky investice do péče, přičemž jde především o změnu životního stylu a potlačení osobního života kvůli péči o nemocného. Pečující se často cítí přetížení, jelikož mají závazky i vůči ostatním členům rodiny a nejsou schopni všem vyhovět, což může vést ke konfliktům.

Pečující osoby mohou cítit osamělost, úzkost, tlak a vypětí ze všech povinností, které na ně doléhají, jelikož lidé po iktu zpočátku (nebo už vůbec) nejsou schopni vykonávat činnosti, které před mozkovou příhodou vykonávali, a vše tedy zůstává na nich. Musí chodit do práce a poté mají ještě „druhou směnu“ ve formě domácí péče. Nezbyvá jim pak už čas na nic jiného. V důsledku toho často trpí spánkovou deprivací a zapomínají na své fyzické i psychické zdraví. U některých pečujících se může objevit i pocit marnosti a viny, že nezvládli svého blízkého před nemocí uchránit a že ani přes veškeré jejich úsilí nedochází ke zlepšení. Všechny tyto stavy a frustrace mohou vést až k syndromu vyhoření. Ten hrozí

také u osob, které vnímají roli pečovatele jen jako vnučenou nebo morální povinnost, a nejsou s ní vnitřně ztotožnění.

Doporučuje se proto, aby i pečující mysleli i na své zdraví a společenský život, jelikož vyčerpaný pečující nemůže poskytnout kvalitní péči nemocnému. Pečující mohou navštěvovat různé terapie či rodinné poradentství v rámci individuálních sezení nebo využít pomoc psychologa. Odborník jim pomůže zvládnout stres, který role pečujícího přináší. (Palmer & Palmer, 2013; Vágnerová, 2004; Feigin, 2007; Pumrová in Ondrušová, Krahulcová 2019; Mossóczy, 2019)

V důsledku dlouhodobé péče o nemocného může rodina začít trpět i finančními problémy. Pokud je postižení člověka po CMP natolik vážné, že potřebuje nepřetržitou péči dvacet čtyři hodiny denně, někdo z rodiny je obvykle nucen odejít ze zaměstnání. To potom s sebou nese finanční nedostatek a se lidé stávají závislými na sociálních dávkách a příspěvcích od státu.

Kalita k této problematice píše: „Pozitivní přístup rodinných příslušníků a přátel k nemocnému postiženému iktem je velmi zásadní jak v akutní fázi onemocnění, tak ve fázi doléčovací. Významně ovlivňuje vznik deprese, stimuluje nemocného k rehabilitaci a aktivní pomoci při rehabilitaci psychologicky příznivě ovlivňuje průběh onemocnění a zlepšování funkčního postižení. Urychluje snížení závislosti na cizí pomoci, obnovu soběstačnosti a co nejdříve začlenění nemocného do života a práce, obecně významně zlepšuje kvalitu života nemocného po CMP. Proto je citlivé pozitivní působení rodiny pro další osud takto nemocného nezastupitelné.“ (Kalita, 2010, s. 38)

Domácí péče však nepřináší jen samá negativa, ale přináší i pozitivní aspekty, přičemž velmi často jde o zlepšení vztahu k příjemci péče, k ostatním lidem, ale i k sobě samému. Pečující si více váží svého života, mají k němu pozitivnější přístup, a může dojít i ke změně jejich životní filozofie. (Pumrová, 2019)

Jak již bylo výše několikrát zmíněno, rodina je pro nemocného obrovskou podporou, hybnou silou a motivací, proč bojovat a snažit se co nejrychleji následky příhody překonat. Pro rodinu, a především hlavního pečujícího, je to ale velice náročná situace, k jejímuž zvládnutí je potřeba velkého úsilí a síly. Podle mého názoru je dobré, pokud se zapojí i širší rodina, aby pečujícímu alespoň trochu ulevila a on měl dostatek prostoru sám pro sebe. Rozhodně bych všem rodinám, které tato situace potká, doporučila různé sociální služby, které by jim s péčí mohly pomoci. Troufám si tvrdit, že pokud by veškerá péče byla pouze na jednom člověku, nebylo by to dlouhodobě udržitelné.

4. MOŽNOSTI FORMÁLNÍ PODPORY PRO OSOBY PO CMP A JEJICH BLÍZKÉ

Cévní mozková mrtvice je natolik závažné onemocnění, že s sebou přináší následky různého rozsahu. Jelikož zkomplikuje a ztíží život nejen osobě po CMP, ale velmi často i její rodině, je zde snaha lidem jejich tíživou životní situaci ulehčit formou existující sítě sociálních služeb. Ta zahrnuje sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Lidé po CMP bývají velmi často zdravotně znevýhodněni, tudíž mají nárok na dávky pro osoby se zdravotním postižením a na kompenzační pomůcky, které jim usnadňují vykonávání základních každodenních činností, a ulehčují tak jejich život. Dále mohou pobírat příspěvky na péči a invalidní důchod.

Neopomíná se ani na pracovní uplatnění, kdy se aktivní politika zaměstnanosti snaží co nejvíce podporovat zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Jde o to, aby lidé mohli žít ve svém přirozeném prostředí a nemuseli do institucionální péče; existuje i podpora pro pečující, a to v rámci dlouhodobého ošetrovného, důchodového a zdravotního pojištění.

4.1. Sociální služby

Sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Mezi sociální služby řadíme sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Každá z těchto služeb může být poskytována formou terénní, ambulantní nebo pobytovou.

Terénní sociální služba je poskytována v přirozeném prostředí klienta, kdy většinou pracovník dochází ke klientovi domů. Ambulantními službami rozumíme takové služby, za kterými klient dochází sám nebo je někým doprovázen či dopravován, přičemž součástí není ubytování. Pobytové služby poskytují ubytování přímo v zařízení sociálních služeb.

Sociální poradenství je děleno na základní a odborné. Základní sociální poradenství musejí zajišťovat všechny sociální služby. Jde o poskytování základních informací, které vedou

k řešení nepříznivé životní situace. Odborné sociální poradenství se zaměřuje konkrétně na potřeby určité skupiny, v našem případě o lidi po cévní mozkové příhodě.

Služby sociální prevence se snaží lidem překonávat těžkou životní situaci, která může vést k jejich vyloučení ze společnosti, a zároveň mají za úkol chránit společnost před nežádoucími společenskými vlivy. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Služby sociální péče definuje zmíněný zákon takto: „Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Podle mého názoru osoby po cévní mozkové příhodě nejčastěji využívají služby jako osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a sociální rehabilitace.

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v přirozeném sociálním prostředí klienta, bez časového omezení a při činnostech, které klient potřebuje. Osobní asistence poskytuje základní činnosti, jako je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně a zajištění stravy, dále pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Pečovatelská služba je poskytována terénně či ambulantně. Je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení nebo rodinám s dětmi, kdy jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba je poskytována ve vymezeném čase, v zařízeních sociálních služeb nebo přímo v domácnosti klienta. Pečovatelská služba pomáhá při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo pro ni poskytuje podmínky, pomáhá při zajištění chodu domácnosti, pomáhá při zajištění stravy nebo stravu poskytuje a dále zprostředkovává kontakt se sociálním prostředím. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou opět poskytovány ambulantně nebo terénně, a to osobám, které mají snížené schopnosti z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti komunikace či orientace. Jejich úkolem je pomoci klientům vyřídit si osobně vlastní záležitosti. Pomáhají při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím. Průvodcovské a předčitatelské služby bývají poskytovány i jako součást jiných služeb. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Odlehčovací služby jsou poskytovány ve všech formách terénně, ambulantně i pobytově. Opět jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. O osoby je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Odlehčovací služba si klade za cíl ulevit a dopřát pečující osobě nezbytný odpočinek, aby načerpala sílu a poté mohla v péči opět pokračovat.

Služba zajišťuje tyto činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, pokud jde o pobytovou službu, poskytuje ubytování, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti. Dále pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Podle mého názoru má odlehčovací služba význam i jako prevencí před syndromem vyhoření pečujícího a zároveň nástrojem k tomu, aby co nejvíce osob se zdravotním znevýhodněním mohlo žít a zůstat ve svém přirozeném prostředí, tedy nikoliv v zařízení sociálních služeb. Tato sociální služba se snaží dopřát pečující osobě určitý volný čas, během kterého přebírá odpovědnost za nemocného.

Centra denních služeb, denní stacionáře a týdenní stacionáře využívají osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a jejichž stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Centra denních služeb a denní stacionáře poskytují služby ambulantně, zatímco týdenní stacionáře se řadí k službám pobytovým. Také tyto služby pomáhají při osobní hygieně, stravování, při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. Také zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím a provozují sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Centra denních služeb se snaží posilovat soběstačnost a samostatnost osob, a tím předcházet jejich sociálnímu vyloučení. Tyto tři typy zařízení zajišťují osobám péči v době, kdy se o ně nemohou postarat jeho blízcí nebo osobám pomáhají při činnostech, které jsou pro ně hůře zvladatelné vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách; Ondrušová, 2017)

Domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách) Pokud jsou následky cévní mozkové příhody natolik závažné, že rodina nebo blízcí příbuzní péči nezvládnou nebo o člověka po příhodě nechtějí pečovat,

a daná osoba splňuje kritéria pro přijetí do domova, může být umístěna do některého z uvedených zařízení.

Sociální rehabilitaci řadíme mezi služby sociální prevence. Může být poskytována ambulantně, terénně nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Jde o soubor specifických činností, které směřují k dosažení co nejvyšší samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti osob. Sociální rehabilitace rozvíjí jejich schopnosti a dovednosti, posiluje návyky a nacvičuje činnosti nezbytné pro samostatný život. Snaží se využít zachované kompetence, schopnosti a potenciál těchto osob. Služba poskytuje činnosti jako zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností, které vedou k sociálnímu začlenění, výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí osoby. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

4.2. Sociální dávky

Cévní mozková příhoda svými důsledky zasáhne život nejen po fyzické a psychické stránce, ale také po stránce finanční. Lidé po CMP většinou nejsou schopni okamžitého návratu do svého zaměstnání, někteří již nemohou pracovat vůbec, popřípadě je jejich stav natolik vážný, že potřebují pomoc jiné osoby. Stát se snaží pomoci alespoň v malé míře lidem, které postihla CMP, a k tomu je využíván zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravující **příspěvek na péči** a zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, kde jsou uvedeny **dávky pro osoby se zdravotním postižením**. Dalším formou pomoci státu je **invalidní důchod**, který je poskytován na základě zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Příspěvek na péči je poskytován osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, kdy potřebují pomoc při zvládání základních životních potřeb. Výše příspěvku na péči závisí na věku osoby vyžadující pomoc a na stupni závislosti. Podle věku členíme osoby na mladší osmnácti let a na osoby starší osmnácti let. Stupně závislosti jsou čtyři: **lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost**. Stupeň závislosti se určuje podle toho, jak je osoba schopna zvládat deset základních životních potřeb, jimiž jsou: orientace, komunikace, mobilita, stravování, obouvání a oblékání, výkon fyziologické potřeby, tělesná hygiena, osobní aktivity, péče o zdraví a domácnost. CMP většinou nepostihuje osoby mladší

osmnácti let, a tak se zaměřím se na výši příspěvku za kalendářní měsíc u osob starších osmnácti let.

- I. stupeň (lehká závislost) – 880 Kč;
- II. stupeň (středně těžká závislost) – 4 400 Kč;
- III. stupeň (těžká závislost) – 8 800 Kč – pokud osobě poskytuje pomoc pobytová sociální služba, dětský domov nebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu, 12 800 Kč v ostatních případech;
- IV. stupeň (úplná závislost) – 13 200 Kč v případě, že osobě poskytuje pomoc pobytová sociální služba, speciální lůžkové zařízení hospicového typu nebo dětský domov, 19 200 Kč v ostatních případech. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Příspěvek na péči shledávám jako účinný nástroj k tomu, aby mohlo co nejvíce osob zůstat ve svém přirozeném prostředí, jelikož si myslím, že většině lidí je ve svých domácnostech a se svými blízkými lépe než v zařízeních sociálních služeb. Pokud o osobu po CMP pečuje někdo z rodiny, a musel kvůli tomu opustit své zaměstnání, znamená příspěvek na péči alespoň určitou kompenzaci ušlé mzdy. Osobně bych byla ráda, kdyby došlo k jeho navýšení.

Dávky pro osoby se zdravotním postižením upravují příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na mobilitu a průkazy osob se zdravotním postižením TP, ZTP a ZTP/P.

Příspěvek na zvláštní pomůcku je určen osobám, které mají těžké sluchové nebo zrakové postižení či těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí a jejich nepříznivý zdravotní stav je dlouhodobý, což znamená, že trvá nebo bude trvat déle než jeden rok.

Zvláštní pomůcka umožňuje dané osobě sebeobsahu, slouží k realizaci pracovního uplatnění nebo k přípravě na budoucí povolání či k získávání informací, vzdělání nebo ke styku s okolím. Mezi zvláštní pomůcky například řadíme motorové vozidlo, schodolez, schodišťové sedačky, stropní zvedací systém a zvedací či zdvihací plošiny. Patří sem i příspěvek na vodícího psa nebo na úpravu bytu. Ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., jsou uvedeny ty druhy a typy zvláštních pomůcek, na které je příspěvek ze zákona určen. (Zákon 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů) Příspěvek na zvláštní pomůcku, co se týče lidí po CMP, je podle mého názoru velice potřebný, jelikož dané pomůcky mohou nejen osobě po mozkové mrtvici, ale i pečující rodině alespoň částečně ulehčit náročnou péči.

Příspěvek na mobilitu je určen osobám starším jednoho roku, které se pravidelně a za úhradu někam dopravují, případně jsou někým doprovázeni, a nejsou v žádném pobytovém

zařízení sociálních služeb. Tyto osoby mají zároveň nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP nebo ZTP/P), přičemž výše příspěvku na mobilitu činí 550 Kč měsíčně. (Zákon 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů)

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením mají lidé starší jednoho roku, a to s tělesným, duševním nebo smyslovým postižením, které mají z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu omezenou schopnost orientace či pohyblivosti. Pro přiznání průkazu se hodnotí zdravotní stav, dlouhodobost nepříznivého zdravotního stavu, funkční schopnosti, omezení schopnosti pohyblivosti a orientace a závažnost postižení. Podle toho, jaký typ průkazu je osobě přiznán, získává dotyčná osoba určité výhody, které jí mají usnadnit život.

Průkaz označený TP (těžké postižení) získávají osoby se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace. To znamená, že je dotyčná osoba schopna samostatné pohyblivosti a orientace v domácím prostředí, zatímco v exteriéru má potíže při chůzi na nerovném terénu nebo okolo překážek a celkově zhoršenou orientaci. Díky průkazu TP mají osoby vyhrazené místo na sezení ve veřejných dopravních prostředcích, s výjimkou dopravních prostředků, kde je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky. Dále mají přednost při projednávání osobních záležitostí, pokud jednání vyžaduje delší čekání, především stání. Toto nařízení se nevztahuje na nákupy v obchodech, vyšetření ve zdravotnických zařízeních nebo obstarávání placených služeb.

Průkaz ZTP (zvláště těžké postižení) mají osoby s těžkým funkčním postižením orientace nebo pohyblivosti. Ačkoliv jim pohyb a orientace v domácím prostředí nečiní velké problémy, v exteriéru mají značné potíže a chůzi zvládnou jen na krátkou vzdálenost. Osoby s průkazem ZTP mají totožné výhody jako osoby s průkazem TP. Navíc získávají 75% slevu v autobusové dopravě, osobních vlacích a rychlících vnitrostátní přepravy a mají bezplatnou dopravu pravidelnými spoji ve veřejné hromadné dopravě.

Nárok na průkaz ZTP/P (zvláště těžké postižení s průvodcem) mají osoby s mimořádně těžkým funk

ním postižením nebo postižením úplným, které potřebují průvodce. Tyto osoby se v domácím prostředí nejsou schopny pohybovat vůbec, anebo s velkými obtížemi. Obtíže mají také v exteriéru, kde se nedokáží samostatně orientovat ani chodit a většinou se pohybují na invalidním vozíku. Osoby s tímto průkazem mají všechny výhody jako držitelé průkazu TP a ZTP. Navíc mají nárok na bezplatnou dopravu průvodce a vodícího psa.

Držitelé průkazu ZTP, ZTP/P a jejich průvodci mohou mít slevu na filmová, divadelní představení, kulturní, sportovní akce a koncerty. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů)

Invalidní důchod je jedním ze čtyř druhů důchodu, který poskytuje stát z českého důchodového pojištění. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění určuje podmínky pro nárok na invalidní důchod takto: „Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku šedesáti pěti let a stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod, popřípadě byl-li přiznán starobní důchod podle § 31, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo invalidním následkem pracovního úrazu.“

Osobu považujeme za invalidní, pokud u ní nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 35 %, a to z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. Pokles pracovní schopnosti je snižená schopnost vykonávat výdělečnou činnost, a to z důvodu omezení tělesných, duševních nebo smyslových schopností ve srovnání se stavem, který byl u osoby před vznikem dlouhodobého nepříznivého stavu. Rozlišujeme tři stupně invalidity podle toho o kolik procent klesla pracovní schopnost osoby.

- Invalidita prvního stupně znamená pokles pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %.
- Invalidita druhého stupně znamená pokles pracovní schopnosti nejméně o 50 % a nejvíce 69 %.
- Invalidita třetího stupně znamená pokles pracovní schopnosti nejméně o 70 %.

Pokles pracovní schopnosti je posuzován podle zdravotního stavu osoby, který je doložen funkčními vyšetřeními. Zohledňuje se, zda jde o zdravotní stav, který ovlivňuje pracovní schopnost trvale, zda je osoba na své postižení adaptována. Dále je bráno v potaz, jestli jde o stabilizovaný zdravotní stav, je-li dotyčná osoba schopna vykonávat jinou výdělečnou činnost než doposud a zda je schopna využít pracovní schopnost, která byla zachována. (Zákon 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění)

4.3. Podpora rodinných pečujících

Lidé, které zasáhla cévní mozková příhoda velmi často přichází o svou soběstačnost a potřebují pomoc jiné osoby. Někteří lidé využijí sociální služby, především osobní asistenci nebo pečovatelskou službu, o jiné se rozhodne starat někdo z rodiny. Péče o osobu po CMP není vůbec jednoduchá, a tak se může stát, že člověk potřebuje celodenní péči. V takovém případě pak je většinou pečující osoba nucena odejít ze svého zaměstnání. Stát

se proto snaží alespoň částečně podpořit pečující osoby, a to prostřednictvím dlouhodobého ošetrovného, náhradní dobou pojištění a hrazením zdravotního pojištění.

Dlouhodobé ošetrovné upravuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Dlouhodobé ošetrovné je dávka, na kterou má nárok osoba pečující o člověka, jehož stav vyžaduje dlouhodobou péči v domácím prostředí, a pečující osoba v důsledku toho nemůže vykonávat své zaměstnání.

Ošetrovanou osobou je podle zákona myšlena osoba, u které došlo k závažné poruše zdraví a její stav vyžadoval hospitalizaci nejméně sedm dní a zároveň se předpokládá, že po propuštění osoby z nemocnice do domácího prostředí bude nutná dlouhodobá péče, a to alespoň po dobu třiceti dní. Podmínkou k poskytnutí dávky je, že pečující osobou musí být manžel (nebo manželka), registrovaný partner (nebo partnerka), druh, družka či osoba žijící v domácnosti s ošetrovanou osobou, dále přímý příbuzný, sourozenec, tchán, neter, synovec, snacha, zeť, teta, strýc nebo těchto vyjmenovaných manželé (nebo manželky), registrovaní partneři nebo druhové či družky.

Pokud nárok na dlouhodobé ošetrovné uplatňuje druh, družka či osoba žijící s ošetrovanou osobou ve společné domácnosti musí mít shodné místo trvalého bydliště. Dlouhodobé ošetrovné lze čerpat po dobu devadesáti dní a jeho výše je 60 % denního vyměřovacího základu za kalendářní den. Dlouhodobé ošetrovné zároveň poskytuje prostor rodině v rozhodnutí, jak se o svého blízkého postarat, za předpokladu, že bude potřebovat nadále péči jiné osoby. (Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění)

Pravidla **náhradní doby pojištění** najdeme v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Náhradní doba pojištění je období, ve kterém není odváděno žádné pojistné, ale i přesto se dané období započítává do potřebných let pojištění pro důchod. V našem případě se náhradní doba pojištění týká osob pečujících o člověka, který je závislý na péči jiné osoby ve II., III. nebo IV. stupni, a žijí spolu ve společné domácnosti. Pokud je pečující osobou někdo blízký, není společná domácnost podmínkou. (Zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění)

O **hrazení zdravotního pojištění** pojednává zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Za pečující osobu po dobu, kdy vykonává péči, hradí zdravotní pojištění stát, tudíž je pečující osoba zproštěna platby zdravotního pojištění. (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění)

Dle mého názoru mohou být určitou pomocí pro pečující osoby také **svépomocné skupiny**, kdy se lidé vzájemně podporují, dodávají motivaci a sílu. Zjišťují, že v podobné situaci se ocitají i ostatní lidé a že na to nejsou sami. Mohou si navzájem předávat zkušenosti,

cenné rady a alespoň na chvíli se vymanit ze stereotypu pečování. Svépomocné skupiny velice zlepšují psychiku pečujících, a tak mohou být svým způsobem prevencí před syndromem vyhoření. Všechny výše zmiňované formy podpory jsou pro pečující osoby nemalou pomocí, a díky nim mohou o spoustu lidí pečovat jejich nejbližší v jejich domácnostech.

4.4. Organizace podporující lidi po CMP a jejich rodiny

Sayoud Solárová uvádí: „Svépomocné skupiny a občanská sdružení pomáhají lidem vyrovnat se s důsledky onemocnění, sdílet své problémy navzájem a vyměňovat si zkušenosti. Pomáhají najít pracovní uplatnění a také poskytují svým klientům sociálně právní poradenství nebo řešení problematiky bydlení. Zprostředkování rehabilitace a spolupráce s lékaři je samozřejmostí. Zapojení rodiny a přátel je ideální. Možnost sdílení vlastního problému, získání pocitu, že i druzí mají podobné starosti a zkušenosti, je součástí psychoterapie. Organizace může mít velkou sílu v prosazování opatření, která se týkají rozsahu sociální a zdravotní péče i jejich financování. Občanská sdružení pořádají také rekondiční pobyty, kterých se účastní i odpovídající specialisté, na nichž jsou asociovány prvky léčebné i pracovní rehabilitace a podporovány veškeré aktivity, které napomáhají sociální integraci zdravotně postižených jedinců.“ (Sayoud Solárová, 2010, s. 88)

Mezi nejznámější organizace pomáhající lidem po cévní mozkové příhodě a jejich rodinám patří **Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách – Sdružení CMP a Sdružení ICTUS**.

Sdružení CMP je nezisková organizace působící v České republice od roku 1990. Pomáhá lidem po iktu v návratu do běžného života. Snaží se jim ulehčit situaci a pochopit, že tímto život nekončí, ale může důstojně pokračovat. Sdružení CMP poskytuje poradenskou činnost, přednášky a semináře, dále pak zajišťuje rekondiční pobyty a kluby CMP.

Poradenskou činnost poskytuje jak osobám po cévní mozkové příhodě, tak i jejich rodinám. Informuje o službách a příspěvcích, na které mají nárok, dále pak o možnostech rehabilitace i o spolupráci s dalšími institucemi.

Přednášky a semináře jsou pořádány nejen pro lidi po CMP a jejich rodinné příslušníky, ale také pro laickou i odbornou veřejnost.

Rekondiční pobyty se konají pětkrát až šestkrát do roka, v rekreačních zařízeních v Čechách nebo na Moravě a trvají čtrnáct dní. Pobyty jsou pod vedením týmu, který se skládá z lékaře, psychologa, logopeda, ergoterapeuta a několika fyzioterapeutů. Cílem rekondičních pobytů je komplexní, intenzivní rehabilitace, která má za úkol, aby se osoba

po CMP co nejlépe vyrovnala se svou novou životní situací. Probíhají tam individuální a skupinová cvičení, psychoterapie, ergoterapie, arteterapie, logopedie, přednášky se zdravotní tematikou, výlety a vycházky, sportovní a společenské akce. Kromě toho se lidé učí využívat různé kompenzační pomůcky, které jim ulehčí běžné denní a pracovní činnosti. Rekondičních pobytů se účastní i rodinní příslušníci osob po mozkové mrtvici, kteří jezdí s nimi jako doprovod. O tyto pobyty je veliký zájem především proto, že prokazatelně zlepšují zdravotní stav lidí po cévní mozkové příhodě.

Kluby CMP svou činností navazují na rekondiční pobyty. V současné situaci je po České republice deset klubů, a to ve městech Brno, Brandýs nad Labem, Havlíčkův Brod, Liberec, Praha 5, Poděbrady, Teplice a Orlová. Kluby fungují dvakrát až čtyřikrát měsíčně a provozují logoterapii, fyzioterapii a psychoterapii. Probíhá tam i sociální rehabilitace; člověk si může uvědomit skutečnost, že není sám, ale patří mezi ostatní a je pro společnost platný, což často vede k zlepšení jeho zdravotního stavu. (Sdružení CMP [online])

ICTUS o. p. s. je společnost založená v roce 2007 pro pomoc lidem po CMP k návratu do plnohodnotného života. Snaží se o získání co nejvyšší soběstačnosti osob po mozkové mrtvici. Cílem společnosti je podporovat lidi po mozkové příhodě, aby se nestranili společnosti a nezavírali doma, ale naopak chodili ven mezi ostatní lidi a našli si nějaký koníček. ICTUS poskytuje poradenství, rekondiční pobyty, volnočasové a vzdělávací aktivity, zprostředkovává kontakt s centry věnujícími se léčbě následků po CMP a rekonvalescenci. Dále poskytuje socioterapeutické činnosti a spolupracuje s Centrem Pětihosty, což je obecně prospěšná společnost fungující jako multifunkční rehabilitační středisko pro pacienty po cévní mozkové příhodě. (Ictus [online])

Dle mého názoru jsou organizace pro osoby po CMP velmi potřebné, ať již přímo pro osoby, které mozková příhoda zasáhla tak i pro jejich rodiny. Myslím, že díky nim roste pravděpodobnost, že lidé mohou opět žít důstojný život a stát se soběstačnými. Pomáhají nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické, což je neopomenutelná součást ovlivňující uzdravení.

5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření vychází z teoretické části této diplomové práce. V teoretické části jsem se věnovala charakteristice cévní mozkové příhody, rizikovým faktorům, prevenci, příznakům a následkům, které iktus může způsobit, jakož i rehabilitaci, kterou lidé po iktu podstupují, specifikům osob po prodělání mozkové mrtvice a jejich rodin a možnostem formální podpory.

Výzkumným tématem praktické části diplomové práce je dopad cévní mozkové příhody na život člověka po iktu a jeho blízkých.

5.1. Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření mé diplomové práce je zjistit a zhodnotit, jaký je dopad cévní mozkové příhody na život člověka a jeho blízkých.

S ohledem na cíl výzkumného šetření jsem koncipovala dvě hlavní výzkumné otázky:

HV1: K jakým změnám došlo v životě člověka po CMP?

HV2: Jak ovlivnila život blízké osoby péče o člověka po CMP?

Na základě zvolených výzkumných otázek chci zjistit, jak důsledky cévní mozkové příhody změnily a ovlivnily různé oblasti života osoby po iktu a jejich blízkých pečujících. Také chci zkoumat, zda se osobě po mozkové mrtvici podařilo vrátit do běžného života nebo jestli musela vlivem důsledků CMP udělat ve svém životě nějaké změny, jakým způsobem probíhala rehabilitace a zda osoby po iktu a jejich blízcí pečující využili formální možnosti podpory.

Na základě hlavních výzkumných otázek jsem zformulovala tazatelské otázky, které pomohou ke komplexnějšímu pochopení výzkumného problému.

Tazatelské otázky k HVO 1 jsou:

1. Jaké zdravotní komplikace způsobila CMP zkoumané osobě?
2. Jaké následky měla CMP na psychiku zkoumané osoby?
3. Jaké důsledky měla CMP na profesní život zkoumané osoby?
4. Jaké důsledky měla CMP na volnočasové aktivity zkoumané osoby?
5. Jak CMP ovlivnila sociální vztahy zkoumané osoby?
6. Jak probíhala rehabilitace po CMP u zkoumané osoby?
7. Jaké možnosti formální podpory zkoumaná osoba po CMP či její blízcí využívali / využívají?

Tazatelské otázky k HVO 2 jsou:

1. V jakých oblastech dotazovaná osoba nejvíce pomáhala blízkému po CMP?
2. Jakým způsobem se péče o osobu po CMP odrazila v profesním životě zkoumané osoby?
3. Jaké důsledky měla péče o člověka po CMP na volnočasové aktivity zkoumané osoby?
4. Jaké následky měla péče o člověka po CMP na osobní život a společenský život zkoumané osoby?
5. Jaké možnosti formální podpory dotazovaná osoba využívala poté, co CMP zasáhla jeho blízkého?
6. Co shledává zkoumaná osoba za nejnáročnější v péči o osobu po CMP?

Toto šetření je svou povahou kvalitativního charakteru, přičemž si nekladu si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

5.2. Metody výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum, a to formou techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum zkoumá problémy a jevy v přirozeném prostředí, a tím získává o zkoumaných jevech komplexní obraz. Cílem kvalitativního výzkumu je zjistit a prezentovat to, jakým způsobem lidé chápou, vytvářejí a prožívají sociální realitu. (Švaříček, 2007)

„Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce.“ (Hendl, 2016, s. 48)

Výzkumníkovi jde především o to prozkoumat do hloubky určitý jev a zjistit o něm maximální množství informací. (Švaříček, 2007)

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je jeho relativní flexibilita. Předem připravené okruhy otázek lze podle situace měnit, prohazovat jejich pořadí, vynechat je či dokonce pokládat otázky doplňující. Díky polostrukturovanému rozhovoru můžeme reagovat na nečekané a zajímavé informace, které sice nemusí patřit do struktury předem připraveného rozhovoru, ale dokáží lépe a komplexněji objasnit výzkumný problém. (Gavora, 2010)

Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila z toho důvodu, jelikož mi umožňoval přizpůsobit otázky dané situaci; v případě potřeby jsem se mohla respondenta doptat a dle mého názoru k němu během rozhovoru celkově citlivěji přistupovat.

5.3. Metodika šetření

Pro realizaci praktické části diplomové práce jsem oslovila čtyři respondenty po cévní mozkové příhodě, a to dva muže a dvě ženy, z nichž jedna není schopna komunikace, a proto za ni odpovídala její pečující osoba.

Abych získala komplexnější a ucelenější pohled na situaci, a tím lépe naplnila cíl své diplomové práce, současně jsem oslovila blízké osoby respondentů, dvě ženy a jednoho muže, které o ně po mozkové mrtvici pečovali. Blízká osoba byla vybrána přímo pacientem po CMP podle jeho uvážení, kdo se o něj nejvíce staral a pomáhal.

U jednoho z respondentů nebyla potřebná žádná další péče, tudíž nebyl proveden rozhovor s blízkou osobou. Naopak jeden z rozhovorů mi poskytla pouze blízká pečující osoba, jelikož respondentka po cévní mozkové příhodě nebyla kvůli svému zdravotnímu stavu rozhovoru schopna.

Respondenty jsem oslovila přímo, bez zprostředkování neziskové organizace. Všechny respondenty jsem předem obeznámila s tím, že rozhovory budou sloužit pouze pro účely diplomové práce a ubezpečila je o zachování anonymity.

Vlivem pandemické situace bylo komplikovanější zrealizovat osobní setkání s respondenty, ale za předpokladu dodržování hygienických opatření jsme nakonec telefonicky domluvili datum i čas návštěvy. Rozhovory probíhaly v přirozeném domácím prostředí respondentů, a podařilo se zajistit i účast jejich blízkých. Všem respondentům jsem po předchozí domluvě zaslala otázky rozhovorů na e-mail, aby měli čas se nad nimi zamyslet a předem se na rozhovor připravit. Chtěla jsem zabránit tomu, aby je některá z otázek zaskočila, či jim dokonce byla nepříjemná.

Před započetím rozhovoru jsem respondenty ujistila o důvěrnosti informací. Během rozhovoru jsem se snažila o příjemnou, uvolněnou atmosféru, i přes závažnost tématu. Rozhovory byly s předchozím souhlasem respondentů nahrávány na mobilní telefon a poté zpracovány do písemné podoby. Délka rozhovorů byla zcela individuální, neboť někdo byl sdílnější a někdo odpovídal stručněji. V případě potřeby jsem pokládala doplňující otázky. Průměrná délka rozhovoru byla asi 40 minut.

Rozhovory proběhly od března do dubna 2021. Výsledky rozhovorů byly zpracovávány průběžně od března do června 2021.

5.4. Etické zásady výzkumu

Při každém výzkumu je důležité dodržovat etické zásady, mezi něž v kvalitativním výzkumu patří důvěrnost, kdy je důležité zajistit, aby nebyla zveřejněna žádná data, která by mohla účastníka výzkumu identifikovat, a nebyla mu tím způsobena újma. Nedílnou součástí etických zásad je také poučený souhlas, přičemž je účastníkům třeba sdělit všechny důležité informace týkající se výzkumu, a on se na základě toho rozhodne, zda s výzkumem souhlasí či nikoliv. Pokud účastník souhlasí, doporučuje se jeho souhlas zaznamenat, ať již pomocí formuláře nebo případně nahráním na diktafon. Podle posledního principu je třeba účastníkům umožnit přístup k výsledkům výzkumu, ve kterém figurovali, pokud o to mají zájem. (Švaříček, 2007)

Proto jsem všechny respondenty seznámila s etickými zásadami a sdělila jim účel svého výzkumu. Náležitě jsem zachovala anonymitu všech účastníků a informovala je o případné možnosti nahlédnout do výsledků výzkumu.

5.5. Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvoří čtyři osoby po cévní mozkové příhodě, a to dvě ženy ve věku 48 a 76 let a dva muži ve věku 54 a 72 let, a dále pak tři blízké osoby pečující o pacienta po CMP. Šlo o dvě ženy ve věku 47 a 76 let a jednoho muže ve věku 48 let. Všichni dotazovaní žijí ve svém domácím prostředí, kromě jedné respondentky, která se přestěhovala k rodičům, aby mohla pečovat o svou nemocnou matku. Sociodemografické údaje respondentů jsou pro větší přehlednost uvedeny v tabulce č. 1. a č. 2. Kvůli zachování anonymity jsou jména respondentů a jejich blízkých pozměněna.

Tabulka č. 1: Základní údaje o respondentech po CMP

Jméno	Věk	Bydliště	Rodinný stav	Zaměstnání	Věk ve kterém proběhla CMP
Jana	48 let	město, byt	vdaná	poštovní doručovatelka	34 let
Jaromír	72 let	vesnice, byt	ženatý	starobní důchod, starosta obce	71 let
Pavel	54 let	vesnice, dům	svobodný	invalidní důchod, občasně vypomáhá jako zedník	50 let
Božena	76 let	vesnice, dům	vdaná	starobní důchod	74 let

Tabulka č. 2: Základní údaje o blízkých respondentů po CMP

Jméno	Věk	Bydliště	Rodinný stav	Zaměstnání	Vztah k osobě po CMP
Ivan	48 let	město, byt	ženatý	OSVČ	manžel
Marie	76 let	vesnice, dům	vdova	starobní důchod	matka
Monika	47 let	vesnice, dům	vdaná	uklízečka	dcera

5.6. Rozhovory s respondenty

5.6.1. Rozhovor č. 1

Osoba po CMP – paní Jana

Věk: 48 let

Bydliště: město, byt

Rodinný stav: vdaná

Zaměstnání: poštovní doručovatelka

Věk, ve kterém CMP proběhla: 34 let

1. Jaké zdravotní komplikace Vám CMP způsobila?

„Ráno v práci se mi udělalo špatně, začala mě bolet hlava, hučelo mi v uších, spadl koutek, nemohla jsem mluvit a chodit, ochrnula mi půlka těla. Rovnou z práce mě odvezla záchranka do nemocnice. V nemocnici mi udělali CT vyšetření, ale bohužel nic nezjistili. Druhý den jsem šla na magnetickou rezonanci, kde se CMP potvrdila. asi 5 dní jsem byla upoutaná na lůžku, nemohla jsem se pohybovat a byla jsem unavená. Potom asi šestý den jsem začala pomalu chodit se sestřičkami a na posteli procvičovat. Po 14 dnech mě převezení do Prahy do nemocnice na Homolce, kde jsem podstoupila několik vyšetření, a po týdnu mě propustili domů.

Celkem jsem strávila v nemocnici 3 týdny. Na neschopence jsem byla 9 měsíců. Asi 3 měsíce po prodělání cévní mozkové příhody jsem začala chodit na logopedii, špatně jsem mluvila a asi po půl roce jsem jela do lázní, do Jánských lázní na rehabilitaci, tam jsem byla 5 týdnů. Vše se zase vrátilo po těch 9 měsících do stavu před proděláním cévní mozkové příhody a vrátila jsem se zase do práce.“

2. Jaké následky měla CMP na Vaši psychiku?

„Byla jsem hodně apatická. Vůbec jsem neměla chuť do života a nic mě nebavilo. Bylo to šílený. Chuť do života se mi vrátila asi do půl roka.“

3. Jaké důsledky měla CMP na Váš profesní život?

„Po prodělání CMP jsem byla na neschopence, a věřila jsem, že se zase vrátím do práce a vše zase bude jako dřív. A naštěstí to tak dopadlo a já zase můžu dělat svou práci.“

4. Jaké důsledky měla CMP na trávení Vašeho volného času/volnočasové aktivity?

„Velké, nemohla jsem skoro nic. Nemohla jsem chodit na zahrádku, s pejskem na procházky, jezdit na kole. Nemohla jsem vařit, péct. Začala jsem se znovu učit psát a číst. Netrvalo to ale dlouho, vše se rychle vracelo zpátky do normálu.“

5. Jak ovlivnila cévní mozková příhoda Vaše sociální vztahy?

„Poměrně hodně. Nechtěla jsem chodit mezi lidi, stranila jsem se, styděla jsem se za mojí špatnou výslovnost a mojí chůzi. Nejlíp mi bylo doma s dětmi a manželem. Manžel mi byl obrovskou oporou a hrozně mi se vším pomáhal. On mě prakticky zastal ve všech činnostech v domácnosti.“

6. Jak u Vás probíhala rehabilitace?

„Začala jsem chodit na logopedii, rehabilitaci jemné motoriky a potom 5 týdnů v Jánských lázních. Samozřejmě jsem trénovala hodně doma chůzi, psaní, malování a řeč. Bylo to náročný, ale rozhodně mi to pomohlo vrátit se rychleji zpět do života.“

7. Jaké možnosti formální podpory jste využila?

„Byla jsem na neschopence 9 měsíců, jiné dávky jsem nevyužila.“

Blízká osoba pacientky paní Jany – pan Ivan

Věk: 48 let

Bydliště: město, byt

Rodinný stav: ženatý

Zaměstnání: OSVČ

Vztah k osobě po CMP: manžel

1. V jakých oblastech (v čem) jste nejvíc pomáhal své manželce po CMP?

„Snad úplně ve všem. Vyřizoval jsem potřebné věci v práci, vařil jsem, staral se celkově o domácnost a hlavně děti, kterým v tu dobu bylo sedm a jedenáct. Byla to makačka.“

2. Jakým způsobem se péče o Vaši manželku odrazila ve Vašem profesním životě?

„Naštěstí nijak. Dělán v kamenolomu, kde se přes zimu nedělá a v té době jsem byl doma.“

3. Jaké důsledky měla péče o Vaši manželku na Vaše volnočasové aktivity?

„Neměl jsem čas na nic. Všechny moje koníčky šli stranou, času na sebe bylo málo, protože jsem se musel starat hlavně o děti a vlastně celou domácnost jsem měl na starost. A vlastně jsem na nic neměl ani náladu.“

4. Jaké následky měla péče o Vaši manželku na Váš osobní a společenský život?

„Určitě jsem přestal chodit mezi lidi, protože na to nebyl čas ani náladu. Dřív jsme chodili s chlapama každý pátek na pivo, ale v době kdy Jana onemocněla, to nešlo. Hodně jsem se věnoval dětem a Janě. Myslím si, že nás jako rodinu ta nemoc ještě víc sblížila.“

5. Jaké možnosti formální podpory jste využil poté, co zasáhla CMP Vaši manželku?

„Žádné.“

6. Co shledáváte za nejnáročnější v péči o osobu po CMP?

„Psychiku, rozhodně psychiku. Najednou se změnil celý život. To, co vždycky dělala Jana jsem najednou musel dělat já. Neměl jsem žádnéj volnej čas pro sebe a celkově to bylo psychicky dost náročný.“

Analýza rozhovorů č. 1

Paní Janu postihla cévní mozková příhoda ve 34 letech. V práci se jí udělalo nevolno, měla bolesti hlavy, spadlý koutek, hučení v uších a z ničeho nic nemohla mluvit a ochrnula na půl těla.

Mozkovou příhodu prokázala magnetická rezonance. Až šestý den hospitalizace v nemocnici byla paní Jana schopna cvičení na posteli a chůze s pomocí zdravotních sester. Celkově v nemocnici strávila tři týdny a podstoupila různá vyšetření. Po třech měsících od CMP začala navštěvovat logopeda, jelikož měla problémy s řečí. A po půl roce odjela na pět týdnů do Jánských lázní; celkově byla v pracovní neschopnosti devět měsíců. Celou dobu pevně věřila, že se do své práce vrátí. Díky rehabilitaci se mohla vrátit ke své původní profesi poštovní doručovatelky, a to na plný úvazek.

Paní Jana na období po CMP vzpomíná velice nerada, jelikož byla velmi apatická, bez chuti do života. Musela se znovu učit číst a psát a nemohla vykonávat žádné činnosti, které předtím ráda dělala. Uzavřela se do sebe a nechtěla chodit do společnosti, protože se za sebe styděla, zejména za svou chůzi a problémy s výslovností. Největší oporu našla ve svém manželovi a dětech, kteří ji dodávali chuť do života a byli pro ni velikou motivací proč se uzdravit.

Ani manžel paní Jany, pan Ivan na toto období nevzpomíná rád. Musel obstarat celou domácnost a především děti, kterým v té době bylo sedm a jedenáct let. Veškeré jeho volnočasové aktivity šli stranou a svou energii věnoval především manželce a dětem.

Pro všechny členy domácnosti to bylo náročné období, a to především po psychické stránce. Naštěstí se paní Jana poměrně za krátký čas uzdravila a nyní na sobě neshledává žádné následky po mozkové mrtvici. Oba respondenti se shodují na tom, že je nemoc paní Jany jako rodinu ještě více semkla. Říkají, že pokud zvládli tohle, tak už spolu zvládnou všechno.

5.6.2. Rozhovor č. 2

Osoba po CMP – pan Jaromír

Věk: 72 let

Bydliště: vesnice, byt

Rodinný stav: ženatý

Zaměstnání: starobní důchod, starosta obce

Věk, ve kterém CMP proběhla: 71 let

1. Jaké zdravotní komplikace Vám CMP způsobila?

„Naštěstí jsem dopadl dá se říct celkem dobře. Po mrtvici jsem měl a vlastně ještě někdy teď mám problém s vyjadřováním a celkově s řečí, mluvením. A tak to vlastně i všechno začalo. Ráno jsem se probudil, a z ničeho nic jsem nemohl mluvit. Manželce to přišlo divný, tak mi zavolala záchranku a ty mě hned odvezli do nemocnice, kde jsem byl asi tak týden. Ale snažím se si to hlídat, takže bych řekl, že je to minimální a nebudu vám tu říkat žádné nesmysly, nebojte.“

2. Jaké následky měla CMP na Vaši psychiku?

„To víte, nebylo to nic příjemného, najednou jsem se neuměl vyjádřit a nenapadaly mě ty správný slova. Nebo jsem úplně zkomolil nějaký slovo. Ze začátku jsem byl úplně bezradný, ale moje rodina se mnou měla trpělivost, a hlavně se to celkem v krátké době začalo rychle zlepšovat.“

3. Jaké důsledky měla CMP na Váš profesní život?

„Jelikož jsem důchodce, tak už mám profesní život za sebou, ale ještě dělám starostu. Tam mě na čas, než jsem se dal znova dohromady, zastoupili, takže myslím, že to nějaký závažný důsledky nemělo.“

4. Jaké důsledky měla CMP na trávení Vašeho volného času / volnočasové aktivity?

„V mém věku už těch volnočasových aktivit a zájmů moc není. Na procházky jsem chodil pořád, takže se nic nezměnilo.“

5. Jak ovlivnila cévní mozková příhoda Vaše sociální vztahy?

„Řekl bych, že nijak. Možná ke mně moje rodina a manželka byly ohleduplnější, co se týče toho mluvení, ale jinak všechno zůstalo při starém.“

6. Jak u Vás probíhala rehabilitace?

„Na žádnou rehabilitaci jsem nechodil. Mám známou, co pracuje s dětma, co špatně mluví, teď si nevzpomínám, jak se tomu přesně říká, tak ta mi nějak poradila, co mám trénovat. Ale nejdůležitější byla stejně vůle k tomu původnímu vyjadřování. Někdy se ještě teď přistihnu, nebo manželka, že řeknu nějaký nesmysl, ale to je fakt málokdy.“

7. Jaké možnosti formální podpory jste využil?

„Žádnou podporu jsem nevyužil.“

Blízká osoba pacienta po cévní mozkové příhodě

Jak již bylo řečeno, pan Jaromír měl po cévní mozkové příhodě problémy s řečí, ale jinak byl soběstačný, tudíž nepotřeboval péči jiné osoby. Z tohoto důvodu nebyl proveden rozhovor s nejbližší čili pečující osobou.

Analýza rozhovoru č. 2

Pana Jaromíra zasáhla cévní mozková příhoda v jeho 71 letech. Z ničeho nic nemohl ráno mluvit, a tak mu jeho manželka zavolala rychlou záchrannou službu, která ho odvezla do nemocnice, kde strávil jeden týden.

Pan Jaromír měl problém s komunikací, pletla se mu slova a nedokázal se vhodně vyjadřovat. Ze začátku se cítil bezradně, ale naštěstí se to brzy zlepšilo. Jeho známá, která pracuje jako logopedka, mu poradila nějaké techniky, které s pomocí své manželky trénoval. Občas se mu ještě i nyní stává, že se přerěkne, ale prý je to minimální.

Vzhledem k rychle se lepšícímu stavu byl pan Jaromír zastoupen na postu starosty jen po nezbytně nutnou dobu a nyní je opět ve funkci.

Následky cévní mozkové příhody panu Jaromírovi nijak neovlivnily sociální vztahy ani trávení volného času. Vzhledem k tomu, že nebyla žádným způsobem narušena jeho soběstačnost, nebyl proveden rozhovor s blízkou osobou.

Pan Jaromír je velmi rád, že měl svým způsobem minimální následky, které se za krátký čas vrátily znovu do normálu, a také doufá, že už ho cévní mozková příhoda nikdy nepotká.

5.6.3. Rozhovor č. 3

Osoba po CMP – pan Pavel

Věk: 54 let

Bydliště: vesnice, dům

Rodinný stav: svobodný

Zaměstnání: invalidní důchod, občas vypomáhá jako zedník

Věk, ve kterém CMP proběhla: 50 let

1. Jaké zdravotní komplikace Vám CMP způsobila?

„Měl jsem veliký problémy s chůzí. Po mrtvici jsem nebyl schopnej se sám pohybovat, bál jsem se, že spadnu a neudržel jsem pořádně rovnováhu. Ze začátku jsem musel chodit o chodítko a pak, když jsem si začal být jistější, tak stačilo, když šel někdo vedle mě. Nevim, jestli by mi pomohlo, kdybych padal, ale prostě jsem měl větší jistotu. Nějakou dobu to trvalo, ale teď už chodím, jako bych žádnou mrtvici neměl. Ale občas trpím na bolest ramena. Taky беру prášky na epilepsii. Tu mi spustila právě ta mrtvice.

Vlastně to tím začalo – ráno mě našla matka v posteli a prý mě nemohla probudit a najednou jsem se začal nějak klepat a měl jsem spadlej koutek a nevím, co ještě, tak volala záchranku. V nemocnici jsem byl zhruba tak týden, co si vzpomínám, a pak mě převezli na rehabilitaci a tam se mnou cvičili asi 3 týdny, a nakonec mi doporučili lázně, tak jsem jel. Byl jsem tam 6 týdnů. A musím říct, že to mi dost pomohlo.

Ale aby toho nebylo málo, tak jsem potom všem dostal ještě infarkt, no nenudil jsem se.“

2. Jaké následky měla CMP na Vaši psychiku?

„První chvíle byly hrozný, bál jsem se, že už nikdy nebudu sám chodit a pořád budu muset s sebou vláčet to děsný chodítko. Bylo to hodně náročný a někdy jsem si říkal, že na to nemám a že to snad vzdám. A pak jsem si řekl: Ty vole, Pavle, vždyť je ti tady 50 let, tak se vzchop a koukej makat.

Taky pro mě bylo těžký připustit si, že potřebuju pomoc svý mámy místo toho, abych já pomáhal jí. Chlapecký ego, ale dobrý, zvládli jsme to nějak.“

3. Jaké důsledky měla CMP na Váš profesní život?

„Celej život jsem dělal zedníka, a to není lehká práce. Po tý mrtvici jsem byl na neschopence a pak, když jsem dostal infarkt, tak jsem si vyřídil invalidní důchod. Ten vlastně беру do teď, a občas jezdím pomáhat jako brigádník klukům na stavby. Ta práce mě baví, tak jsem rád, že jsem o ni nepřišel úplně, a ještě si nějakou korunu vydělám.“

4. Jaké důsledky měla CMP na trávení Vašeho volného času/volnočasové aktivity?

„Hodně času jsem trávil prací kolem baráku nebo jsem něco kutil v dílně. A po mrtvici to úplně nešlo, protože ta chůze ještě nebyla stoprocentní a byl jsem víc unavenej. Tak jsem vyměnil kutění za procházky a nějaký cvičení, co mi v lázních a na rehabilitaci poradili. A to mi pomohlo, tak zase můžu kutit a udržovat barák.“

5. Jak ovlivnila cévní mozková příhoda Vaše sociální vztahy?

„To bych řekl, že asi ani nijak. Jediný co, že jsem byl víc odkázanej na pomoc mámy a někdy jsme si lezli na nervy, protože jsem byl občas protivnej z toho, že mi přehnaně pomáhá a že nemůžu jít hned do práce a tak. A jasně, že jsem nechodil tolik mezi lidi, ale kluci z práce za mnou jezdili.“

6. Jak u Vás probíhala rehabilitace?

„Jak už jsem říkal z nemocnice mě převezli na rehabilitaci, kde jsem byl myslim 3 týdny a tam se mnou hodně cvičili, chodili o chodítku a tak. A pak jsem jel do těch lázní a ty mi pomohli celkem dost. To už to chození bylo o něčem jiným. Měl jsem tam dost procedur, takže to uteklo. No a doma jsem chodil na procházky a hodně cvičil podle toho, co mi poradili.“

7. Jaké možnosti formální podpory jste využil?

„Invalidní důchod.“

Blízká osoba pacienta pana Pavla - paní Marie

Věk: 76 let

Bydliště: vesnice, dům

Rodinný stav: vdova

Zaměstnání: starobní důchodkyně

Vztah k osobě po CMP: matka

1. V jakých oblastech (v čem) jste nejvíc pomáhala svému synovi po CMP?

„Pavel šel rovnou z nemocnice na rehabilitaci, pak do lázní, takže když se vrátil, tak už na tom byl mnohem líp. Nejvíc jsem mu pomáhala asi trénovat tu chůzi, aby si byl jistější a mohl chodit úplně sám. Každý den jsem ho vytáhla jednou nebo někdy i víckrát na procházku. Prvně jsme chodili fakt krátký trasy a pak zvyšovali a to mu pomohlo. Jo a nutila jsem ho cvičit, protože na to byl líný.“

2. Jakým způsobem se péče o syna odrazila ve Vašem profesním životě?

„Já už jsem v důchodu, takže nijak.“

3. Jaké důsledky měla péče o syna na Vaše volnočasové aktivity?

„To mě taky nějak nepostihlo, možná ze začátku jsem měla o Pavla trochu strach, tak jsem nechtěla, aby byl doma sám. Pořád jsem měla v hlavě, že co kdyby upadl, až půjde na záchod nebo tak. Takže jsem asi míň chodila na drb za ženskýma, co bydlí vedle ve vesnici. Ale jinak mě baví hodně vařit a péct, a když byl Pavel doma a neměl obědy v práci, tak jsem mohla vařit aspoň o to víc.“

4. Jaké následky měla péče o Vašeho syna na Váš osobní a společenský život?

„Už jsem říkala, že jsem ze začátku chodila míň za těma ženskejma. A občas jsme se s Pavlem nepohodli, byl trochu podrážděný a vyčítal mi přehnanou péči, ale já si nemyslím, že bych to přeháněla. Ale neumím si představit, co by Pavel dělal, kdyby bydlel sám. Jako asi by to taky zvládnul, ale jak se říká, ve dvou se to táhne líp.“

5. Jaké možnosti formální podpory jste využila poté, co zasáhla CMP Vašeho syna?

„Já žádný, a Pavel měl invalidní důchod. Oni stejně nic dávat nechtějí, tak nemělo cenu ani lítat po úřadech.“

6. Co shledáváte za nejnáročnější v péči o osobu po CMP?

„Už mám věk, takže to pro mě bylo někdy celkem náročný, a taky únavný ty procházky, ale když jsem viděla, že mu to pomáhá... A hlavně stres, bála jsem se, aby Pavel někde neupadl, ale on byl šikovnej a rozchodil to rychle. No ale pak zase dostal infarkt, ale o tom už asi nepíšete, co?“

Analýza rozhovorů č. 3

Pana Pavla zasáhla cévní mozková příhoda v jeho 50 letech. Poté, co ho jeho matka nemohla ráno probudit a zaznamenala u něj spadlý koutek, ihned volala záchranou službu, kterou byl přepraven do nemocnice. Po CT vyšetření mu byla diagnostikována cévní mozková příhoda. Pan Pavel strávil týden v nemocnici, poté 3 týdny na lůžkové rehabilitaci a následně ještě 6 týdnů v Jánských lázních.

Pan Pavel měl po mozkové mrtvici problémy s chůzí, takže musel ze začátku používat chodítka. Občas se cítil na pokraji svých sil a chtěl rezignovat. Těžce nesl také to, že se o něj musí starat jeho matka, která podle něj byla někdy až příliš starostlivá. Druhou stranou uznává, že díky matce intenzivněji cvičil, což mu určitě pomohlo k rychlejšímu zotavení. Rehabilitace, lázně a následné cvičení a procházky doma panu Pavlovi pomohli natolik, že chodí jako před mozkovou mrtvicí a může se věnovat i aktivitám, které dělal předtím. Po mozkové příhodě začal užívat léky na epilepsii a občas si stěžuje na bolesti ramena.

Po cévní mozkové příhodě pan Pavel dostal infarkt myokardu, což mu opět znemožnilo návrat do zaměstnání, takže si vyřídil invalidní důchod a občas chodí jako brigádník pomáhat na stavby.

Paní Marie období, kdy jejího syna zasáhla mozková příhoda hodnotí jako období plné stresu a nervů, jelikož měla strach, aby její syn někde neupadl, takže s ním chtěla trávit většinu času, což někdy vedlo k menším konfliktům.

5.6.4. Rozhovor č. 4

Osoba po CMP – paní Božena

Věk: 76 let

Bydliště: vesnice, dům

Rodinný stav: vdaná

Zaměstnání: starobní důchod

Věk, ve kterém CMP proběhla: 74 let

Paní Božena prodělala během roku a půl celkem tři cévní mozkové příhody. Poslední mozková mrtvice zanechala na paní Boženě fatální následky – učinila ji zcela nesoběstačnou, upoutanou na lůžko a odkázanou na pomoc druhé osoby. Kvůli svému zdravotnímu stavu nebyla schopna rozhovoru, a tak byl zástupně rozhovor proveden pouze s její dcerou paní Monikou.

Blízká osoba pacientky paní Boženy - paní Monika

Věk: 47 let

Bydliště: vesnice, dům

Rodinný stav: vdaná

Zaměstnání: uklízečka

Vztah k osobě po CMP: dcera

Paní Monika se stará o svou matku Boženu, která v krátkém čase prodělala tři mozkové mrtvice a stala se nesoběstačnou a upoutanou na lůžko. Paní Božena není pro svůj zdravotní stav schopna rozhovoru, z toho důvodu byl rozhovor proveden pouze s její dcerou paní Monikou.

1. V jakých oblastech (v čem) jste nejvíc pomáhala své mamince po CMP?

„Po první mrtvici maminka moc péče nepotřebovala, spíš jsem se jí snažila nějak rozhybat, někdy totiž při chůzi bráborala, tak jsem měla strach, aby někde nespadla. Zaplatila jsem fyzioterapeutku, která mi ukázala nějaký cviky na ruce, nohy a tak celkově. Chtěla jsem, aby nabrala sílu a svaly. Mamka bydlí 10 km ode mě, takže jsem tam každý den po práci dojížděla. Sice s ní bydlí tatínek, ale tomu už je přes 80, takže by to asi nezvládl. Cvičení docela pomáhalo a mamka se zlepšila.

Bohužel netrvalo to dlouho, myslím, že tak 4 měsíce, a mamka dostala další mrtvici a ta už byla horší. Mamku nám pustili z nemocnice asi po týdnu a tvrdili, že je samostatná, ale to fakt nebyla. Nebyla schopná sama chodit, protože často bráborala a kolikrát upadla. Ani se sama nezvedla z gauče. Byla hodně zmatená a měla vidiny. Třeba mi tatínek volal, že mamka říká, že vidí zloděje a že jí okradli, tak jsem sedla do auta a jela k nim. Když jsem se snažila mamce vymluvit, že tam žádní zloději nejsou, tak mi stejně nevěřila a mlela si svou.

Tyhle stavy byly neúnosný, a tak nám doktor předepsal léky na uklidnění nebo prostě na ty její vidiny. Viděla jsem, že na tatku je toho dost a že mamku nezvládá, protože ji musel vodit i na záchod, připravovat jídlo a všechno obstarat a kolikrát mi volal, že mu mamka upadla, a já jsem se musela domluvit v práci a jet za nima. No co vám budu povídat, bylo to náročný.

A vrchol byla poslední mrtvice, po který mamka ulehla a není schopná se sama ani zvednout z postele, najíst, a skoro nemluví. Takže abych odpověděla na vaši otázku, tak pomáhám vlastně úplně se vším, v podstatě se starám o celou domácnost a mamku.“

2. Jakým způsobem se péče o Vaši maminku odrazila na Vašem profesním životě?

„V práci mi vycházeli docela vstřícně, když jsem musela akutně odjet za rodičema, ale jasně, že z toho úplně nadšený nebyli, když se to stávalo třeba třikrát týdně. Ale pak mi kamarádka v práci řekla o tom, že existují pečovatelky, který se můžou o mamku postarat, tak jsem jim hned zavolala. Domluvily jsme se, že u mamky budou po čas, kdy já budu v práci, a pak je vystřídám, takže díky nim jsem vlastně mohla v práci zůstat.“

3. Jaké důsledky měla péče o Vaši maminku na Vaše volnočasové aktivity?

„Vškerý volný čas trávím u mamky, takže na žádný koníčky nemám čas. I když to člověka štve, tak to pro svoje rodiče rád obětuje.“

4. Jaké následky měla péče o Vaši maminku na Váš osobní a společenský život?

„Péče je složitá a hlavně časově náročná, protože mamka nemůže být doma přes noc sama. Nebo možná by mohla, ale já bych z toho stejně byla nervózní, takže jsem se k nim přestěhovala. V podstatě jsem doma musela nechat manžela a děti, ale ty jsou už dospělý, tak se o sebe postarají samy. Ze začátku se to manželovi nelíbilo, ale teď si myslím, že to chápe nebo, v to aspoň doufám. Mám ještě jednu sestru a ta u mamky jednou týdně přespává, abych mohla aspoň jeden den strávit s manželem a dětmi a hlavně si trošku oddychnout. Sice to není moc, ale lepší než nic.“

5. Jaké možnosti formální podpory jste využila poté, co CMP zasáhla Vaši maminku?

„Jak už jsem říkala, tak využíváme služby osobní asistence a jsem jim hrozně vděčná, že díky nim můžu aspoň trochu fungovat a chodit do práce. Protože, co si budeme povídat, peníze potřebujeme a i v práci člověk přijde alespoň trochu na jiný myšlenky. A ještě pobíráme příspěvky na péči, aby bylo na zaplacení pečovatelek.“

6. Co shledáváte za nejnáročnější v péči o osobu po CMP?

„Všechno. Víte, tohle si člověk nedovede ani v nejhorším snu představit. Maminka vám chřadne před očima, a vy jí nedokážete pomoci. Je to náročný na psychiku a i fyzicky. Přebalujete, krmíte, a když vám někdo pomůže, tak i koupete. Vlastně je to, jako když se staráte o malé dítě, je úplně odkázaná na vaši péči. Od základu se mi změnil život a někdy si říkám, jak dlouho ještě tohle zvládnu. Ale pak si vybavím ty hezký chvíle, který jsem

s mamkou prožila, a řeknu si, že to pro ní musím dát a že bych jí nikdy nedala do žádného důchod'áku nebo podobného zařízení.“

Analýza rozhovoru č. 4

Čtvrtý rozhovor byl proveden pouze s paní Monikou, blízkou osobou paní Boženy, která kvůli svému zdravotnímu stavu nebyla rozhovoru schopna.

Paní Boženu zasáhly během krátkého časového úseku tři cévní mozkové příhody, které jí způsobily upoutání na lůžko, celkovou nesoběstačnost a závislost na péči druhé osoby. Její dcera Monika se proto přestěhovala ke svým rodičům, aby se mohla o svou matku postarat. Otec je sice soběstačný, ale vzhledem k věku už by péči o manželku nezvládl.

Aby paní Monika mohla chodit do práce, vyřídila pro svou matku příspěvek na péči a sehnala sociální službu – osobní asistenci. Pečovatelka k paní Boženě dochází během té doby, kdy je její dcera Monika v zaměstnání. Péče je natolik náročná, že paní Monika nemá čas sama na sebe ani na své záliby. Se svými dětmi a manželem tráví čas jen tehdy, když ji v každodenní péči o matku vystřídá její sestra.

Paní Monika hodnotí péči o svou matku jako velice fyzicky, a především psychicky náročnou činnost. Říká, že nemocí maminky se jí změnil celý život, ale udělá maximum pro to, aby její matka mohla zůstat v domácím prostředí.

5.7. Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření v praktické části mé diplomové práce figuruje celkem sedm respondentů, a to čtyři osoby, které zasáhla cévní mozková příhoda, a tři osoby blízké, které o pacienta po mozkové mrtvici nejvíce pečovaly. Snažila jsem se najít respondenty různého věku, aby byl výzkum zajímavější, a ukázat, že CMP postihuje lidi v každém věku, a různou mírou závažnosti.

Respondenti po cévní mozkové příhodě nejčastěji uvádějí problémy s chůzí a poruchy řeči. Jeden z respondentů se doposud potýká s bolestí ramene a bere léky na epilepsii. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že mozková mrtvice měla velké dopady na jejich psychiku a bylo to pro ně velice náročné období. Cítili beznaděj a strach z toho, co kdyby se jejich stav vůbec nezlepšil, a přitom oni by tak rádi fungovali jako před cévní mozkovou příhodou. Jedna z respondentek dokonce naprosto ztratila chuť do života; ta se jí vrátila až po půl roce. Naštěstí se u všech psychika srovnala, a to především díky jejich blízkým a rodinným příslušníkům, kteří je podporovali a byli jim oporou.

Dva respondenti byli po dobu zotavování z CMP v pracovní neschopnosti; jeden z nich se po vyléčení vrátil opět ke svému zaměstnání. Druhého bohužel postihl infarkt myokardu,

tudíž nyní pobírá invalidní důchod a ke svému původnímu zaměstnání se mohl vrátit pouze brigádně. Třetího respondenta postihla CMP již v důchodovém věku, kdy ale ještě vykonával funkci starosty obce. Po dobu nemoci byl na postu starosty zastoupen.

Jak ovlivnila cévní mozková příhoda trávení volného času respondentů, to velice záleželo na míře následků, které způsobila. Dva respondenti, kteří měli po CMP závažnější problémy uvedli, že museli své koníčky nahradit jinými, které mohli zvládnout, či nezvládli nic. Ale poměrně za krátký čas se jejich stav výrazně zlepšil, a tak nyní opět tráví čas svými oblíbenými aktivitami.

Jedna z respondentek vnímala změnu i v sociálních vztazích, kdy se uzavřela do sebe a nechtěla chodit mezi lidi, jelikož se styděla za následky, které jí cévní mozková příhoda způsobila. Všichni tři se ale shodují, že situaci, která je potkala, lépe zvládali díky svým nejbližším, na které se mohli spolehnout a kteří jim velice pomáhali.

Respondenti, kteří měli problémy s pohybovým aparátem, podstoupili rehabilitace a následně i pobyt v lázních, který hodnotí jako náročný, ale rozhodně přínosný pro jejich vyléčení. Dále uvádějí i zkušenost s logopedií, a především nezbytné trénování doma.

Co se týče využití formální podpory, pouze jeden z respondentů pobírá invalidní důchod, který získal po cévní mozkové mrtvici a infarktu myokardu.

Péči o pacienty po cévní mozkové příhodě hodnotí jejich blízcí různě, a to především podle závažnosti iktu. Čím závažnější jsou následky po CMP, tím více nemocný potřebuje pomoc blízkého člověka. Dva respondenti (pečující) museli zastat veškeré činnosti, které před tím vykonávaly osoby zasažené iktem. Pomáhali prakticky ve všem, celá domácnost zůstala na starost jim. V jednom případě se osoba po mozkové příhodě zcela uzdravila, v druhém se bohužel zdravotní stav nelepšil; paní po cévní mozkové příhodě je naprosto odkázána na péči blízké osoby, v tomto případě dcery.

U žádného respondenta se péče o osobu po iktu výrazně neodrazila na jeho profesním životě. Jedna z blízkých osob je v důchodovém věku, další z respondentů pracuje sezónně a poslední respondentka využívá služby osobní asistence, aby mohla chodit do práce.

Všichni respondenti se shodli na tom, že péče o osobu po iktu je velice náročná, fyzicky, psychicky i časově, tudíž neměli prostor ani chuť na svoje volnočasové aktivity a raději trávili volné chvíle jako opora pro své blízké. U všech respondentů šel proto stranou i jejich společenský život – méně se stýkali se svými přáteli a chodili mezi lidi. Jedna z respondentek se dokonce vzdala i svého osobního života, jen aby mohla pečovat o svou matku po cévní mozkové příhodě. Odstěhovala se k rodičům a se svými dětmi a manželem se vidá jen přibližně jednou týdně.

Formální podpory využila jen jedna z respondentek, a to v rámci příspěvku na péči a terénní služby osobní asistence.

Všichni tři respondenti (pečující) shledávají za nejnáročnější v péči o člověka po iktu především psychický nápor. Uvádějí, že je těžké celkově zastat osobu v jejich předchozích činnostech, přeorganizovat celý svůj dosavadní život, a navíc být ještě oporou.

5.8. Závěry výzkumného šetření

Ve své diplomové práci charakterizují cévní mozkovou příhodu, rizikové faktory, prevenci, její příznaky a léčbu, jakož i následky, které může způsobit a rehabilitaci vedoucí k uzdravení. Dále se zmiňují o tom, jak CMP změní dosavadní život osoby po iktu, její rodiny a blízkého, který o ni pečuje, pokud to zdravotní stav vyžaduje. Neopomínám ani možnosti formální podpory pro osoby po iktu, sociální služby a organizace, které těmto lidem pomáhají.

Cílem rozhovorů v praktické části bylo zmapovat změny v životě lidí, které postihla cévní mozková příhoda, a zjistit, nakolik byl ovlivněn život blízkých osob, které pečovaly právě o pacienta po CMP.

Přestože se mi vzhledem k současné pandemické situaci podařilo získat pouze omezený počet respondentů, pro mě osobně byla tato práce velmi přínosná. Podala mi totiž komplexnější pohled na cévní mozkovou příhodu a její následky, které jsou s ní spojeny.

Zejména je třeba zdůraznit, že významným faktorem je rozsah cévní mozkové příhody, včasnost odborné lékařské pomoci, rehabilitace a případně následná léčba.

Ze získaných dat vyplývá, že cévní mozková příhoda způsobuje zdravotní komplikace, a na jejich základě pak také sociální a psychické důsledky. Četnost změn v životech lidí po cévní mozkové příhodě ovlivňují zdravotní následky, které iktus způsobí. Čím závažnější zdravotní problémy mozková příhoda zanechá, tím více oblastí života je ovlivněno. Mnou provedené šetření ukázalo, že cévní mozková příhoda zasáhla psychiku všech respondentů a nějaký čas trvalo než došlo k jejímu vyrovnání.

Dle získaných výsledků dochází rovněž ke změnám v profesním životě, kdy se lidé octnou v pracovní neschopnosti. Ta je v důsledku nemoci kratší nebo delší čas; někdy se dokonce do původního zaměstnání nemohou vrátit vůbec nebo pracují jen brigádně. V případě, že iktus zanechá vážnější či trvalé následky, které znemožní vykonávat zaměstnání, mohou lidé po CMP pobírat invalidní důchod.

Cévní mozková příhoda mění i trávení volného času, a to jak osobám po iktu, tak těm, kdo o ně pečují. Lidé, kterým tato nemoc způsobila pohybové problémy, uvádějí, že se pak už nemohli věnovat svým původním koníčkům.

Z provedeného šetření je dobře patrné, že pro lidi, které zasáhne cévní mozková příhoda, je nesmírně důležitá podpora a pomoc jejich rodiny, zpravidla těch nejbližších. Ti jim tím dodávají oporu, motivaci a sílu k životu, tedy k tomu, aby mohli pokud možno fungovat jako před onemocněním.

Z výzkumného šetření, které bylo provedeno u blízkých pečujících o osoby iktu, lze rovněž potvrdit, že míra ovlivnění jejich života závisí zejména na závažnosti následků, které cévní mozková příhoda zanechá. Čím závažnější jsou zdravotní následky, především nesoběstačnost, tím více péče, pomoci a podpory člověk po iktu potřebuje. To pochopitelně přináší i změny v životě blízké pečující osoby.

Cévní mozková příhoda způsobuje zdravotní následky různého rozsahu, na základě čehož je podle mého názoru dále ovlivňován život, jak přímo osob po iktu, tak jejich rodin a pečujících. Jsou lidé, které zasáhne CMP, a oni odcházejí domů prakticky bez následků nebo s minimálním postižením. Pak jsou tu ale lidé, kteří se z této nemoci dostávají velice dlouho, případně si nesou následky po celý zbytek života.

Přestože v ČR existuje systém formální podpory, který jsem uvedla v přehledu, velice mě překvapilo, že ho lidé po iktu či jejich blízcí pečující spíše nevyužili, nebo jen v minimální míře. Naopak velkou pomoc ke zlepšení svého stavu vnímali respondenti pobyt v lázních.

ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda je velmi vážné onemocnění, které je třetí nejčastější příčinou úmrtí v České republice i ve vyspělých zemích a je jednou z nejčastějších vzniků příčin zdravotního postižení.

Výskyt cévní mozkové příhody sice stoupá s přibývajícím věkem, ale v posledních letech tato nemoc postihuje stále mladší ročníky. Podle mého názoru by měl mít každý z nás povědomí o cévní mozkové příhodě a o jejích příznacích, abychom případně byli schopni člověku zasaženému iktem pomoci a přivolat co nejrychleji rychlou záchrannou službu, a tím se pokusit minimalizovat možné následky.

Vzhledem k tomu, že cévní mozková příhoda může způsobit velmi těžké zdravotní postižení, trvalé následky nebo dokonce smrt, měli bychom dbát na prevenci. Jde zejména o zdravý životní styl, abychom snížili pravděpodobnost, že iktus postihne i nás.

Podle rozsahu následků, které mozková mrtvice způsobí, je poté zvolena rehabilitace, a to léčebná, sociální, pracovní a pedagogická. Jejím cílem je, aby se lidé po CMP co nejrychleji vrátili do běžného života, pokud možno bez omezení.

Cévní mozková příhoda nezpůsobuje jen potíže zdravotní, ale také sociální a psychické. Ve většině případů ovlivní a změní dosavadní fungování života lidí. U některých z nich jde jen o dočasnou změnu, a tak jsou po určitém čase schopni fungovat stejně jako před mozkovou mrtvicí, ale někteří jsou nuceni svůj život přizpůsobit následkům, které jim iktus způsobil.

Mozková mrtvice zkomplikuje život jak osobě, kterou postihne, tak jeho blízkým, především tehdy, stane-li se člověk po iktu nesoběstačným a je-li potřeba se o něj postarat. Rodina, a především pečující osoba, musí změnit svůj dosavadní styl života a vytvořit si zcela nový. Péče o nemocného člověka je velice náročná, a to nejen po stránce fyzické a psychické, ale i časové.

Jelikož cévní mozková příhoda ztíží život nejen postiženému člověku, ale celé jeho rodině, stát se snaží nelehkou situaci lidí po iktu a jejich pečujících ulehčit. Tato pomoc se realizuje formou poskytnutí sociálních dávek, jako jsou příspěvky na péči, dávky pro osoby se zdravotním postižením či invalidní důchod. Pro rodinné pečující existuje možnost dlouhodobého ošetrového, náhradní doby pojištění nebo hrazení zdravotního pojištění. Velkým přínosem pro pečující jsou také svépomocné skupiny, které nabízejí výměnu zkušeností a dávají sílu, podporu a pozitivní motivaci.

Dále existují různé sociální služby, které se snaží ulehčit péči o pacienta po CMP. Neopomenutelnou složkou jsou také organizace a sdružení, které pomáhají lidem po iktu

vyrovnat se s důsledky této nemoci. Pořádají různé rekondiční pobyty, kluby, semináře, přednášky a poskytují poradenství. Mezi nejznámější organizace patří Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách – Sdružení CMP a sdružení ICTUS.

Velice mě překvapilo, že i přes poměrně velké možnosti formální podpory, sociálních služeb a organizací, které v České republice existují a snaží se lidem po CMP a jejich blízkým pečujícím pomoci, je respondenti využívali minimálně nebo je nevyužili vůbec. V tomto směru zřejmě nefunguje dostatečně osvěta, a proto lze doporučit, aby právě tomu byla věnována větší pozornost. Do budoucna by bylo prospěšné více dostat do povědomí nejenom poznatky, jak CMP rozeznat a předcházet, ale také kam se v případě potřeby obrátit a jakou pomoc a podporu je možné získat.

Cílem mé diplomové práce bylo popsat cévní mozkovou příhodu jakožto onemocnění se závažnými důsledky a shrnout možnosti formální podpory a pomoci pro osoby po CMP a jejich blízké. Dále bylo mým záměrem prostřednictvím výzkumného šetření zmapovat změny, které mohou nastat v životě lidí po iktu, a nakolik to ovlivňuje život jejich blízkých pečujících.

Z teoretické části a výzkumného šetření dle mého názoru vyplývá, že čím závažnější následky cévní mozková příhoda zanechá, tím více ovlivní a změní život nejen lidí po CMP, ale i blízkých pečujících. Významným faktorem přitom je psychické nastavení člověka po iktu; pokud jsou přesvědčeni, že se uzdraví, a s nasazením doma dělají doporučená cvičení, ačkoliv to někdy jde jen se sebezapřením.

Můj výzkumný soubor byl bohužel menší, než jsem původně zamýšlela, a to z důvodu současné pandemické situace. Proto ze svého výzkumného šetření nemohu vyvozovat žádné obecné závěry, nýbrž je považuji spíše za vhodné doplnění teoretické části mé diplomové práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

BEDNAŘÍK, Josef. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. 1. vydání, 707 s. ISBN 978 – 807-3873-899.

ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005. 1. vydání, 119 s. ISBN 80-7254-547-7.

DOW, Mike – DOW, David – SUTTON, Megan. *100 otázek a odpovědí, jak se uzdravit po mozkové mrtvici: rady pro všechny, kteří bojují za své vlastní uzdravení nebo uzdravení někoho blízkého*. Překlad Kateřina Němečková. Brno: BizBooks, 2018. 1. vydání, 256 s. ISBN 978-80-265-0778-9.

FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Překlad Blanka Kalvachová a Stanislav Matoušek. Praha: Galén, 2007. 1. vydání, 207 s. ISBN 80-7262-428-7.

GALAJDOVÁ, Lenka – GALAJDOVÁ, Zdenka. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. 1. vydání, 197 s. ISBN 978-80-7367-879-1.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. 2. rozšířené vydání, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 1. vydání, 311 s. ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 1. vydání, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. 1. vydání, 232 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. 1. vydání, 626 s. ISBN 80-85912-26-0.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 2010. 1. vydání, 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0.

KALVACH, Pavel. *Mozková ischemie a hemoragie*. Praha: Grada, 2010. 3. vydání, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2020. 2. vydání, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 1. vydání, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. 1. vydání, 350 s. ISBN 80-7262-317-6.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén, 2015. 1. vydání, 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. MKF. Překlad Jan Pfeiffer a Olga Švestková. Praha: Grada, 2008. 1. vydání, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

MOSSÓCZY, Martina. Syndrom vyhoření v péči o seniory. In Ondrušová, J., Krahulcová, B. a kol. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha, Karolinum 2019, s. 265–276

NEUBAUEROVÁ, Lenka – JAVORSKÁ, Miroslava – NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 1. vydání, 133 s. ISBN 978-80-7435-109-9.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. 1. vydání, 158 s. ISBN 80-7178-197-5.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina – KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. 1. vydání, 370 s. ISBN 978-80-246-4383-0.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Sociální gerontologie a geriatrie – přednášky*, HTF UK v Praze, 2017.

PALMER, Sara – PALMER, Jeffrey B. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Překlad Petra Dienstlerová. Praha: Portál, 2013. 1. vydání, 224 s. ISBN 978-80-262-0348-3.

PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. 1. vydání, 120 s. ISBN 978-80-7394-461-2.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. 1. vydání, 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

POWELL, T. J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Překlad Magda Wdowyczynová. Praha: Portál, 2010. 1. vydání, 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, spol. s. r. o., 2009. 1. vydání, 170 s. ISBN 978-80-7392-094-4.

PUMPROVÁ, Š.: Neformální péče o seniory a podpora pečujících In: Ondrušová, J. – Krahulcová, B. a kol. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha, Karolinum 2019, s. 251–264.

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. Publikace WHO. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2004. 1. vydání, 200 s. ISBN 80-247-0592-3.

SAYOUD SOLÁROVÁ, Kateřina. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. 1. vydání, 238 s. ISBN 978-80-210-5287-1.

SEIDL, Zdeněk – OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. 1. vydání, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

SPENCE, J. David. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Překlad Václav Petr. Praha: Triton, 2008. 1. vydání, 256 s. ISBN 978-80-7387-058-4.

ŠEBLOVÁ, Jana – KNOR, Jiří. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. 1. vydání, 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman – ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 1. vydání, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVESTKOVÁ, Olga – ANGEROVÁ, Yvona – DRUGA, Rastislav. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2017. 1. vydání, 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.

TYRLÍKOVÁ, Ivana – BAREŠ, Martin. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2., rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 3., rozšířené a přepracované vydání. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. 1. vydání, 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. 1. vydání, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 2. vydání, 320 s. ISBN 80-7178-998-4.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2010. 3., aktualizované a doplněné vydání., 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Překlad Blanka a Tereza Sýkorovy. Praha: Portál, 2007. 1. vydání, 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

PRÁVNÍ PŘEDPISY A ZÁKONY

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

INTERNETOVÉ ZDROJE

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. *Stroke symptoms*. [online]. Dostupné z: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms> [citováno dne 2020-11-19].

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA. *mozkovaprihoda.cz*. [online] Dostupné z: <http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/index.html> [citováno dne 2021-02-20].

ICTUS o. p. s.: *ictus.cz*. [online] Dostupné z <http://www.ictus.cz/node/23767> [citováno dne 2021-02-20].

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC. *Cévní mozková příhoda*. [online] Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/cevni-mozkova-prihoda-mrtvice-iktus/> [citováno dne 2021-03-10].

NEMOCNICE NA HOMOLCE. *Komplexní cerebrovaskulární centrum*. [online] Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-specializovana-centra/11635-komplexni-cerebrovaskularni-centrum> [citováno dne 2021-03-08].

PRACOVNĚ REHABILITAČNÍ STŘEDISKO. *Pracovní rehabilitace*. [online] Dostupné z: <https://pracovnirehabilitace.cz/> [citováno dne 2021-03-10].

SDRUŽENÍ CMP: *sdruzenicmp.cz*. [online] Dostupné z: <https://sdruzenicmp.cz/> [citováno dne 2021-02-20].

STROKE ASSOCIATION. *What can I do to reduce my risk?* [online] Dostupné z: <https://www.stroke.org.uk/what-is-stroke/what-can-i-do-to-reduce-my-risk> [citováno dne 2021-10-10].

ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci a studium na 1. LF UK*. [online] Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/hemianopsie> [citováno dne 2021-03-17].

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. *Lůžka včasné rehabilitace iktového centra*. [online] Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/luzka-vcasne-rehabilitace-iktoveho-centra/> [citováno dne 2021-03-10].

WIKISKRIPTA. *Afázie*. [online] Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/Agn%C3%B3zi> [citováno dne 2021-03-17].

ABSTRAKT

DEUSOVÁ, Vendula. *Psychosociální problematika osob po cévní mozkové příhodě a jejich blízkých*. Praha 2021. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Husitská teologická fakulta. Katedra psychosociálních věd a etiky. Vedoucí práce MUDr. Jirina Ondrušová, Ph.D. Tématem této diplomové práce je psychosociální problematika lidí po cévní mozkové příhodě a blízkých osob, které o ně po nemoci pečují. Teoretická část se zabývá charakteristikou cévní mozkové příhody, rizikovými faktory, prevencí, příznaky a léčbou iktu. Dále pak pojednává o následcích a rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě. Zamýšlí se nad tím, jak iktus ovlivní a změní dosavadní fungování člověka, kterého postihl, ale i jak se dotkne jeho blízkých. Popisuje též možnosti formální podpory, sociální služby, příspěvky a organizace, které lidem po CMP pomáhají. Teoretické kapitoly jsou doplněny výzkumnou částí zaměřenou kvalitativně, a to formou polostrukturovaných rozhovorů se třemi osobami po CMP a třemi blízkými, kteří o pacienty po iktu pečovali či pečují. Cílem této diplomové práce je popsat cévní mozkovou příhodu jakožto onemocnění se závažnými důsledky a shrnout možnosti formální podpory a pomoci pro osoby po iktu a jejich blízké, a prostřednictvím výzkumného šetření zmapovat změny, které mohou nastat v životě lidí, kteří cévní mozkovou příhodu prodělali, a nakolik to ovlivní život jejich blízkých pečujících.

Abstract

DEUSOVA, Vendula. *Psychosocial issues of people after stroke and their close persons*. Prague 2021. Diploma thesis. Charles University Prague. Hussite theological faculty. Department of psychosocial sciences and ethics. Head of work Dr. Jirina Ondrusova, Ph.D. The theme of this thesis is psychosocial issues of people after stroke and close persons, who takes care about them. Theoretical part deals with the characteristics of strokes, risk factors, prevention, symptoms and treatment of ict. It also deals about the consequences rehabilitation of patients after stroke. The thought of how ictus affects and change existing behavior of person, who was affected, but also how affected close persons. Also describes options of formal support, social services, contributions and organizations, which helps to people after CMP. Theoretical chapters are added research part focused on quality in the form of semi-structured interviews with three people after CMP and three people which are close to them, and who takes care about them after ictus, or still they care about them.

The aim of this diploma thesis is describe stroke as disease with serious consequences and summarize options formal support and help for people after ict and their close persons, and through research investigation map changes, which may occur in in people's lives, who strokes already underwent and how much it will affect life of close people who take care about them.