

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti odborné pomoci

Radomíra Bednářová

vedoucí práce: MUDr. Václav Lukáš

Praha 2016

Prague college of psychosocial studies



**The stroke, psychological changes in patient and in his
family and possibilities of professional help**

Radomíra Bednářová

Field: Psychology, full time study program

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Václav Lukáš
Praha 2016

Anotace

Diplomová práce se v teoretické části zabývá pojmem cévní mozková příhoda, dále možnostmi její diagnostiky, léčby a následné péče o pacienta. Dále se věnuje tématu celkové péče o nemocného po iktu, zejména psychologické péči. Práce obsahuje kapitoly zabývající se psychickými změnami pacienta, sociálními změnami v rodině a možnostmi zlepšení péče o nemocné. V praktické části práce je zjišťována míra informovanosti veřejnosti o iktu, mapuje se úroveň péče o pacienty, přístup k pacientům a psychické a sociální změny, kterými pacienti prochází, a jaké se jim dostává skutečné odborné péče.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, psycholog, psychické změny pacienta po iktu, sociální změny v rodině, informovanost

Abstract

The Diploma thesis in its theoretical part deals with question of what is stroke, what are the options in diagnosis, therapy and in follow-up care for patient. Attention is paid to overall care, especially psychological care. Thesis contains part that deals with psychological changes in patients, with social changes in patient's family and with possibilities of improving the care for patients. In its practical part thesis identifies the public's level of awareness about stroke, maps the level of care for patients and approach to them along with psychological and social changes, which patients go through and what professional and medical care they actually get.

Key words: stroke, psychologist, psychological changes in patient after stroke, social changes in patient's family, level of awareness about stroke

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením MUDr. Václava Lukáše samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze diplomové práce a verze elektronická jsou totožné.

.....

Radomíra Bednářová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce MUDr. Václavu Lukášovi za cenné rady, trpělivost, náměty, nesmírnou ochotu a vedení při vypracování diplomové práce. Dále moje poděkování patří všem, kteří se podíleli na sběru dat pro tuto diplomovou práci.

Radomíra Bednářová

OBSAH

ÚVOD	9
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	11
1.1 Terminologie	11
1.2 Epidemiologie	13
2 PSYCHICKÉ ZMĚNY U PACIENTA.....	16
2.1 Poruchy kognitivních funkcí, výkyvy nálad a emocí	16
2.2 Změny v osobním životě.....	18
2.3 Změny v práci.....	20
3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY V RODINĚ	22
3.1 Změna rolí (postavení) v rodině	24
3.2 Ekonomické dopady.....	25
4 PROSTŘEDKY SLOUŽÍCÍ KE ZMAPOVÁNÍ NÁSLEDKŮ CMP.....	27
4.1 Výpočetní tomografie	27
4.2 Magnetická rezonance	28
4.3 Neurosonologie a další vyšetřovací prostředky	28
4.4 Psychologická vyšetření	29
5 SOUČASNÁ ÚROVEŇ PÉČE O NEMOCNÉ A JEJICH BLÍZKÉ	31
5.1 Zdravotnický přístup	31
5.2 Rehabilitační přístup	33
5.3 Psychosociální přístup.....	34
6 MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ V PÉČI O NEMOCNÉ	36
6.1 Nedokonalosti systému v péči o nemocné	36
6.2 Zásady přispívající k lepší péči o nemocné	38
7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	40

7.1	<i>Cíle výzkumu a jeho postupy</i>	40
7.2	<i>Etické aspekty výzkumu</i>	41
7.3	<i>Výzkumný soubor</i>	41
7.4	<i>Výzkumné hypotézy</i>	43
7.5	<i>Metodologie výzkumu</i>	43
7.5.1	<i>Technika sběru dat (průběh a postup)</i>	43
7.5.2	<i>Způsob analýzy dat</i>	45
7.6	<i>Vyhodnocení získaných údajů</i>	47
7.6.1	<i>Výsledky z dotazníků</i>	47
7.7	<i>Diskuze</i>	73
7.8	<i>Shrnutí a interpretace</i>	76
7.8.1	<i>Výsledky hypotéz</i>	76
7.9	<i>Návrhy a doporučení</i>	82
	ZÁVĚR	85
	SEZNAM LITERATURY	87
	INTERNETOVÉ ZDROJE	89
	PŘEDNÁŠKY	90
	SEZNAM PŘÍLOH	1
	<i>Příloha I. Průvodní dopisy</i>	2
	<i>Příloha II. Dotazník A</i>	4
	<i>Příloha III. Dotazník B</i>	9
	<i>Příloha IV. Dotazník C</i>	17
	<i>Příloha V. Statistické vyhodnocení hypotéz</i>	18
	<i>Příloha VI. Rozsáhlá odpověď na ot. č. 6 u DB</i>	29

ÚVOD

Námětem diplomové práce je cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti odborné pomoci. Téma mě oslovilo po absolvování konference, kde se mluvilo především o následné péči, psychickém stavu pacientů po iktu a primární prevenci populace. Při bližším zkoumání a dohledávání odborné literatury jsem zjistila, že se jedná o onemocnění, jež je velmi časté a v odborných pramenech se především popisuje z medicínského hlediska. Hledala jsem tedy závěrečné práce, které by mi upřesnily, jaké psychologické pomoci se dostává pacientům a rodině, neboť téma se dotýká celé rodiny a díky tomuto onemocnění dochází k celkové změně sociální role i psychického rozpoložení nemocného člena i celého jeho rodiny, a to všechno má vliv na případné zlepšení jeho zdravotního stavu. Během mého hledání se mi však nepodařilo najít závěrečnou práci, která téma pojímá v celé jeho šíři a zjišťuje základní informace o cévní mozkové příhodě v našem státě.

Rovněž jsem zjistila, že povědomí o problematice srdečních příhod, poskytnutí první pomoci, rozpoznání příznaků a následné odborné léčbě je u veřejnosti poměrně rozsáhlé. Sama jsem si však uvědomila, že mé znalosti týkající se iktu nejsou dostačující. Z tohoto důvodu zvolené téma považuji za velmi důležité nejen po teoretické stránce, ale zejména z hlediska jeho následného využití pro praxi. Postavení nemocných po cévní mozkové příhodě je často problematické. Odborná pomoc a péče bývá také neuspokojivá. Domnívám se, že je rozhodně nutné zlepšit psychologický přístup a pomoc nemocným a jejich blízkým, protože i oni jsou touto nepříjemnou nemocí zasaženi. Rozhodla jsem se proto napsat diplomovou práci na toto téma a zároveň si své nově získané poznatky ověřit na stážích v nestátních neziskových organizacích a při konzultacích s vedoucím práce a při vstřícném zasvěcení odborníku působících v této oblasti.

Na svých výzkumných šetřeních jsem si chtěla ověřit svou hypotézu, že povědomí veřejnosti o této nemoci není dostatečné. Poté jsem je vyhodnotila a snažila se navrhnout možná řešení a doporučení ke zlepšení.

Diplomová práce je rozdělena na dvě hlavní části. V teoretické části je objasněno, co je cévní mozková příhoda, jaké jsou možnosti její diagnostiky, léčby a následné péče o pacienta. Zvláštní pozornost věnuji psychologické péči. Další kapitoly se věnují tématu psychických změn pacienta, sociálním změnám v rodině a možnostem zlepšení péče o nemocné. V praktické části práce se zabývám otázkou, do jaké míry je o iktu informována veřejnost, mapuji úroveň péče a přístupu o pacienty, zajímám se, jakými psychickými a sociálními změnami pacienti prochází a jaké se jim dostává skutečné odborné medicínské péče.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

1.1 Terminologie

Cévní mozková příhoda se týká centrálního nervového systému (CNS). Centrální nervový systém se skládá ze dvou částí: mozku a míchy. Mozek (latinský cerebrum, řecky encephalon) leží v kostěné dutině lebny a je obklopen obaly - blanami, mozkomíšními plenami (latinsky meninges). Mozek se skládá z předního (koncového), středního a zadního mozku. Přední mozek je největší a vývojově nejmladší. Je odpovědný za motorické reakce a přijímá a zpracovává smyslové podněty. Mozek je rozdělen na dvě hemisféry. Každá hemisféra se skládá ze čtyř laloků – čelního, spánkového, temenního a týlního. Na povrchu hemisfér je šedá hmota mozkové kůry. Mozková kůra slouží jako nejvyšší řídicí jednotka pro většinu funkcí, které nervová soustava obstarává. Mok se vytváří v mozkových komorách. Mozkomíšní mok, mozkové (i míšní) obaly jsou mechanickou, chemickou a biologickou ochrannou bariérou mozku. Mozek je velice citlivý na zásobení krví (kyslíkem a živinami). Krev je do mozku přiváděna dvěma vnitřními krkavicemi a dvěma páteřními tepnami (SLEZÁKOVÁ aj., 2007, DOSTÁLOVÁ, 2010).

Cévní mozková příhoda (CMP), iktus nebo také ictus, lidově mrtvička či mrtvice, se týká centrálního nervového systému (CNS) a je podle WHO definována jako: „*akutní neurologická dysfunkce vaskulárního přívodu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku*“ (SLEZÁKOVÁ aj., 2007, s. 149). Je to onemocnění, které je stejně tak závažné jako infarkt myokardu nebo poranění mozku, kdy je na základě náhlého nedostatečného prokrvení (živinami a kyslíkem) akutně postihnuta určitá oblast mozku. K přerušení dochází na základě poruchy cév, poškozením cév nebo ucpáním cév a jejich neprůchodností s následnou ischemií (mozkovým infarktem) nebo poruchy celistvosti cévní stěny s mozkovým krvácením. Mozková příhoda se podle závažnosti a velikosti poškození může nebo nemusí projevit klinickými

příznaky (bez příznaku se cévní mozková příhoda nazývá tichý, němý iktus) (KALITA, 2010; FEIGIN, 2007).

Příčiny iktu jsou rozmanité, ale základní lze rozdělit podle vzniku na nejčastější typy CMP - mozkovou ischemii, jež je způsobena náhlou poruchou prokrvení v cévním řečišti příslušné oblasti mozku. Vzniká na podkladě trombózy nebo embolie. Trombóza se vytváří na základě arteriosklerózy mozkových cév, kdy se tepna zužuje. Nebo na aterosklerotickém plátu na cévní stěně nasedá krevní sraženina (trombus), která uzavře tepnu. Vývoj je pozvolný a postupný. Embolizace je proces pohybu vzniklé krevní sraženiny (jsou to malé kousky krevní sraženiny nazývané emboly) přicházející ze srdce, která se většinou utrhne při fibrilaci komor a která uzavře průchod cév. Při poruše dodávky kyslíku a cukru glukózy (která je energetickým zdrojem pro mozek) a v okrsku nedokrevnosti (ischemie) je v buňkách nastartován celý řetězec degradačních pochodů. V případě, že v určitém časovém období není zpět upraveno krevní zásobení, nastávají v odpovídající části mozku nevratné změny spojené s odumřením buněk. Méně častou příčinou CMP je typ druhý, tedy z důvodu tzv. hemoragické CMP, která vzniká při krvácení do mozku nebo jeho okolí, tedy při prasknutí tepny, kdy je tepna chorobně změněná. Většina hemoragických iktů je způsobena krvácením do mozkové tkáně. Menší podíl pak tvoří ikty, kdy dochází ke krvácení do prostoru kolem mozku a do míst mezi obaly mozku (tzv. subarachnoidální krvácení). Z medicínského hlediska se dva hlavní typy CMP dále dělí na další rozmanité subtypy (FEIGIN, 2007; KALITA, 2010; SLEZÁKOVÁ aj., 2007; SPENCE, 2008).

Příznaky CMP mohou být fyzické nebo psychické manifestované změnou chování. Nejčastějšími příznaky jsou poruchy vědomí (jak kvantitativní, tak kvalitativní), zmatenost, slabost (popisována jako nemotornost, neohrabanost pohybů, potíže při chůzi), ztráta citlivosti a zhoršený pohyb prstů na ruce, bolesti hlavy, zhoršené vidění, potíže při mluvení, nesrozumitelná řeč, porucha vnímání a výpadky paměti (FEIGIN, 2007; SLEZÁKOVÁ aj., 2007).

1.2 Epidemiologie

V České republice se zvyšuje úmrtnost na CMP rychleji než úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční a předpoklad iktů se čím dál častěji týká i lidí mladšího středního věku a staršího věku (osoby ve věku 60-75 let). CMP je u nás, ale i v ostatních vyspělých zemích, dlouhodobě druhou nejčastější příčinou úmrtí jedince a nejčastější příčinou trvalé invalidizace (u žen nad 45 let a u obou pohlaví nad 60 let), druhou nejčastější příčinou demence a hlavní příčinou deprese, a to jak u lidí zasažených CMP, tak u blízkých, kteří o ně pečují. Jedná se o nemoc, jež má v naší zemi 2x až 3x větší výskyt než v severní, jižní i západní Evropě. Každoročně se v České republice objeví první výskyt CMP až u 360 nemocných na 100 tisíc obyvatel za rok a spolu s opakovanými příhodami ročně je v České republice postihnuto iktem cca 40 tisíc lidí, což je přibližně populace jednoho našeho okresního města. Ze statistiky z roku 2001 vyplývá, že se nemoc častěji objevuje u mužů než u žen. Pravděpodobnost dalšího výskytu jednou prodělané CMP mají 2 lidé z 5 nemocných po CMP (KALITA aj., 2006; KALITA, 2010; NEUBAUER aj., 2007).

Přestože se jedná o jednu z nejčastějších nemocí způsobujících smrt, výzkumy uskutečněné na přelomu století v Evropě, Americe, Austrálii a na Novém Zélandu shodně vykazují, že díky moderní medicíně a následné péči úmrtnost na CMP v posledních desetiletích trvale klesá. Prodlužováním délky života stoupá riziko onemocnění s věkem, čímž se zvyšuje počet invalidizovaných. „*Impakt strukturované péče o CMP je nepochybný. Kvalitní organizace snižuje mortalitu nejméně o 10 % a výslednou závislost postižených o 10-20 %*“ (KALINA, 2008, s. 221). V ČR však přesná čísla nejsou známa. Osobám, které iktus přežijí, trvá většinou (skoro 90 %) kvalitativní obnova porušených funkcí různě rychle v časovém horizontu jednoho i více let. V důsledku toho se zvyšuje počet pečujících osob a na ně i na společnost jsou kladeny čím dál větší nároky. Důležitým pokrokem, který autoři Feigin, Kalina, Kalita a Neubauer vyzdvihují, je primární prevence (FEIGIN, 2007; KALINA, 2008; KALITA, 2010, NEUBAUER aj., 2007).

Rizikem vzniku CMP, které není ovlivnitelné naším chováním nebo způsobem života, je věk. Po padesátém pátém roce života se nemocnost zvyšuje. Možnost vzniku je 2x vyšší. I dále hrají roli genetické dispozice, jsou dokázány rasové rozdíly (u Asiatů je výskyt i úmrtnost na mrtvici vyšší). Mezi ovlivnitelná rizika, kdy na vině je fyziologický stav jedince, jednoznačně patří vysoký krevní tlak (hypertenze), cukrovka (diabetes mellitus) a onemocnění srdce. Je dokázáno, že vznik CMP souvisí také s životním stylem, životosprávou, zneužíváním návykových látek. Vedou se diskuze o užívání perorální hormonální antikoncepce. Riziková je nadměrná konzumace alkoholu větší než 20-25 g, nadváha u mužů ve věku 35-64 let a u žen ve věku 65-94 let, fyzická neaktivita, nevhodné diety a psychický stres. U ovlivnitelných vlivů se udává, že až v 85 % lze případy onemocnění CMP předcházet kontrolou rizikových faktorů (FEIGIN, 2007; KALITA, 2010; SPENCE, 2008).

Nejčastějším typem CMP je mozková ischemie. Tvoří až 80 % všech CMP. Zhruba u 30-40 % nemocných se hovoří o subtypu postižení mozkové tepny, kdy se na podkladě aterosklerotického poškození mozkové tepny vytvoří trombus. Dalším subtypem, který se objevuje u 25 % nemocných, je poškození tkáně vznikající na základě změny cévní stěny a vedoucí k uzavírání postižených tepének. Třetím nejčastějším subtypem u mozkové ischemie jsou vmetky (embolie), a to až ve 30 %. Zbývajících 20 % onemocnění CMP je zapříčiněno krvácením do mozku nebo jeho okolí. Vždy to může vést k nevratnému odumření mozkové tkáně. Kvalitní diagnostika a lepší péče o nemocné napomáhá odhalit včas druhý typ nemoci, také se jedná o stav dobře léčitelný a u třetiny populace i vyléčitelný. To však pouze za předpokladu, že se nemocný dostane do nemocnice včas (nejpozději do 4 hodin od vzniku prvních příznaků). Kalita píše: „*CMP nevznikají v průběhu 24 hodin nahodile. U ischemických iktů byl prokázán jejich cirkadiánní výskyt s maximem vzniku v ranních a časných dopoledních hodinách*“ (KALITA aj., 2006, s. 10). Čím dříve se iktus u pacienta odhalí, tím menší je riziko, že člověk zemře. Nejvyšší riziko úmrtí je během prvních tří dnů po prodělané CMP, 2 osoby z 10 po akutní CMP umírají během prvního měsíce, 3 z 10 lidí během prvního roku (KALITA, 2010; FEIGIN, 2007).

Domnívám se, že ač se jedná o onemocnění rozšířené, specializovaných center u nás není mnoho. Podle Škody, který přednášel na konferenci na téma: Diagnostika, léčba a prevence CMP, je 45 specializovaných center po celé ČR (ŠKODA, 2015). Z tohoto důvodu si myslím, že potřebné péče se nedostane každému. Na vině mohou být nedostatečná proškolení, přetíženost zdravotnického personálu, nedostatečné nebo zastaralé vybavení a nedostatečná kapacita ve specializovaných centrech. Jak píše autor Kalita, nevyhovující je nejen primární prevence, ale i sekundární a terciární prevence atd. (KALITA, 2010). Mnoho lidí stále neví, jak rozpoznat CMP v případě, že vidí např. na chodníku potácejícího se člověka, dezorientovaného, možná i pokáleného či pomočeného, a jak se následně zachovat. Stejně tak lidé často nevědí, co vše učinit, co chtít a na co si dát pozor v případě, že nemoc zasáhne rodinného příslušníka. Je třeba si také uvědomit, že pacienti, kteří prodělali CMP, mívají následné komplikace. Většina pacientů má částečnou nebo úplnou poruchu hybnosti a síly končetin na jedné straně těla, 80-90 % trpí zmateností nebo má problémy s vybavováním, myšlením nebo rozpomínáním. Až 70 % trpí poruchami nálady, včetně deprese, 30 % má problémy s komunikací s okolím (neschopnost mluvit a/nebo rozumět mluvené řeči), nerozumí psanému textu, humoru, má problémy s orientací stran, 30 % má problémy s polykáním, 10 % nedokáže vidět předměty, má dvojité vidění, poruchy koordinace a více než 10 % má bolesti, ztrátu citlivosti, proleženiny, sekundární onemocnění, záněty močového ústrojí, kůže, pohybového aparátu (FEIGIN, 2007; PALMER a PALMER, 2013).

Podle nejnovějšího zahraničního výzkumu je u lidí po CMP (hlavně u mladých), výrazná změna nálady. Výzkum se zaměřoval na anxieta, která se hned po depresi hojně objevuje u osob po CMP obzvláště v produktivním věku (BROOMFIELD et al., 2015).

2 PSYCHICKÉ ZMĚNY U PACIENTA

Pro lepší porozumění psychice lidí po iktu je důležité sledovat, co zdravotně takového člověka trápí, a tím mu poskytnout cílenou péči. Nelze jen pozorovat obecné popisy při propadání do nemoci a zvládání těžkostí s tím spojených. CMP patří mezi onemocnění, která nejsou založená na působení určitých bakterií nebo virů nacházejících se v těle, ale na faktorech možných a nemožných ovlivnit tělesné fungování vlastním přičiněním. Nemoci je možné se vyhnout, pokud se bude dodržovat zdravý životní styl, ale na druhou stranu, i když jsou rizika známa, málokdo svůj nezdravý styl změní (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

2.1 Poruchy kognitivních funkcí, výkyvy nálad a emocí

Ze začátku zotavování u osob po CMP může dojít vlivem bdělosti ke změně myšlení, paměti a dalších poznávacích funkcí, zpracování informací, snížení duševního výkonu, poruše paměti. Osoba po iktu se cítí značně unavená (hlavně snadno unavitelná), ospalá a bývá obtížné ji probudit. Bdělost během prvních dnů hodně kolísá a s odstupem času lze očekávat drobné změny. Náhlá ztráta vědomí může být prediktorem infekce nebo další CMP, záchvatu, který se rovněž vyskytuje u nemocných. Osoby po iktu lze docela snadno rozptýlit, protože často je postihnuté jejich soustředění a pozornost, což také vede k ovlivnění jejich úsudku a schopnosti plánovat. Převážně při zasažení CMP pravé mozkové hemisféry dochází k syndromu nevnímání a nepozornosti, kdy lidé nejsou schopni přesně vnímat svou nemoc a svůj stav (odborně anosognosie) a mají problémy s prostorovou orientací. Někdy se stává, že v důsledku poškození mozku dochází u osob po CMP k popírání skutečnosti, že prodělali CMP, nebo k pocitu, že nemají část těla zcela pohyblivou a nejedná se pouze o psychologický obranný mechanismus. Rovněž prostorová nepozornost je způsobena hlavně poškozením pravé mozkové hemisféry. Postižení nedokáží vnímat levou část prostoru (odborně levostranný neglekt), nebo nejsou schopni vizuálně věnovat pozornost lidem a předmětům na jedné straně svého zorného pole (odborně hemianopie) a ani zaměřit oko na tu stranu. Celkově takové poruchy ovlivňují vnímání

čehokoliv, a tím způsobují zkreslenost prostorového vnímání a uvažování nalevo od nich, včetně vnímání své levé strany těla. Ostatním lidem se může jevit jako člověk, jež nevidí na jedno oko, ačkoliv funkce zraku zůstává zachována. Takový stav v nich může vyvolávat frustraci při střetu s každodenními činnostmi (KALITA aj., 2006; PALMER a PALMER, 2013). Mohou tak nastat situace, kdy nejsou schopni otočit hlavu, ztrácí orientaci, nerozeznají obličej blízké osoby, nepodaří se jim provedení složitějších úkonů jako například oblékání, i přestože jejich tělo není ochrnuté (FEIGIN, 2007).

Po iktu se mohou u většiny pacientů objevit závažné citové výkyvy. Jejich reakce mohou vést k přehnaným výbuchům vzteku, podrážděnosti, nespokojenosti, smutku, jindy k úplné citové absenci a jejich vnější projevy emocí, jako pláč, nemusí odrážet skutečný prožitek smutku nebo zoufalství. Stávají se citově labilními (FEIGIN, 2007; PALMER a PALMER, 2013).

Závažnou emoční poruchou u většiny zotavujících se pacientů je deprese, která zvyšuje úmrtnost. Částečně je způsobena poškozením mozku. K běžným projevům patří nespavost, nechutenství, podrážděnost a ztráta zájmu o dříve oblíbené aktivity. Úspěšné včasné odhalení depresivního syndromu a jeho léčení významně ovlivňuje celý průběh uzdravování z mrtvice, fungování pacienta i vztahy kolem něj (FEIGIN, 2007; PALMER a PALMER, 2013; KALITA aj., 2006).

Kromě diagnostikované deprese se může objevit u starších pacientů po mrtvici i vaskulární demence (KALITA aj., 2006).

Poškození mozku u osob po CMP komplexně způsobuje změnu v emocích, vnímání a chování, stavy nazývané jako neurobehaviorální syndromy (PALMER a PALMER, 2013).

Četla jsem knihu od autorky Bartoníčkové, v níž česká autorka popisuje svůj příběh. Vystihuje snahu překonat cévní mozkovou příhodu a popisuje, jak nemoc zasáhla ji i celou její rodinu. Myslím si, že její příběh je často poměrně shodný s ostatními příběhy. Ona je zdravá a úspěšná, má milujícího manžela a dvě dcery.

Jednoho dne se probudí, cítí bolest hlavy, brní ji tělo, není schopná vstát, vše se jí motá, místo hlasů vnímá neuvěřitelný ruch, neví, co se děje. Je odvezena do nemocnice, nikomu nerozumí, snaží se mluvit, ale nikdo nerozumí jí. Snaží se pochopit, co se s ní děje, nemůže si vybavit, kdo je, ale vše kolem přesto vnímá. Rodina je vystrašená, nic netuší, ničemu nerozumí. Je plná strachu a úzkosti. Zavolá rychlou záchrannou službu, ta odveze jejich milovanou osobu do nemocnice (BARTONÍČKOVÁ a DVOŘÁKOVÁ, 2009).

2.2 Změny v osobním životě

Každá změna v životě je spojená se stresem, ať už se jedná o narození dítěte nebo rodinnou dovolenou. Změny po CMP jsou pro pacienta i jeho okolí obrovské a velmi stresující. Člověk musí změnit svůj dosavadní způsob života, svoje pojetí o sobě samém, přehodnotit očekávání a společenský život, kdy ztrácí starý životní styl, odchází staří přátelé a potkává nové lidi. Celkově se musí smířit s faktem, že život již nebude takový jako dříve. Je nucen sžít se s mnoha novými příznaky dotýkajícími se jeho fyzické, kognitivní a emoční stránky. Cesta změn je dlouhá a náročná. První, kratší, část je vypořádání se s fyzickými a zdravotními obtížemi, druhá část je zaměřená na psychologickou adaptaci, která trvá podstatně delší dobu. Powell druhou část připodobňuje k výstupu na Mount Everest uvnitř lidské bytosti nebo na duchovní pouť Ježíše Krista, kdy: „*Cesta symbolicky znamená opuštění bezpečí a známého prostředí domova a putování nebezpečným terénem, kde člověk k přežití potřebuje odvahu, sílu a chytrost a odkud se vrací domů silnější a proměněný.*“ (POWELL, 2010, s. 161). Osoba po iktu se snaží najít smysluplný obraz nové situace. Hledá návaznosti na sdělení informací od lékaře a využívá vlastních kognitivních procesů při komunikaci s druhými lidmi a kognitivních schémat druhých lidí, s nimiž přichází do kontaktu (POWELL, 2010; KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Křivohlavý ve své knize popisuje kognitivní model boje s nemocí, kde se klade velký důraz na myšlenkový proces psychiky, který je rozdělen do tří fází průběhu. Nejdříve nastává interpretace situace, hledání smyslu, následně vlastní proces

zvládnání situace, kdy dochází k použití různých postupů k navrácení se do běžného stavu, a nakonec vyhodnocení účinnosti takto použitých metod (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Taktéž si myslím, že zmíněné kognitivní schopnosti a ovlivnění emocí u osob po mrtvici způsobují změnu v osobním životě pacienta. Lidé jsou po návratu z nemocnice do domácího prostředí především citliví na změny ve svém okolí a své situace, a tak při boji s nemocí využívají různých strategií.

Když aktivně přistupují z vlastních pohnutek k řešení v nemoci, volí aktivní strategii. Když „utíkají a schovávají se“ před určitým léčebným postupem, vybrali cestu únikové strategie. Účinné je, aby jedinec po mrtvici o svých pocitech mluvil se svým okolím. Tím dojde k úpravě jeho problémů. Většinou se citové nerovnosti časem zmírní, přesto během jejich trvání může nastat situace, že dotyčný odmítne léčbu, nebo bude mařit průběh rehabilitace a následné zotavení. Takové chování může rovněž ovlivnit vývoj naplánované rekonvalescence. V těchto případech je třeba, aby pacient měl kolem sebe osoby, které ho povzbudí, patřičně namotivují, aby svůj strach a hněv vyslovil nahlas a spustil následné emoční reakce a aby si dokázal přiznat problém a získal nadhled. V osobním životě hraje důležitou roli rodina, která pacientovi dodává podporu, projevuje o něj zájem a povzbuzuje ho během rekonvalescence. Některým lidem po mrtvici postačí povzbuzující rodinné prostředí a jiní si potřebují vyměnit zkušenosti a popovídat s lidmi se stejným onemocněním. Pomoci může také průvodce v podobě vzdělaného terapeuta. Zároveň jsou mezi jedinci po CMP i osoby nemající optimální nebo funkční rodinné prostředí, což se může projevit zhoršením jejich stavu. Všichni by v případě potřeby měli mít možnost prakticky zvládnout své problémy, přehodnotit očekávání, přizpůsobit životní styl, smířit se se ztrátami třeba pomocí individuálního poradenství, individuální terapií nebo skupinovou terapii (FEIGIN, 2007; POWELL, 2010; KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Převážně u starších lidí po prodělaných mnohočetných iktech se objevují nekontrolovatelné výbuchy emocí - od stavů jásavých přes podrážděnost až po propuknutí pláče. Nekontrolovatelné chování se vyvinulo jako následek

mozkové příhody a obvykle se nejedná o dlouhodobý stav a často ani o vyjádření skutečných pocitů daného jedince (FEIGIN, 2007).

Kognitivní potíže ovlivňují každodenní život pacienta v jeho rekonvalescenci. Pomoci mu může vytvoření rozvrhu denních aktivit, schování nebezpečných předmětů, přizpůsobení prostředí (např. zakoupení nebo vyrobení různých pomůcek) připomínání a napomáhání. Jedná-li se o demenci, možnost zlepšení je méně pravděpodobná, a tak by se mělo zvážit, zda by nebylo lepší pacientovi doporučit ubytovací zařízení s pečovatelskou službou (FEIGIN, 2007).

Adaptovat se na nové představy o sobě samém je velice nesnadné. Lidé po iktu, tak jako každý jiný, mají o sobě nějaké mínění. Když během jednoho okamžiku dochází ke změně, mají problém se s tím smířit a ihned zcela přetvořit svůj dosavadní život. Rozhodující schopností pro jakoukoliv změnu je flexibilita. Je třeba pochopit a přijmout, že je vše jiné a dosavadní běh životem se ubírá jiným směrem, a uvědomit si, že nový směr není horší nebo lepší. Je tedy nutné, aby lidé po iktu v sobě našli sílu ke změně, trpělivost a smíření se, že něco změnit nemůžou, a aby uměli rozeznat to, co jsou schopni změnit (POWELL, 2010).

2.3 Změny v práci

V rámci následné léčebně - rehabilitační péče navazující na zajištění základních fyziologických funkcí bezprostředně po zasažení člověka CMP může u mladších osob po iktu jít o obnovu pracovní schopnosti a všeobecně u všech pacientů o snahu obnovit soběstačnost nebo alespoň co nejvyšší její úroveň. Invalidizace člena rodiny postihuje ekonomicky celou rodinu, a to často ve chvíli, kdy osoba zasažená iktem byla hlavním finančně výdělečně činným. Přibližně jedna třetina lidí po CMP prvních pět let zůstává invalidní, ale na druhou stranu, pokud je kvalitní léčba zahájena včas a následně dodržována správná životospráva, je možné, že následky onemocnění budou minimální (KALITA aj., 2006; KALITA, 2010).

Lidé, aktivně se podílející na svém rehabilitačním procesu, by měli přehodnotit své možnosti, ale neztrácet naději. Návrat do práce alespoň částečný, pokud je to

možné, vnímají jako jeden z nejdůležitějších cílů. Někteří se dostanou do chráněných dílen, dobrovolnictví nebo organizací podporujících lidi s handicapem. Návrat do práce závisí na několika faktorech. Mezi ně patří rozsah obtíží, souhrn přetrvávajících dlouhodobých následků, druh zaměstnání, kvalita pracovní rehabilitace, věk a také přístup k návratu do zaměstnání. Během rehabilitace se člověk po iktu trénuje ve zlepšení kognitivních dovedností, náhledu, schopnosti sebehodnocení a řešení komplikací. Stává se, že osoba dříve pracující na postu manažera, může mít schopnosti k exekutivní funkci nenávratně narušeny nebo jedinec s dříve nadprůměrnými výsledky může být sotva průměrný. I když se část osob po mrtvici nedostane zpět do původní pracovní pozice, měly by tyto osoby, pokud jim to omezení dovolí, vyzkoušet různé pracovní pozice. Zatím není nalezen jediný správný způsob, jak přistupovat k návratu do zaměstnání, ale, jak Powell uvádí, existuje několik praktických ukazatelů sloužících jako vodítka. Jsou to:

- myslet pozitivně, realisticky,
- plánovat praktické kroky a zhodnotit své možnosti,
- uvědomit si a připustit si opakující problémy a vlastní omezení, které nelze změnit,
- vrátit se v pravý čas, ale ne příliš rychle, aby se zvýšil pacientův náhled a schopnost sebehodnocení vedoucí k přehodnocení očekávání. Neúspěch naopak může otrást jeho sebedůvěrou a vyvolat krizi nebo depresi. Taktéž je důležité začít pomalu, po menších krocích, a rovněž si i práci rozfázovat na menší činnosti, poučit zaměstnavatele a spíše se zaměřit na strukturovanou práci, důslednou, kterou pacient zná. Mezi usnadňující vlivy pro návrat a úspěšné zařazení do práce patří zajištění vstřícného a klidného prostředí, v němž lidi po mrtvici nic zbytečně nerozptýlí, užívání kompenzačních strategií (seznamů, tabulek apod.) a dohled osoby, ve kterou má důvěru (POWELL, 2010).

3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY V RODINĚ

Stejně tak jako pacient prochází určitými fázemi nemoci, tak i celá rodina má stádia emočních reakcí, které pravděpodobně pocítuje. První fáze trvá od okamžiku zranění do stabilizace pacienta, kdy u rodiny dochází k šoku, panice, nedůvěře a popření. Druhá fáze začíná, kdy pacient začíná vnímat a nabírá vědomí. Rodina zažívá úlevu, euforii a nepřipouští si a opomíjí budoucí problémy. Drobná zlepšení se stávají úspěchem. Třetí fáze se prolíná s fází rehabilitací blízké osoby. Členové rodiny si mohou uchovávat pozitivní postoj, ale později je může znepokojit skutečnost, že pokrok se zpomalil a mohou pocítovat úzkost a vztek. Ve čtvrté fázi při návratu do společnosti a ukončení rehabilitace rodina zřejmě již tuší, že stav pacienta se mnoho nezmění, což může způsobovat depresi. Pátá fáze je pak ve znamení emočního přijetí faktu, že příbuzný si uvědomí své omezení (POWELL, 2010).

Člen rodiny, který je z plného zdraví polapen zákeřnou nemocí, o které pojednává tato diplomová práce, vystavuje svou rodinu značnému rozsahu nových obtíží. Rodina je v takovém případě vystrašená, nic netuší, ničemu nerozumí. Je plná úzkosti a mívá deprese. Nejvíce ji ovlivňují emoční potíže a problémové chování blízkého, např. agresivita, nedostatek empatie, apatie, nedostatečný náhled nemocného atd. (BARTONÍČKOVÁ a DVOŘÁKOVÁ, 2009; POWELL, 2010).

Podle Maslowovy pyramidy potřeb je základem dbání o lidské potřeby i pro lidi po iktu. Palmerovi popisují ve své knize výzkumy, které se zabývají vztahy mezi partnery po mrtvici jednoho z nich a ukazují, že existuje vzájemný vztah, ve kterém, co provádí jeden, silně ovlivňuje toho druhého (PALMER a PALMER 2013; ŠAMÁNKOVÁ aj., 2011).

Rodina funguje jako systém, a proto si myslím, že pečující by měli myslet i na sebe. Nacházet si čas na sebe sama. Odpočinout si, srovnat si priority, nacházet radost v maličkostech každého dne. Neuzavírat se do sebe před společností, aby nebyli na své starosti a trápení, které zažívají, sami. Aby následně byli plni síly a mohli dávat veškerou možnou energii celé rodině.

Domnívám se, že v manželství je rovněž důležitá stabilita vztahu. V případě, že se jedná o láskyplný a trvalý vztah postavený na vzájemné citové podpoře, má takový vztah vyšší šanci i při znovunabývání fyzických a společenských funkcí, což dokládají i manželé Palmerovi. Je však na místě zmínit, že stres, napětí, vyčerpání sil pečujícího a neobvyklá závažná situace může způsobit zhroucení obvyklých vyrovnávacích mechanismů ve vztahu, které doposud fungovaly při běžném zvládnání krizí. Může se rovněž stát, že pečující rodina se vyčerpá, unaví a odcizí. Děti mohou mít emoční problémy s vyrovnáním počátečního traumatu a následným problémovým chováním svého nemocného rodiče a mohou pociťovat opomíjení jejich potřeb, což může na příklad mít vliv na jejich výkon ve škole. Pečujícímu manželovi může chybět láska, blízkost i milostný vztah, protože přece jen se původně zdravý, nyní nemocný, změnil. Partneři osob po iktu, u kterých nedochází k uspokojení emočních potřeb, si často připadají jako ve vězení. Mají pocit, že žijí v meziprostoru mezi svobodou a partnerským vztahem a nemůžou odejít ze vztahu, aniž by neměli pocit viny a výčitky svědomí (PALMER a PALMER, 2013, POWELL, 2010).

Mrtvice má významný dopad na život nemocného a na celou jeho rodinu. V jediné chvíli dochází ke změně celého navyklého způsobu života s okamžitými i dlouhodobými následky. Rodinní příslušníci by měli dostat jasné údaje a pokyny odborného personálu, aby mohli být účinnou oporou nemocnému členu rodiny. Měli by navázat kontakt s ošetrovatelským týmem a zároveň by měli dostávat psychosociální a praktickou podporu, aby jednotlivé léčebné fáze zvládli. I když si rodina po určitém čase dokáže přivyknout na nový styl života, změny v jejich emocionálním zdraví a vzájemném vztahu mohou přinést dalekosáhlé důsledky. Ať jsou projevy mrtvice sebeděsivější, pro náhle nemocného člověka se jeho partner (rodina, okolí) stává tím, jenž má svůj obrovský podíl na zařizování, sbírání zkušeností a pečování o nemocného. Stává se hlavním organizátorem a má velmi zásadní význam pro nemocného v akutní fázi i ve fázi doléčovací. Rodina musí zmobilizovat všechny své síly a řešit všechny nově vzniklé situace a události, do kterých se dostává, především ve chvíli, kdy nemocný opustí nemocnici. Situace, kdy se stane manžel, doposud výdělečně činný, najednou nehybným

ležícím člověkem, může značně zhoršit její celou ekonomickou i sociální situaci. Partnerovou hlavní motivací může být vidina zlepšení stavu blízkého nemocného v krátkodobém i dlouhodobém horizontu, jež může trvat i několik let, i když trvalé následky v menší či větší míře zřejmě zůstávají napořád. Partner mu pomáhá fyzicky (aktivizuje ho, pečuje o něj, stimuluje ho k rehabilitaci), psychicky (např. dodává lepší náladu, motivuje, povzbuzuje, příznivě ovlivňuje průběh onemocnění a zlepšení funkčního stavu) i sociálně (začleňuje do života, společnosti a práce a doprovází ho) (FEIGIN, 2007; PALMER a PALMER 2013; KALITA aj., 2006; KALITA, 2010).

3.1 Změna rolí (postavení) v rodině

Během života máme různé role, které jsme si v práci, ve společnosti a v rodině vybudovali a k nim utvořili jisté návyky. Nemoc odjímá z člověka řadu povinností. V důsledku nemoci dochází ke změně sociální pozice nemocného.

Ztrácí svou profesionální roli, uspokojení, prestiž a v rodině se stává závislým na ostatních. Reakce na ztrátu původních rolí a přijetí nové nečekané role je u lidí různá. Změněné kompetence u nemocných se neobejdou při hledání své nové identity bez pomoci druhých. Člověk po iktu hledá respekt své intimity a naslouchání svých potřeb a přání u ostatních členů rodiny. Zároveň se snaží neztratit svou lidskou důstojnost. Bojí se, aby nepřišel o svou nezávislost a soběstačnost. Pomáhá mu podpora od blízkých v rozvoji nových činností, které mu umožňují lépe se integrovat do života (BARTONÍČKOVÁ a DVOŘÁKOVÁ, 2009; POWELL, 2010; RAUDENSKÁ a JAVŮRKOVÁ, 2011).

S rolí jedince po CMP se mění i role ostatních členů rodiny. Dochází ke změně fungování rodiny. Nová situace s sebou přináší strach, nejistotu, zlost, zatrpkllost a frustraci. Pokud se podaří překonat tyto pocity u přebírajícího člena všech kompetencí v rodině, má možnost se změnit a vyzrát v silnějšího a schopnějšího jedince. Celá situace však záleží i na tom, kolik potřebuje partner péče a na postoji druhého partnera k pečující roli, na vztahu mezi partnery navzájem a podpoře

dostávající se mu od okolí (POWELL, 2010; RAUDENSKÁ a JAVŮRKOVÁ, 2011).

3.2 Ekonomické dopady

V souvislosti se změnou rolí dochází rovněž k ekonomickým změnám v rodině. Člen rodiny přispívající do rodinného rozpočtu, se po CMP nově ocitá v situaci, kdy přichází o zaměstnání a profesionální pozici. Finance a splácení složenek má na starost zdravý člen současně s rozhodováním o důležitých věcech spojených s financemi a hospodařením domácnosti (POWELL, 2010; RAUDENSKÁ a JAVŮRKOVÁ, 2011).

Invalidizace člena rodiny s prodělaným iktem má sekundární vliv na fungování celé rodiny. Někdy nastane situace, že i zdravý vydělávající člen musí opustit své zaměstnání, aby se mohl postarat o příslušníka rodiny. Rodina pak v důsledku toho může být odkázána na sociální systém státu (KALITA aj., 2006).

Ekonomický dopad se netýká pouze rodiny. Podle statistických údajů vyplývá, že ročně CMP postihne osoby střední a vyšší věkové kategorie. Velká část z nich přispívala do fungování sociálního systému státu. V souvislosti s prodlužováním aktivního života věku a zdokonalováním zdravotní péče se zvyšuje pravděpodobnost prodloužení jejich života. Následně samotná léčebná procedura, od velice drahé hospitalizace přes léčebnou a rehabilitační péči až po trvalou následnou péči v domácím prostředí, je z finančního hlediska velice nákladná. Z tohoto důvodu Kalita a jiní autoři vyzývají, aby se v hojné míře podporovala primární prevence CMP ve společnosti, aby se zamezilo riziku vzniku cévních poruch, a tak vzniku následných komplikací. Bylo by dobré se zaměřit nejen na ohrožené skupiny obyvatel, ale i na osoby, které svým nezdravým způsobem života mohou být zasaženy CMP. Kalita píše, že se téma nemoci iktu medializuje, propaguje se zdravý způsob a upozorňuje se na možná rizika. Na příklad v ČR organizuje odborná neurologická společnost v posledních čtyřech letech projekty k popularizaci problematiky mrtvice. Jeden měsíc v roce probíhají osvětové akce zaměřené na prevenci. Přesto Kalita v jiné své knize píše, že zájem

společnosti o preventivní programy je snižován skutečností, že větší skupinou lidí zasažených CMP jsou senioři, takže jejich aktuální téma není tolik pro veřejnost zajímavé jako např. snaha pomoci mladým toxikomanům snížit projevy jejich zhoubného návyku. Zmíněné stanovisko společnosti i státu ovlivňuje následnou dostupnost prostředků z veřejných fondů jak pro léčbu a rehabilitaci, tak prevenci CMP a následných stavů po iktu (KALITA aj., 2006; KALITA 2010).

Podle výsledků zahraniční sociodemografické a klinické studie zkoumající rozdíl mezi následnou domácí péčí a péčí v nemocnicích o pacienty po CMP bylo rovněž dokázáno, že následná nemocniční péče o pacienty je finančně náročnější. Při vhodně vytvořeném individuální plánu v domácí péči, výdaje na jeho zdravotní stav a doprovodné následky po iktu klesají (NGUYEN et al., 2015).

4 PROSTŘEDKY SLOUŽÍCÍ KE ZMAPOVÁNÍ NÁSLEDKŮ CMP

Mezi základní prostředky sloužící ke zmapování následků iktů v akutní fázi CMP se užívá především neurologických vyšetření, která diagnostikují samotnou CMP, typ CMP a rozsah poškození nemocí. Při neurologickém vyšetření se užívá zobrazovacích metod stanovujících diagnózu a vylučujících jiné příčiny neurologických příznaků. Zobrazovací metody se soustředí na celkové zobrazení funkcí mozku. K odhalování zúžení nebo uzavření tepen, popř. ke stanovení dalších neobvyklých změn v oběhové soustavě, se používá také ultrazvuk (HUTYRA aj., 2011).

4.1 Výpočetní tomografie

Výpočetní tomografie (computed tomography, CT) je nejčastější využívanou metodou sloužící k zobrazení mozkové tkáně v běžné zdravotnické praxi. Hlavní přínos CT spočívá v jeho spolehlivém vyloučení mozkového krvácení při určování akutních neurologických příznaků. CT však zcela neodhalí ischemické změny a ani jejich stáří. Vyšetření může také zkreslit poskytnutí falešných negativních výsledků až u 50 % všech velmi časně vyšetřených osob, neboť nezobrazí žádné viditelné poškození. V dnešní době jsou totiž moderní zařízení schopna rozlišovat některé změny během prvních 6 hodin od vzniku mrtvice. Je možné zobrazit různé změny na bílé a šedé kůře mozkové nebo změny na zvrásnění mozku (FEIGIN, 2007; HUTYRA aj., 2011).

Pacientovou hlavou na CT prochází nízká intenzita záření (rentgenových paprsků). Vyšetření trvá asi 20 minut, není bolestivé a rizika ozářením jsou minimální (FEIGIN, 2007; KALINA, 2008).

4.2 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (magnetic resonance imaging, MR nebo MRI) je při hledání iktu v současné době nejdůležitější a nejcitlivější technikou v rozlišování ischemie. MR zobrazí v krátké době v prostorovém rozlišení mozek a jeho změny. Magnetická rezonance je technikou dokonalejší než CT, ale výpočetní tomografie je dostupnější a vyšetření trvá kratší dobu. Naopak je méně citlivá k detekci malých nitrolebních krvácení než CT. Oba přístroje snímají magnetické rezonanční obrazy. Každý jednotlivý obraz se skládá z příčně zobrazené vrstvy mozku ukazující jeho odchylky od normy (FEIGIN, 2007; KALINA, 2008).

Magnetická rezonance pracuje na základě silného magnetického pole. Vytvoří se magnetické pole měřící vzájemné působení pulzujících magnetických vln a jader atomů v příslušné oblasti tkání v mozku, kde je riziko ohrožení. Vyšetření trvá přibližně 30 minut. Problém s použitím přístroje je u osob mající kardiostimulátor nebo jiný kovový předmět. Navíc se osoby většího věku nevtěsnají do MR přístroje. Vyšetření pomocí MR je bezpečné, šetrné a nebolestivé (FEIGIN, 2007).

Revolucí v MR bylo zavedení tzv. difúzně vážených obrazů (DWI), které jsou schopny zobrazit ischemii během několika minut po jejím vzniku (FEIGIN, 2007; KALINA, 2008).

4.3 Neurosonologie a další vyšetřovací prostředky

Do neurosonologie patří ultrazvuk a sonografie. Vyšetření zobrazí krční tepny pomocí ultrazvuku, tedy za užití zvukových vln ke vzniku obrazu nebo magnetickou rezonanční angiografií (MRA, forma MRI). Napomáhá zjistit, zda nedochází v těle k zúžení nebo sraženině v hlavní tepně. Vyšetření jsou bezbolestná a trvají maximálně 30 minut. Výsledky z magnetické angiografie ukazují, zda nedochází k chorobným změnám mozkových krevních cév a určují nitrolební výdutě (FEIGIN, 2007).

Kromě ultrazvuku a magnetické rezonanční angiografie se k zobrazení tepen a žil během všech fází mozkového krevního průtoku k pátrání po nezdravých změnách nebo k ukázání zúžení užívá metody mozkové angiografie. Tato metoda je založená na podání kontrastní látky injekcí do mozkových tepen, která se zobrazí na rentgenových snímcích. RTG pak promítne cévy krku a hlavy. Kontrastní látka se podává přímo do krční tepny nebo do katétru (cévky) do stehenní tepny v třísele. Tato metoda není tolik bezpečná jako výše popisované. Je zde nepatrné riziko komplikací, včetně dalšího iktu (FEIGIN, 2007; KALINA, 2008).

V případě, že se pomocí zmíněných zobrazovacích metod nepodaří odhalit typ CMP, je možné využít bederní punkci (nabodnutí tělní dutiny), při níž se odebere vzorek mozkomíšního moku k laboratornímu rozboru. Jako doplňující metoda se bederní punkce užívá k vyloučení infekce centrální nervové soustavy a výjimečně se uplatňuje v diagnostice subarachnoidálního krvácení, když není dostupné CT. Taktéž elektrokardiografie (EKG) se používá při přidruženém srdečním onemocnění, které by mohlo být možnou příčinou CMP (FEIGIN, 2007).

Laboratorní testy z krve a moči se rovněž využívají ke stanovení CMP. Zjišťuje se v nich srážlivost krve, záněty, případné krevní poruchy a onemocnění cukrovky, jaterních chorob a jiných poruch. U moči se provádí chemické vyšetření k určení přidružených infekcí a nemocí (FEIGIN, 2007).

4.4 Psychologická vyšetření

Psychologické vyšetření je soubor procesů a postupů, které vede ke stanovení závěrečné diagnózy. Podle Svobody: *„Pojetí diagnózy je širší, nejde jen o zjišťování abnormit, nýbrž o rozpoznávání úrovně a kvality individuálních zvláštností zkoumané osoby, a to nejen staticky, nýbrž i v jejich vývoji. Proces vytváření diagnózy v sobě zahrnuje zjištění všech relevantních informací z dostupných zdrojů, analýzu těchto dat a jejich interpretaci“* (SVOBODA, 1999, s. 11). Vyšetření provádí psycholog. Psychologické vyšetření u osob po cévní mozkové příhodě je zaměřené na diagnostiku kognitivních funkcí, zhodnocení jejich kvality a stanovení míry výskytu kognitivního deficitu, mapování vztahů

mezi změnami organického substrátu a změnami psychických funkcí. Vyšetření je zacílené především na orientaci, paměť, schopnost soustředění, pozornost, schopnost pojmenovat objekty, pochopit a provést psané a verbální instrukce, odhalit poruchy prostorového vnímání, ale i depresi, příp. stanovit demenci. Jako součást stanovení rehabilitačního plánu se užívá screening psychického stavu např. pomocí testu Mini – Mental State Examination ke stanovení poruch mozku (dále jen MMSE). Při MMSE je důležitým vodítkem pro terapeuta schopnost pacienta přijímat nové podněty a úkoly. Tento test rovněž ukáže hranice aktivní kooperace při léčbě. Klinický psycholog sestavuje plán kognitivního tréninku s podpůrnou psychoterapií, kterou může nejen u osoby po CMP, ale i u celé její rodiny, pokračovat po ukončení léčby v nemocnici (KALITA aj., 2006; POWELL, 2010; SVOBODA, 1999; BEZDÍČEK, 2014).

K dalším diagnostickým metodám se užívají testy pozornosti jako např. test D2, Reyova – Osterriethova komplexní figura, testy paměti jako např. Wechslerova škála paměti a dotazníky (např. dotazník MMPI neboli Minnesotský multifázový osobnostní inventář). Nedílnou součástí diagnostiky jsou klinické metody (pozorování, rozhovor, anamnéza, analýza získaných dat) (SVOBODA, 1999).

Podle potřeby a s ohledem na lékařskou zprávu a své možnosti sestavuje psycholog baterii testů (BEZDÍČEK, 2014; SVOBODA, 1999).

Ze zahraničních zdrojů vyplývá, že na průběhu integrační péče u lidí po CMP mají vliv depresivní stavy. Výzkumy se dokázalo, že k lepší cílené rehabilitaci a k vytvoření účinnějšího léčebného plánu přispívá také užívání psychologických metod na mapování deprese u lidí po CMP (TUNER-STOKE and HASSAN, 2002).

5 SOUČASNÁ ÚROVEŇ PÉČE O NEMOCNÉ A JEJICH BLÍZKÉ

5.1 Zdravotnický přístup

Zdravotnický pracovník v léčebném procesu je v jistém vztahu k pacientovi, k práci, kterou vykonává a k sobě samotnému. Kvalita tohoto vztahu je významná, protože ovlivňuje léčebný režim pacienta. O hospitalizovaného člověka po CMP pečují odborný tým, který se skládá ze zdravotnického personálu (zdravotní sestry, zdravotní asistenti, nutriční poradce apod.), lékařských specialistů podle potřeb (např. neurolog, kardiolog, geriatr, hematolog a odborníci na vnitřní lékařství), rehabilitačního pracovníka, logopeda, ergoterapeuta a někdy také psychologa. Péče začíná od zavolání rychlé záchranné služby, převezení pacienta do nemocnice, včasné hospitalizace s vhodnou léčbou a rehabilitací a následně končí odchodem do domácího ošetřování. Úroveň a včasnost péče má následně vliv na pozdější nezávislost pacienta a kvalitu jeho života. Zdravotnický pracovník by měl neprodleně odhalit příčinu CMP a účinně volit druh léčby, která může zachránit mozkové buňky ohrožené odumřením, např. podáním trombolytických léků, rozpouštějících krevní sraženinu a obnovující krevní oběh v zasažené oblasti mozku. Důležitá je správná diagnostika typu CMP. Pro stanovení diagnózy se používá zobrazovacích technik a dalších vyšetřovacích metod, dále laboratorního vyšetření a sledování klinického a biochemického stavu pacienta. Podle výzkumů je časná péče poskytnutá pacientům po CMP na nemocniční iktové jednotce propojená s viditelným zlepšením zdravotního stavu pacienta. Po každé CMP je nejefektivnější léčbou rehabilitace pacienta, která musí být započata co nejdříve a musí být založena na multidisciplinárním týmu se zapojením specialistů - odborníci na ikty, zdravotní sestry, řečovní a jazykoví terapeuti, pracovní terapeuti, fyzioterapeuti, dietologové atd. (FEIGIN, 2007; KALINA, 2008; ZACHAROVÁ aj., 2007).

Příznaky mrtvice jsou těžko rozpoznatelné, a tak se stává, že lidé vyhledají lékařskou pomoc až za dlouhou dobu od výskytu prvních příznaků, a přitom

diagnostikování CMP by mělo proběhnout max. do 24 hodin a podání protisrážlivých léků do 3 – 4 hodin od prvních projevů, což prudce zvyšuje šanci přežití a následně ovlivňuje odvíjející prognózu (KALITA, 2010; PALMER a PALMER, 2013).

Všechny osoby s akutním iktem jsou pravidelně sledovány, někdy i častěji než každou hodinu. Personál zaznamenává a vyhledává změny v pacientově tlaku krve, pulsu, teplotě, úrovni vědomí a dýchání. Kromě toho monitoruje výdej moči, peristaltiku střev, potíže s mluvením, rozuměním, polykáním aj. (FEIGIN, 2007).

U některých typů CMP je nezbytný chirurgický výkon. Celkově je léčebná strategie zaměřená na udržování normálního dýchání, řízení pitného režimu, ošetření krevního tlaku, na ošetrovatelskou péči zabezpečující převážně ošetření kůže, vyprazdňování, výživu, krmení, zvýšení polohy hlavy, udržování normální tělesné teploty, prevenci možných komplikací jako zápal plic apod., podávání léčiv, léčbu přidružených nemocí jako diabetes mellitus, infekce atd. a také rehabilitaci (FEIGIN, 2007).

Lékař a sestra by vždy měli pacientovi a rodině vysvětlit, která vyšetření nemocného čekají a k čemu slouží. Také by neměli opomenout sdělit případná rizika a obtíže s nimi spojená. A všechny nashromážděné výsledky z vyšetření by měli poskytnout ke zhlédnutí (FEIGIN, 2007).

Můj názor je, že v České republice nedochází k dostatečnému vysvětlení jednotlivých postupů a procedur. Při diskuzích s lidmi po CMP zjišťuji, že základní informovanost pacientů a rovněž rodiny není dostatečná. Podle jejich názoru jim nebylo zcela od zdravotnického personálu sděleno, jaký je léčebný postup a k čemu jednotlivé léčebné a rehabilitační postupy slouží. Rovněž jim po propuštění z nemocnic chyběly následné kontakty na organizace a zařízení, které pomáhají lidem po příhodě začlenit se do společnosti a zlepšit svůj zdravotní stav.

Do léčebného režimu jsou zahrnuti všichni členové rodiny, aby se naučili, co je zapotřebí a následně byli součástí rehabilitačního procesu (FEIGIN, 2007).

V současné době se v medicíně hojně využívá vědy, aby bylo možné pacienta řádně ohodnotit a zařadit jeho stav jako určitý typ nemoci, tedy správně diagnostikovat bez dalšího nadbytečného úsilí porozumět vnitřnímu nastavení pacienta. Tato diagnostika důležitou součástí pro naplánování dalších postupů léčby a musí zahrnovat mnoho dílčích somatických, psychických a sociálních faktorů. Ovšem na druhou stranu se pacient může stát obětí lékařského „ocejchování“, kdy se podle jeho způsobu projevu chování v určité chvíli může setkat s mylným označením, nálepkováním, tedy řazením do předem dané kategorie, a tak se s ním může nadále jednat (např. pacient na začátku své bezbrannosti, který se dokáže projevit pouze agresivně, může být nadále označen za agresivního). Odborník je autoritou ve vztahu k pacientovi díky svému vzdělání a zkušenostem. Je však pravdou, že pokud se jedná o životní, vztahové a emoční potíže pacienta, bývá autoritativní pozice odborníka spíše přítěží než pomocí. Ukázalo se, že každé onemocnění nemá etiologii ve vnějších vlivech, a tak se začalo využívat alternativního holistického přístupu, tedy propojení fyzikálních, psychologických a sociálních komponent. Holistický přístup připouští, že onemocnění úzce souvisí s osobnostním propojením člověka (JANÁČKOVÁ a WEISS, 2008; KOPŘIVA, 2006).

5.2 Rehabilitační přístup

Rehabilitace je nedílnou součástí současné péče. Cílem rehabilitace je „*dosáhnout co nejvyšší možné kvality života pacienta bez ohledu na závažnost poruchy. U stavu po CMP je třeba naplnit obsah komplexní rehabilitace jako souboru opatření, která vedou k optimální resocializaci pacienta*“ (KALITA aj., 2006, s. 486). V tomto pojetí se rehabilitace netýká pouze zdravotnictví, ale rozšiřuje se i na oblast ekonomickou, technickou, pedagogickou a společensko-sociální (KALITA aj., 2006; POWELL, 2010).

Součástí rehabilitačního týmu jsou zdravotní sestry a ošetřovatelé. Lékař, který je vedoucím zdravotnického personálu, určuje, co se bude s pacientem v nadcházející době dít. Fyzioterapeut pomáhá obnovit schopnost používání svalů a kloubů tak, aby byli pacienti schopní sedět, stát, udržovat rovnováhu atd. podle svých

možností. Učí je různým technikám, aby byli schopni používat svou svalovou soustavu co nejefektivněji. Dále do rehabilitačního týmu patří klinický logoped a ergoterapeut. Logoped poskytuje podporu v mluveném a psaném projevu pacienta. Školí ho pomocí speciálních technik a sestavených činností zaměřených na zlepšení jazykových dovedností a schopností užívat řeč a případně jej učí pracovat s rodinou a personálem pro zvýšení celkové úrovně komunikace. Ergoterapeut pacientovi po CMP pomáhá zvládat každodenní povinnosti jako je oblékání, vaření, domácí práce, ale pomáhá také rozvinout jeho schopnosti, které s těmito povinnostmi souvisejí včetně možnosti přispět do rodinného rozpočtu, plánování, zdokonalení myšlení a hledání řešení problémů (KALITA aj., 2006; POWELL, 2010).

5.3 Psychosociální přístup

Nedílnou součástí odborného týmu v ozdravném procesu u lidí po CMP je sociální pracovník, který poskytuje celé rodině užitečné a praktické informace ohledně sociálních dávek, ubytování, dopravy, zakoupení nebo zapůjčení různých ortopedickoprotetických nebo kompenzačních pomůcek atd. Rovněž poskytuje lidem po CMP a jejich rodinám podporu po psychologické stránce, neboť je s ním možné mluvit o pocitech pacienta, problémech, se kterými se setkává v každodenním životě on a jeho nejbližší, apod. (POWELL, 2010).

Po psychologické stránce mohou lidem po CMP pomoci i klinický psycholog nebo psychiatr. Jejich pomoc spočívá především v tom, že by měli léčit např. pomocí anxiolytik (léku odstraňující úzkost, strach, napětí) psychické projevy deprese a úzkosti, které bývají velkou komplikací pro nemocného a které často nemocný není schopen v jeho stavu verbálně sdělit. Výzkumy sice neprokazují vliv na zlepšení celkového zdravotního stavu osoby po CMP, ale snižují úzkost, která převážně v akutním stavu působí sama o sobě velké utrpení. Silná antidepressiva se pacientům nepředepisují, protože nadměru tlumí nemocného, což vede k jeho neochotě a neschopnosti spolupracovat při rehabilitaci (KALINA, 2008).

K dispozici osobám po CMP je rovněž psycholog, který podle speciálně upravených testů zhodnotí pacientovy duševní schopnosti a nedostatky a může poradit se zvládnutím nastalé náhlé životní situace, doporučit novou komunitu osob se stejnými problémy, programy zaměřené na osoby po CMP a jejich rodinu. Zajišťuje možnost konzultací a podporu při změnách rolí, kompetencí v rodině ohledně emočních problémů spojených s adaptací a srovnáním s novou situací. Je součástí při hledání nové možnosti pro zapojení do zájmových činností a do práce (KALITA aj., 2006; POWELL, 2010).

V případě, že osoba po iktu nemá možnost opory v rodině a rodinný život není funkční, pak se nemocní hůře zotavují. Emoční problémy lze řešit individuálním poradenstvím nebo skupinovou terapií. Zapojení psychoterapie nebo i psychiatrické oblasti se využívá v případě, že se u osoby po CMP nebo u rodinných příslušníků objeví známky apatie, nezájmu nebo odporu k léčbě nebo především deprese, která může vzniknout u osob po iktu jako psychologická reakce na klinické následky po iktu, nebo jako následek poranění určité oblasti mozku s průvodními změnami neurotransmiterů. Deprese se léčí antidepresivy nebo inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Farmakologická léčba ovlivňuje kvalitu a dobu života po iktu (FEIGIN, 2007; KALITA aj., 2006).

Podporu osobě po iktu i celé rodině poskytují různé organizace a nestátní nezisková sdružení, která organizují výlety, rehabilitační pobyty, zájmové aktivity, přednáškové semináře, poradenství v této oblasti, vydávají příručky atd. (KALITA aj., 2006; *Ergo Aktiv*, 2015).

6 MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ V PÉČI O NEMOCNÉ

6.1 Nedokonalosti systému v péči o nemocné

Cévní mozková příhoda je akutní stav, který lze správnou léčbou a následnou rehabilitací pozitivně ovlivnit. U některých lékařů však stále přetrvává představa, že neblahý průběh se stejně nedá změnit. Přitom je výzkumy dokázáno, že dostupnost moderních léčebných metod může značně zlepšit kvalitu života nemocného, což má vedle individuálního rozměru i velký celospolečenský dopad (KALINA, 2008).

Bohužel však každý pracovník záchranné služby, neurolog, internista a ostatní zdravotničtí pracovníci mají negativní zkušenosti s vážnoucí propojeností a koordinací mezi medicínskou potřebou pacienta a možnostmi nabízených služeb. Ve srovnání s nabízenou péčí o lidi po srdeční příhodě je péče o nemocné po CMP pod evropským standardem. Toto však není dáno nedostatečnou kvalifikovaností odborníků, ale souborem faktorů, z nichž hlavní je chybějící celoplošně republikový provázaný systém v péči o lidi po iktu. Nejen, že neexistuje jednoznačná celoplošná struktura péče o nemocné po CMP, ale chybí dokonce i koncepce a strategie, jak ji zformovat. Z tohoto důvodu se v jednotlivých zdravotnických zařízeních vyskytuje různá kvalita péče a liší se i jejich struktura, což je dáno popudem činností jednotlivých zařízení a zájmem několika lidí. Na Moravě již vznikly první modelové struktury, které odpovídají potřebám v péči o nemocné, a proto by bylo vhodné navázat na ně a zdokonalit systém na celou republiku. Základem pro kvalitní a včasnou péči o všechny osoby prodávající iktus je vybudovat více iktových jednotek a přeorganizovat lůžkovou část nemocnic v jednotlivých regionech (KALINA, 2008).

Jednou z nedokonalostí systému v péči o nemocné po iktu je v ČR dále nízké povědomí o příčinách, které CMP způsobují, příznacích mozkové mrtvice a o nutnosti přivolání rychlé záchranné služby. Proto je nezbytné ubírat se směrem důslednější primární prevence a předcházení rizikovým faktorům. Mediální kampaně jsou sice častější, ale vliv těchto aktivit zatím zůstává stále nepatrný.

Pro osvětu je nutné v pravidelných intervalech a systematicky opakovat a zlepšit celoplošně výsledky v péči osoby po CMP (KALINA, 2008; KALITA aj., 2006).

Autor Kalina ve své knize popisuje, že se pravidelně pořádají mediální kampaně a některé dny v roce jsou přímo zacílené na osvětu veřejnosti, ale podle mého názoru se jen malé procento veřejnosti o kampaních dozvídá. Medializace rizik infarktu myokardu je rozšířenější a povědomí o této nemoci je u naší populace větší, což vyzdvihuje i Kalvach ve své přednášce (KALVACH, 2010).

Pacient ani po včasném zásahu rychlé záchranné služby nemá jisté, že se dostane na pracoviště, kde je patřičný servis zajišťující ekonomické a sociální systémové funkce k zabezpečení moderní péče. Často se stává, že se pacient po iktu dostane na interní oddělení, kde se spíše cítí jako nepříslušně zařazený a možnost poskytnutí péče vyžadující jeho stav je omezena (KALINA, 2008).

U mnohých zdravotnických pracovišť není vybudován vnitřní standardní naplánovaný postup poskytování péče pacientům po iktu. Z tohoto důvodu dochází k improvizaci lékařského personálu a časovým prodlevám v ošetření, kdy se může posunout až o 120 minut. Časová prodleva se zvyšuje i díky vážnoucí týmové spolupráci, která je bez kvalitních daných pravidel koordinace nedostatečná (KALINA, 2008).

Současný paušální systém uhrazování plateb za léčiva prakticky neumožňuje rozšíření moderní léčby CMP. Řešením by bylo navýšení paušální platby pojišťoven nebo přímé placení za užití léků mimo paušál (KALINA, 2008). Se stejným návrhem přichází i Kalvach (cit. dle FEIGIN, 2007).

V mnoha zdravotnických zařízeních v regionech není zavedena následná kvalitní rehabilitační péče, která je však nedílnou a zcela důležitou částí ozdravného procesu u lidí po iktu. Výsledné následky a míra závislosti osob po iktu na péči rodinných příslušníků a na státu jsou pak daleko horší, a tak snaha a prostředky investované v akutní fázi nemoci při péči o nemocného vedou do ztracena (KALINA, 2008).

6.2 Zásady přispívající k lepší péči o nemocné

Vzhledem k tomu, že iktus patří mezi nejčastější příčiny smrti a nemocnosti, primární prevence je základní přístup jak provádět edukaci obyvatelstva a zdravotníků tak, aby došlo k minimalizaci vzniku CMP a dalších velkých následků více, než je v současnosti běžné. Cílem je, aby veřejnost i zdravotníci byli seznámeni s iktem a nutností jednat rychle a bez otálení, aby byli nemocní převezeni do nemocnice ideálně do 1-2 hodin od projevů prvních příznaků. K primární prevenci by rovněž přispělo předcházení vzniku CMP jak u lidí, kteří jsou přímo ohroženi neovlivnitelnými faktory, tak i u těch, kteří by mohli přispět ke snížení rizika vzniku iktů vlastním přičiněním, tedy omezením ovlivnitelných negativních faktorů (KALITA aj., 2006).

Nezbytná následná sekundární prevence je nevyhnutelná u všech nemocných. Spočívá v úpravě životního stylu ke snaze obnovit samoobslužnou schopnost podle možností pacienta. Jedná se o péči nefarmakologickou, tedy úpravu životního stylu, vyloučení kouření, vyloučení přísunu alkoholu, vykonávání fyzické aktivity, zavedení zdravého jídelníčku, redukci nadváhy a užívání předepsaných léků, které upravují srážlivost krve a snižují vysoký krevní tlak, a léčbu možných přidružených nemocí (KALITA aj., 2006).

Podle současných studií organizovaná péče snižuje úmrť na ikty o 30 % a zlepšuje následný stav nemocného. Iktové jednotky podle výzkumu ukázaly, že organizovaná a jejich specializovaná péče je úspěšná a prospěšná. Z tohoto důvodu by bylo vhodné vytvořit více těchto specializovaných center intenzivní péče nebo přímo iktových center (KALITA aj., 2006).

Součástí odborné pomoci by měla být dostatečná následná ošetrovatelská léčba a sociální pomoc podle stupně postižení. Hlavní význam má prolongovaná rehabilitace, která se uzpůsobuje potřebám a zájmům osoby po iktu (jedná se o princip zdánlivé rehabilitace ke zvyšování motivace). Vzhledem k tomu, že se jedná o závažné invalidizující onemocnění, které vyžaduje pomoc druhé

osoby, měla by být pro tyto osoby k dispozici domácí ošetrovatelská péče včetně možnosti např. chráněného bydlení (KALITA aj., 2006).

Rovněž se domnívám, že součástí základní a kvalitní péče o nemocné ale i jejich rodinu by měl být tým psychologů a psychoterapeutů, kteří se postarají o duševní zdraví jedinců, pomohou předcházet depresivním stavům, poskytnou krizovou intervenci a budou nadále spolupracovat s nemocnými a jejich členy rodiny podle jejich potřeb. Dále se domnívám, že by bylo vhodné provést revizi údajů v české dostupné odborné literatuře na toto téma, neboť některé informace a statistické údaje mohou být neaktuální.

Jednou z hlavních zásad je přimět nemocného po iktu, aby se účastnil v takové míře, v jaké je to možné, rozmanitých společenských, volnočasových a rekreačních aktivit. Citlivá společenská podpora ze strany širší komunity mu pomůže k sociálnímu a psychickému zotavení. Vytváří se nenásilné učení a posilování mentálních funkcí (paměť, myšlení, řeč a řešení problémů). K tomu dopomáhá podporovat nemocného k návratu k činnostem, které měl dříve rád a které mu jeho fyzický stav dovolí (FEIGIN, 2007).

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Tato část je věnována praktickému zkoumání poznatků nashromážděných v teoretické části diplomové práce. Zaměřuje se na zjištění zkušeností, informovanost zdravé populace o CMP v zájmu prevence a na osoby, které byly samy tímto onemocněním postiženy, a jejich blízké, které popisují v odborné literatuře v teoretické části. Pro ucelenost celé problematiky se tato kapitola snaží najít možnosti pozitivních změn v péči o nemocné podle odpovědí respondentů z výzkumné části a z poznatků z odborné literatury v teoretické části.

7.1 Cíle výzkumu a jeho postupy

Hlavním cílem výzkumného šetření je kvantitativní metodou zmapovat a posoudit zkušenosti a informovanost o CMP, ať už se jedná o zdravou populaci lidí nebo o osoby, které samy touto nemocí prošly. Výzkumem chci zjistit, jaké je povědomí veřejnosti o cévní mozkové příhodě v ČR, jaká jsou specifika v nově vznikajícím rodinném a společenském postavení nemocného po CMP z jeho pohledu. Ve výzkumu se také zabývám psychickým stavem pacienta a dostupností odborné psychologické péče. Vedlejším cílem je zaměřit se na otázku, jaká je a jaká by měla být podpora a spolupráce ze strany odborníků (psychologů, zdravotnického i nezdravotnického personálu), neziskových i státních organizací, veřejnosti v rámci začleňování lidí po CMP a jak funguje péče o lidi po CMP (převážně následná).

Výzkum navazuje na mou osobní zkušenost z konferencí pořádaných na toto téma a hlavně ze stáží v neziskových organizacích, kde jsem se setkávala a pracovala s lidmi po CMP. Získanou subjektivní zkušenost jsem si chtěla potvrdit objektivnějším způsobem, proto jsem se rozhodla použít postup, který se v odborné literatuře často udává jako „předběžné sdělení“, kdy ještě není možné dostat podmínkám kladeným na vědecky - výzkumnou práci (např. reprezentativnost vzorku, potřebný počet osob, dostatečná kontrola proměnných, přesné statistické zpracování dat atd.). Z tohoto důvodu má obvyklá formulace hypotéz v mé práci spíše méně závazné obsahové vyjádření, a to očekávané odpovědi na mnou

položené otázky. Platnost mých závěrů mohu jen logicky zdůvodnit s přispěním získaných dat a nemohu se statisticky opřít o podložené důkazy. Výzkumné šetření si klade za cíl zmapovat obecné souvislosti a inspirovat při vytváření dalších výzkumů.

7.2 Etické aspekty výzkumu

Při realizaci mnou stanoveného výzkumu jsem se spojila s různými organizacemi, které mi zprostředkovaly kontakty s jejich klienty. V rámci stáže jsem zavítala do zařízení, kde po představení mého projektu klienti souhlasili s účastí na výzkumu. V rámci zachování úplné anonymity neuvádím bližší specifika míst sběru dat, neboť bych tak mohla narušit anonymitu respondentů. Součástí každého dotazníku byl průvodní dopis, kde jsem představila výzkum a informovala respondenty, že vyplněním dotazníku dávají souhlas ke zpracování odpovědí.

Při sběru dat jsem postupovala tak, abych byla vstřícná, empatická. Ubezpečila jsem respondenty, že jejich účast je zcela dobrovolná a že v případě dotazů se na mě mohou obrátit. Dále jsem se přizpůsobila individuálním a časovým možnostem respondentů při vyplňování dotazníku. Při sběru dat (ať už při přímém kontaktu nebo zprostředkovaném kontaktu se všemi respondenty) jsem se snažila o objektivitu, nestrannost, zodpovědnost, opatrnost a citlivost k získaným údajům.

7.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze tří souborů. Jednak ze zdravé populace (veřejnosti), která byla starší 16 let a byla vybírána metodou pravděpodobnostního náhodného výběru.

Demografické charakteristiky souboru respondentů, kteří odpověděli na dotazník A:

Pohlaví – z celkového počtu 216 respondentů odpovídalo 76 mužů (35,2 %) a 140 žen (64,8 %).

Věkové rozpětí je 16–82 let.

Vzdělání respondentů - 10 respondentů odpovědělo, že je jejich vzdělání základní (4,6 %), 89 respondentů odpovědělo, že je jejich vzdělání středoškolské (41,2 %), a 121 respondentů odpovědělo, že je jejich dosažené vzdělání vysokoškolské (56 %).

Další výzkumný soubor tvořili respondenti starší 31 let, kteří byli po CMP, přičemž v tomto případě byla zvolena metoda vícestupňového náhodného výběru kontaktem ze státních a nestátních organizací. Pro adekvátní zodpovězení otázek byli vhodní kandidáti prokonzultováni s kompetentním pracovníkem jednotlivých zařízení. Do výzkumu byli zařazeni převážně klienti/pacienti nacházející se v nestátních zařízeních. Zároveň byli osloveni bývalí klienti/pacienti, kteří jsou po CMP minimálně půl roku (z důvodu lepší objektivity a schopnosti posoudit události s odstupem času). Z dotazování byli vyloučeni klienti, kteří byli ve zhoršeném zdravotním stavu (rozsáhlé poškození kognitivních funkcí, diagnostikovaná afázie) nebo z důvodu jiných obtíží (např. depresivních stavů). Tedy lidé, kteří nebyli schopni nebo ochotni spolupracovat.

Demografické charakteristiky souboru respondentů, kteří odpověděli na dotazník B:

Pohlaví – z celkového počtu 29 respondentů bylo 20 mužů (69 %) a 9 žen (31 %).

Věkové rozpětí je 31 – 85 let.

Vzdělání respondentů - 17 respondentů (58,6 %) odpovědělo, že je jejich vzdělání středoškolské a 12 respondentů (41,4 %) odpovědělo, že je jejich vzdělání vysokoškolské.

V neposlední řadě do výzkumu byli zařazeni zdravotní i nezdravotní odborníci pracující s lidmi po CMP. O účast byli požádáni psychologové, logopedi, zdravotní sestry ze státní nemocnice a z rehabilitačního ústavu, lékaři a vedoucí nestátních neziskových organizací, kteří se zaměřují na osoby po CMP. Z oslovených mi odpověděl 1 klinický logoped, 1 lékař se specializací v neurologii, 1 vrchní sestra

komplexního cerebrovaskulárního centra, 7 zdravotních sester a 1 vedoucí neziskové organizace.

7.4 Výzkumné hypotézy

Výzkumné hypotézy jsou pro výzkum stanoveny takto:

H1: Informovanost zdravé populace o CMP není dostatečná a riziko ohrožení nemocí u dotazovaných je podle jejich mínění mizivé.

H2: U lidí po CMP nejsou následná odborná péče (vč. psychologické) ani sociální začleňování do společnosti dostatečné.

H3: Současná fungující praxe se liší od odborné teorie (doporučení a postupy pro pacienty CMP, jejich blízké i zdravou populaci) při následné pomoci u lidí po CMP.

7.5 Metodologie výzkumu

Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno s využitím dotazníků. Jedná se o orientační mapovací popisný projekt, kde není dopředu známá důležitost závislých proměnných.

7.5.1 Technika sběru dat (průběh a postup)

Data byla zjišťována formou anonymního dotazníku u všech zkoumaných osob (zdravé populace, populace po CMP a odborníků aktivně pracujících s pacienty/klienty po CMP). Dotazník byl vždy opatřen průvodním dopisem, kde se v úvodu představuji, uvádím, z jaké školy jsem, respondenty informuji o výzkumném projektu, o cílech a uvádím na sebe a na vedoucího diplomové práce, tedy odborného garanta, kontakt (Příloha I.). Otázky v dotazníku byly různého charakteru (otevřené, uzavřené, polouzavřené).

Vzhledem k tomu, že pro každou skupinu respondentů byla zvolena jiná varianta dotazníku s převážně odlišnými specifickými otázkami, rozhodla jsem se, že dotazník

určený pro zdravou populaci, tedy veřejnost, označím jako dotazník A (dále jen „DA“), pro respondenty, kteří onemocněli CMP, označím dotazník jako dotazník B (dále jen „DB“) a dotazník určený pro odborníky označím jako dotazník C (dále jen „DC“).

Otázky v DA byly zaměřené na širokou veřejnost bez bližší specifikace, zda mají osoby osobní zkušenost s tímto onemocněním. V DA byly zjišťovány zkušenosti s tímto onemocněním, informovanost a znalost o CMP, náhled na rizikovost a vlastní ohrožení nemocí. DA je umístěn v příloze (Příloha II.). Respondenti byli osloveni online prostřednictvím služby Formuláře Google. Zprostředkování proběhlo přes internetové chaty, známé, mailové korespondence a pomocí Facebooku. DA byl dostupný od začátku února do konce března roku 2016. Před samotným sběrem dat v rámci pilotní studie bylo osloveno 30 respondentů v OC Pankrác během dne zaměřeného na prevenci CMP, který se uskutečnil 1. listopadu 2014. Po pilotní studii jsem upravila a upřesnila některé dotazy.

V DB osoby po CMP odpovídaly, zda je informovanost dle jejich mínění dostatečná, jaké jsou jejich zkušenosti se zařízeními, kde byly hospitalizovány, s následnou péčí, a jak se jejich psychický stav změnil. Bylo-li o ně pečováno odborně, co potřebovaly/potřebují po CMP. Jak vnímaly změnu rolí a společenského postavení (Příloha III.). Otázky v DB byly sestaveny pod odborným vedením vedoucího této práce a zároveň byly prokonzultovány s dalšími odborníky a navazují na získané informace z odborné literatury v teoretické části. V průběhu šetření, které se konalo od 1. listopadu 2014 do 31. března 2016, byly osloveny 3 státní zdravotnická a rehabilitační zařízení a 4 nestátní neziskové organizace. V původním plánu mělo být osloveno více zdravotních zařízení, ale z důvodu zásady mlčenlivosti a interních nařízení zdravotnických zařízení a také z důvodu nevhodnosti dotazovat se pacientů pouze pár dní po iktu, jsem musela okruh sběru dat zúžit a DB proto odpovídali lidé, kteří byli po CMP již minimálně půl roku, chtěli se výzkumu zúčastnit a zároveň byli zdravotně schopni vyplnit sami DB nebo po navázání důvěry bez vnučování či dalšího objasňování a podsouvání mého názoru a bez svědků mi odpovědi nadiktovali a já je do DB zapsala v přesné interpretaci. Respondentům jsem DB poskytla v papírové podobě nebo jsem jej poslala elektronickou formou organizacím, a ty dále DB rozposlaly, nebo jsem jim poskytla odkaz na internetový DB pomocí online služby Formuláře Google. Výzkum jsem vždy představila vedení dané organizace a dohodla

se s ním na způsobu zprostředkování vhodným kandidátům pro vyplnění DB. Oslovení respondenti byli z celé ČR, neboť mnoho organizací pracuje i s klienty, kteří nemají bydliště blízko sídla organizace.

Poslední skupinou, kterou jsem pro celkový ucelený náhled na danou problematiku oslovila, byli odborníci, kteří pracují s osobami po CMP. U odborníků se formou DC (Příloha IV.) zjišťuji jejich zkušenosti s lidmi po CMP, názor na současnou situaci v poskytování péče pro pacienty po CMP, možnosti zlepšení a spolupráce, jak zlepšit psychický stav, zvýšit informovanost a přínos zdravé populace o CMP. Otázky byly konstruovány tak, abych zjistila, zda odborné zdroje použité v teoretické části, které byly většinou vydány do roku 2011, odpovídají současné realitě. Snažila jsem se oslovit odborníky z co nejvíce oborů, proto jsem oslovila lékaře se specializací z neurologie, vrchní sestru a zdravotní sestry z komplexního cerebrovaskulární centra, zdravotní sestry z rehabilitačního zařízení, dále klinického logopeda, vedoucí neziskové organizace zaměřující se na osoby po CMP a klinického psychologa. Všichni výše jmenovaní mi z důvodu jejich časového vytížení v krátkosti odpověděli na zformulované dotazy. Odpovědi se mi nedostalo pouze od klinického psychologa, který po ústním příslibu na zodpovězení mých dotazů dále nereagoval. Realizace sběru dat proběhla od začátku ledna do začátku dubna 2016.

7. 5. 2 Způsob analýzy dat

V dotaznících jsem užila kvantitativní metody. Na začátku DA a DB jsem zjišťovala základní demografické údaje pro případné sledování proměnných v dalších výzkumných projektech. V DC jsem se ptala pouze na odbornost. Dotazníky byly koncipovány tak, abych mohla získat numerická data, která jsem následně zpracovala do grafů a tabulek. V Příloze V. doplňuji výzkum o další statistické údaje jako Test dobré shody. Nejvýznamnější poznatky předkládám ve výsledcích záznamů mého výzkumu.

DA je celkově složen ze 14 jednoduchých otázek a 6 podotázek. Hlavní otázky jsou povinné. Podotázky jsou upřesňující a nepovinné. V DA se vyskytují kontrolní otázky za účelem ověření pravdivosti, respektive konzistentnosti předchozích odpovědí, a ke zmapování rozsahu povědomí o CMP (např. ot. č. 1.: „*Víte, co je to*

cévní mozková příhoda?“ a ot. č. 11.: *„Víte jaké má cévní mozková příhoda příznaky?“*), dále se skládá z otázek otevřených, v nichž respondent rozepisuje odpověď a zjišťuje se jeho vědomost o problematice CMP (např. ot. č. 5.: *„Poznal/a byste projevy tohoto onemocnění?“*). DA se skládá také z otázek uzavřených (např. s možností odpovědět ano/ne/nevím nebo numerické posuzovací škály), které zjišťují názor a zájem o zkoumanou problematiku nebo rozsah znalostí a otázek polouzavřených, kde je možné specifikovat svou odpověď při označení varianty *„jiné....“*.

DB je koncipovaný z 28 otázek a 6 podotázek. První otázka není číslována a je totožná jako v DA (*„Myslíte si, že je informovanost o tomto onemocnění dostatečná?“*). Otázky jsou všechny povinné kromě 6 podotázek, které navazují na předchozí otázky. Například ot. č. 4. (*„V nemocnici jste byl/a hospitalizován/a na JIP (jednotka intenzivní péče):“*), kde zjišťují rozdíl mezi JIP a lůžkovým oddělením, což nemohou posoudit respondenti, kteří nebyli umístěni na JIP. První část otázek je zaměřena na souvislosti ohledně zdravotního stavu, specifika jejich onemocnění a poskytnutou péči. Druhá část otázek prozkoumává psychický stav, sociální dovednosti a podporu po CMP. Otázky jsou složeny z otázek uzavřených, kde se odpovídá ano/ne (např. ot. č. 2.: *„Znal/a jste před příhodou toto onemocnění?“*) nebo pomocí numerické sedmibodové posuzovací škály (např. ot. č. 16.: *“Měl/a jste pocit, že by bylo lepší už nebýt?“*). V DB jsou mimo jiné otázky otevřené, jimiž se zjišťuje upřesnění okolností nemoci a vlastní zkušenosti či názor (např. ot. č. 27.: *„Co byste změnil/a, zlepšil/a v následné péči o osoby po CMP?“*). DB také obsahuje otázky polootevřené, které je možné zodpovědět v kolonce *„jiné:“* (např. ot. č. 10.: *„Po hospitalizaci na oddělení neurologie jste byl/a přeložen/a hned:“*).

DC se skládá z 6 otázek. V úvodu žádám respondenty kromě odpovědí ano/ne na otázky o upřesňující připomínky.

7.6 Vyhodnocení získaných údajů

Při vyhodnocení získaných údajů je část dat z dotazníků uspořádána do tabulek a grafů. Zároveň jsou výsledky doplněny slovním komentářem s informacemi, které jsem získala od pracovníků příslušného zařízení, nebo jsou doplněny o postřehy, které jsem získala během praxe a samotného výzkumného šetření. Byly zjišťovány i vztahy mezi jednotlivými odpověďmi respondentů, zda si odpovědi vzájemně neodporují. Některé zajímavé vztahy jsou zmíněny v podkapitole Výsledky z dotazníků a dále v kapitole Diskuze a Shrnutí a interpretace, stejně tak i vysvětlení cílů některých otázek.

7.6.1 Výsledky z dotazníků

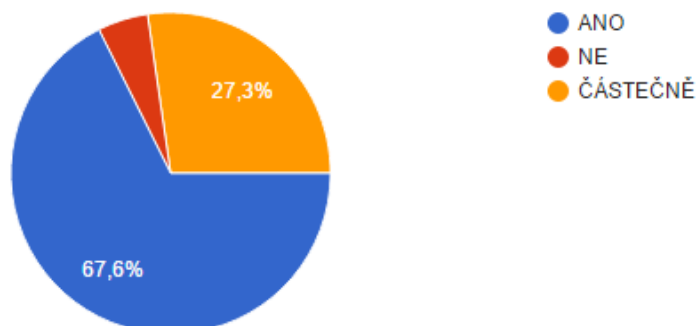
V této části předkládám výsledky z jednotlivých dotazníků. Zároveň komentuji užití otázek a překládám některé autentické výpovědi respondentů, které uvádím jako přímou řeč bez úpravy. V příloze je možné nahlédnout na všechny tři dotazníky, neboť otázky z dotazníku v této části nevypisují.

V DA jsou výsledky odpovědí tyto:

Na otázku č. 1, která zkoumala základní informovanost respondentů z řad populace ČR, odpovědělo „ano“ 146 (67,6 %), „ne“ 59 (27,3 %) a „částečně“ 11 (5,1 %). V grafu č. 1 lze názorně vidět zastoupení jednotlivých zmiňovaných odpovědí. Pro bližší zjištění rozsahu znalostí o CMP v podotázce: *„Pokud ano, víte, proč se jí říká CEVNÍ mozková příhoda?“* zazněly v různé variantě odpovědi respondentů, že se *„ucpou cévy“* nebo *„dochází k ucpání/sraženině/prasknutí cév mozku a následnému nedostatečnému prokrvení a odumření různých částí mozku“* či *„postihuje cévy mozku“*. Také zazněly odpovědi typu: *„odumřou mozkové buňky“* či *„je to selhání krevního oběhu“*.

Graf č. 1 Zjišťování povědomí o CMP

1, VÍTE, CO JE TO CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA (IKTUS, „PEPKA“...)?
(216 odpovědí)



Otázka č. 2. zjišťovala, zda odpovídající ví, že se též jedná o stejnou otázku jako je otázka č. 1., tedy jeden z dalších neoborných a lidově zažitých pojmenování tohoto onemocnění. Rozdělení odpovědí respondentů podle znalosti pojmu mrtvice, odpovědělo 185 respondentů (85,6 %) „ano“ a 31 respondentů (14,4 %) „ne“. Na podotázku: „Pokud ano, můžete ji krátce charakterizovat?“ odpověděli respondenti převážně: „totéž, co cévní mozková příhoda“, dále pak „překrvení cév“, „překrvení/nedokrvení cév v mozku“, „prasknutí cév v mozku“, „ucpání cévy do /v mozku - nedokrvení, nedostatek kyslíku, krvácení do mozku“. Jiné odpovědi zazněly: „Ucpání mozkové cévy s různě silnými následky pro člověka“, „Prdne cévka v mozku. člověk upadne do komatu“, „pacient je zmatený, vadu řeči, povislý koutek, paréza poloviny těla....., nějak asi dojde k znefunkcnení casti, mozku“, „stav, kdy se ucpe tepna, je nám na omdlení“, „mozková mrtvice přichází náhle z plného zdraví“, „Je to stejná situace jako u mozkové příhody, obvykle má následky do budoucna - ochrnutí, změny charakteru, atd.“, „konkretne to neumim popsát. Mozkovi kolabs“, „...poškození určité oblasti mozku“, „řeka v Černé hoře a cévní mozková příhoda“, „nedokrvení, ztráta schopnosti ovládat určité svaly, kompletní nebo částečna ztráta vnímání nebo uvědomování, závrate, nezřetelna rec“ nebo „člověk odpadne“.

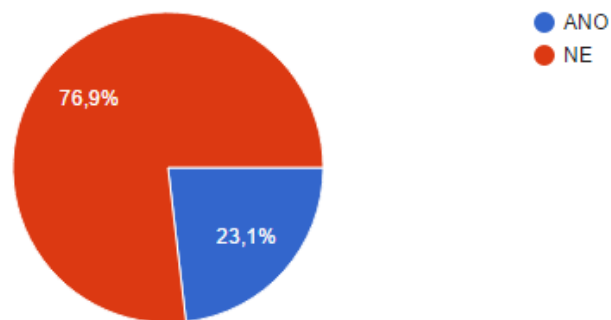
Na otázce č. 3. lze podle grafu č. 2 vidět, že většina, tedy 166 respondentů (76,9 %) se domnívá, že informovanost o CMP není dostatečná, a 50 respondentů (23,1 %)

odpovědělo, že ano, informovanost o tomto onemocnění je dostatečná. Otázka přímo souvisí s mnou stanovenou hypotézou H1.

Graf č. 2 Rozdělení zkoumaného souboru podle informovanosti o CMP

3, MYSLÍTE SI, ŽE JE INFORMOVANOST O TOMTO ONEMOCNĚNÍ DOSTATEČNÁ?

(216 odpovědí)

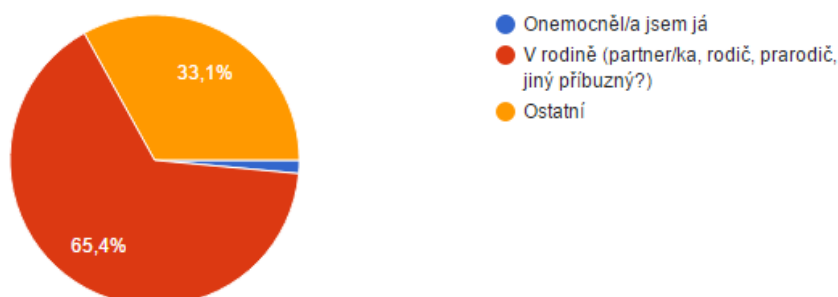


Na otázku č. 4, která zjišťuje míru výskytu lidí s tímto onemocněním v okolí dotazovaných, odpovědělo 138 respondentů (63,9 %) „ano“ a 78 respondentů (36,1 %) odpovědělo „ne“. Dále pak respondenti odpovídající ano specifikovali u podotázky, u koho se s onemocněním setkali. Ze 138 odpovídajících respondentů odpovědělo na podotázku 136 respondentů.

Graf č. 3 ukazuje, že 89 respondentů (65,4 %) odpovědělo, že se s onemocněním setkalo v rodině (partnerka, rodič, prarodič, jiný příbuzný), 45 respondentů (33,1 %) odpovědělo ostatní (v DA pojmenováno jako „jiné: ___“), kde někteří blíže specifikovali, že se s onemocněním setkali u přátel, rodičů přátel, sousedů, jedna z odpovědí zazněla: „V práci, je to poměrně častá pooperační komplikace“. Dále 2 respondenti (1,5 %) odpověděli, že oni sami onemocněli CMP.

Graf č. 3 Rozdělení odpovědí zkoumaného souboru podle specifikace výskytu onemocnění

Pokud ano, prosím uveďte u koho: (136 odpovědí)



Na otázku č. 5., která je obdobná jako otázka č. 2., odpovědělo „ano“ 131 respondentů (60,6 %), tedy že by poznali projevy CMP a „ne“ odpovědělo 85 respondentů (39,4 %).

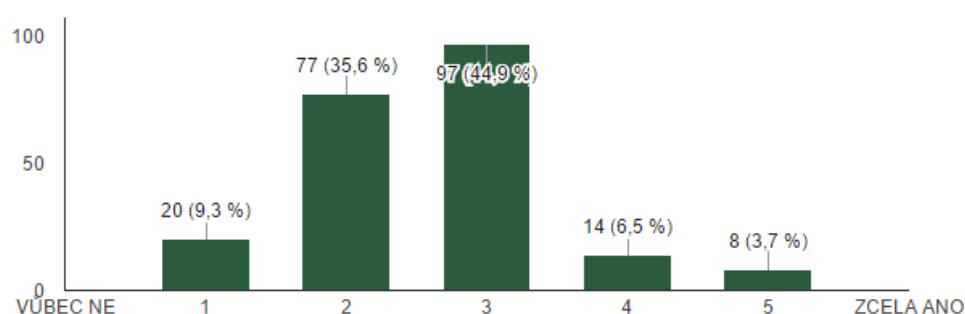
Na podotázku k otázce č. 5: „Pokud ano, prosím, napište jaké projevy:“, mapující rozsah povědomí o CMP, odpovídalo 132 respondentů. Odpovědi byly většinou vícečetnou kombinací nebo jednoslovnou odpovědí z uvedených odpovědí: ochrnutím různých částí těla (parézou/plégii), brněním, ztrátou řeči (afázií) či blábolení nesmyslných odpovědí, porucha a výpadky smyslů, poruchy paměti, pokles víčka, povislý koutek úst, nemožnost se usmát, porucha citlivosti a hybnosti na jedné polovině těla, porucha kognitivních funkcí, porucha osobnosti, slabost, dezorientace, zmatenost, porucha vnímání, mdloby, bolest, bolest hlavy, zvracení, potíže s koordinací, potíže se synchronizací obličeje i těla, porucha rovnováhy, projev jako opilý člověk. Dále pak někteří respondenti odpověděli: „Vysoký cholesterol (infarkt myokardu), vysoký krevní tlak“, „úporná bolest hlavy“, „nejsem odborník, ale možná náhlá slabost, "ledový pot", točení hlavy, napětí těla, bolest“, „dotyčný odpadne, je mu zle, na první pohled patrné známky“, „zmodrání rtů, paralýza“, „Otázka je moc černobílá..., malou mrtvičku asi ne, větší pravděpodobně ano“ a víckrát se objevily odpovědi, že se projevuje sníženou dechovou schopností, tlakem na prsou a bolestí hrudi.

Výsledky na otázku č. 6 podle znázorňujícího grafu č. 4 ukazují, že 20 respondentů (9,3 %) se domnívá, že nejsou „vůbec“ ohroženi CMP, 77 respondentů (35,6 %) si myslí, že „spíše“ nejsou nemocí ohroženi, 97 respondentů (44,9 %) je „středně“ ohrožena onemocněním CMP, 14 respondentů (6,5 %) si myslí, že „spíše ano“, je nemocí ohrožena a 8 respondentů (3,7 %) si myslí, že je „zcela“ ohrožena onemocněním CMP. Otázka zjišťuje uvědomění závažnosti tímto onemocnění i u zdravé populace.

Graf č. 4 Rozdělení zkoumaného souboru podle subjektivního hodnocení vlastního ohrožení CMP

6, MYSLÍTE SI, ŽE JSTE NEMOCÍ OHROŽEN/A?(zakroužkujte nejvhodnější variantu)

(216 odpovědí)



Na otázku č. 7 odpovědělo 160 respondentů (74,1 %), že ví, co je fibrilace a 56 respondentů (25,9 %) odpovědělo, že neví. Otázka navazuje na další otázky. Fibrilace je nemocí srdce a může být příčinou CMP.

Na otázku č. 8 odpovědělo 147 respondentů (68,1 %), že si myslí, že některé nemoci srdce (kardiovaskulární onemocnění) mohou způsobit CMP (mrtvici) a 69 respondentů (31,9 %) se domnívá, že ne.

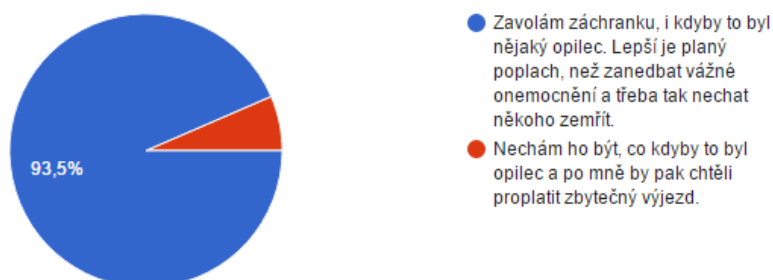
Otázka č. 9 zachycuje reakce chování respondentů, jak rozpoznat případné první příznaky CMP od osob pod vlivem omamných látek. Jak znázorňuje graf č. 5, odpovědělo 202 respondentů (93,5 %), že kdyby vidělo na chodníku ležet člověka, zavolalo by záchranku, i kdyby to byl opilý jedinec. A 14 respondentů (6,5 %) odpovědělo, že nezavolá rychlou záchrannou službu. Obává se, že to může být

opilý jedinec a mohli by být sankciováni za zbytečný výjezd rychlé záchranné služby.

Graf č. 5 Rozdělení odpovědí podle způsobu zachování při možném spatření osoby prodávající CMP

9, VIDÍM NA CHODNÍKU LEŽET ČLOVĚKA, KTERÝ JE POMOČENÝ A MOŽNÁ I POKÁLENÝ – JAK SE ZACHOVÁM:

(216 odpovědí)



U otázky č. 10 shodně odpovědělo 208 respondentů (96,3 %), že se onemocnění CMP může týkat osob mladších 30 let a 8 respondentů (3,7 %) odpovědělo, že se onemocnění CMP postihuje pouze osoby starší 50 let.

Na otázku č. 11 odpovědělo 123 respondentů (56,9 %), že ví, jaké má CMP příznaky a 93 respondentů (43,1 %) odpovědělo, že neví, jaké má CMP příznaky.

Na bližší specifikující podotázku: „*Pokud víte, prosím vypište tyto příznaky*“ u otázky č. 11 odpovědělo 114 respondentů. Převážná část odpovědí byla „*viz ot. č. 5*“, „*stejně jako mrtvice*“ nebo někteří respondenti vypsali příznaky jako např. odpovědi: „*Zmatenost, nevolnost, pocení, bledá kůže, změna tepu, následuje ztráta vědomí*“ nebo „*ztráta vědomí, motorické poruchy, zmatení, poruchy řeči, ztráta hybnosti jedné poloviny těla*“. Jiní respondenti uvedli příznaky i projevy jako např. „*slabost; ztráta citlivosti tváře nebo končetiny („mravenčení“) neschopnost dobře ovládat končetiny a mimické svaly; zmatenost, dezorientace, porucha vnímání; problémy s expresivní a receptivní stránkou řeči; potíže s chůzí, rovnováhou a celkově s pohybem neovládání horní a dolní končetiny na jedné straně těla, dezorientace v čase a prostoru povislý koutek úst; dvojitě vidění*”.

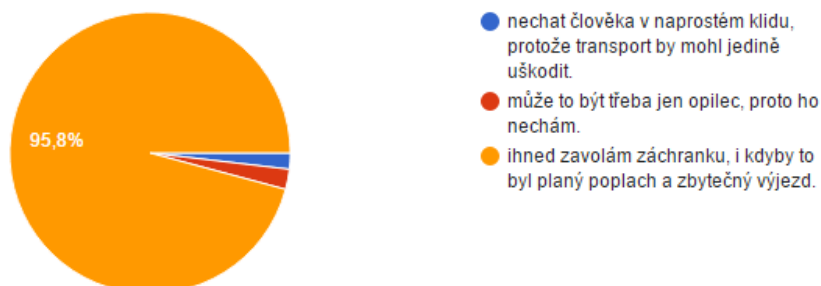
Na otázku č. 12 odpovědělo 133 respondentů (61,6 %), že ví, co dělat v případě výskytu příznaků CMP, a 83 respondentů (38,4 %) odpovědělo, že neví, co dělat v případě výskytu CMP.

K otázce č. 12 odpovědělo 128 respondentů na podotázku: „*Pokud ano, prosím napište, co byste udělali:*“. Většina z nich by zavolala (okamžitě) rychlou záchrannou službu (RZS), dále někteří uvedli, že by zajistili základní životní funkce po zavolání RZS, nebo nechali jedince ležet či ho posadili poté, co by zavolali RZS. Objevovaly se také odbornější odpovědi jako např.: „*co nejdříve převoz na iktové jednotky, zahájíme, zajistíme vitální funkce, monitoring, EKG, snižujeme postupně vysoký TK, CT, MR, laboratorní odběry, pozor na edém mozku-protiedémovou léčbu*“. Mezi odpověďmi se objevily také dvě zajímavé odpovědi od laiků: „*Pravděpodobně bych akutní stav mohl zaměnit za něco jiného, nebyl bych si jistý. Nejdříve bych zavolal lékařskou pomoc. Myslím, že by mi ihned řekli jak se nejlépe zachovat.*“ a „*Jelikož jako lajk nepoznam zda jde o krvacení nebo naopak ucpaní, budu se snažit dotyčného co nejrychleji dostat do rukou neurologa*“.

Na otázku č. 13, která navazuje na předchozí otázky, podle výsledků by shodně 207 respondentů (95,8 %) ihned zavolalo RZS i v případě, že by nebylo zcela jasné, jestli se jedná o výskyt příznaků CMP. Dále 5 respondentů (2,3 %) by nic neudělalo, neboť to může být třeba opilec, a 4 respondenti (1,9 %) odpověděli, že by osobu prodávající CMP nechali v naprostém klidu, protože transport by mohl jedině uškodit. Výsledky otázky č. 13 graficky znázorňuje graf. č. 6. Tato otázka je položena, protože včasné zavolání RZS a zahájení léčby má vliv na následující vývoj stavu u osoby zasažené CMP.

Graf č. 6 Rozdělení odpovědí respondentů podle způsobů zachování při příznacích CMP

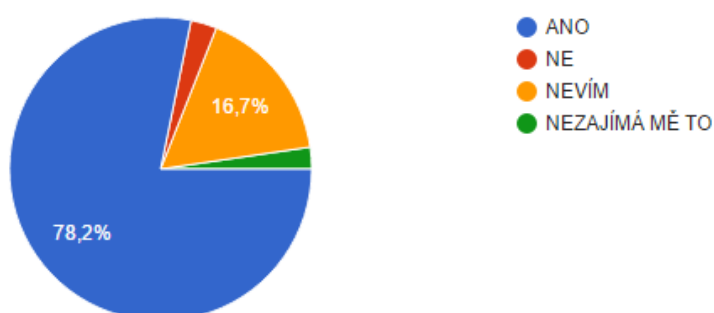
13, V PŘÍPADĚ VÝSKYTU PŘÍZNAKU CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY JE TŘEBA:
(216 odpovědí)



Na otázku č. 14, jak zobrazuje graf č. 7, odpovědělo 169 respondentů (78,2 %), že by přivítalo více informací o CMP, 36 respondentů (16,7 %) odpovědělo, že neví, 6 respondentů (2,8 %) sdělilo, že ne, a 5 respondentů (2,3 %) se shodlo, že je informace o CMP nezajímají.

Graf č. 7 Rozdělení zkoumaného souboru podle míry zájmu o rozsáhlejší informace o CMP

14, PŘIVÍTAL/A BYSTE VÍCE INFORMACÍ O TÉTO NEMOCI? (216 odpovědí)



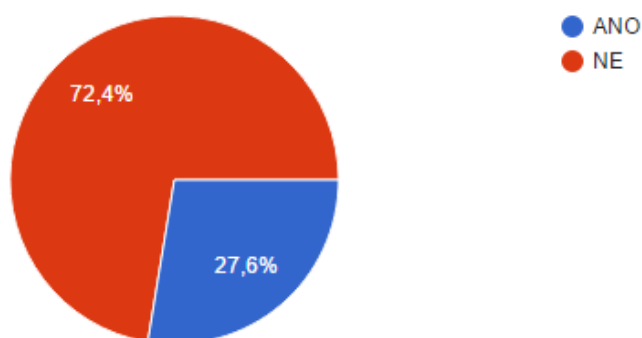
Z DB jsem zjistila následující:

První nečíslovaná otázka, shodná s DA i DC, dotazující se, zda je informovanost o CMP dostatečná, byla zodpovězena tak, že 21 respondentů (72,4 %) se domnívá, že je nedostatečná, a 8 respondentů (27,6 %) si myslí, že je dostatečná. Odpovědi lze názorně vidět na grafu č. 8.

Graf č. 8 Rozdělení zkoumaného souboru podle hodnocení míry informovanosti

MYSLÍTE SI, ŽE JE INFORMOVANOST O TOMTO ONEMOCNĚNÍ DOSTATEČNÁ?

(29 odpovědí)



Otázka č. 1 je položena pro bližší pochopení jejich CMP (a určení výzkumného souboru). Respondenti specifikovali, jakou CMP prodělali, s jakými projevy, následky a jak dlouho jsou po příhodě. V odpovědích se objevila pojmenování – od laického sdělení: „*krvácení do mozku, krvácení do levé či pravé části mozku, praskla mi cévka, nevím*”, přes „*ischemická*” až po podrobný popis, zřejmě přepis lékařských zpráv (např.,, *I639 stp. Ischemické CMP v povodí a.cerebri post.dx.,v.s.kardioembolizační etiologie. Dle SONO a CT Ag uzávěr ICA l.dx.-tč.ECA/ICA bypasse neindikován*“). Také u některých respondentů CMP vznikla jako sekundární následek jiné nemoci (nádoru, srdeční vady atd.) Odpovědi, s jakými projevy, byly různé – od „*nepamatuji si, stalo se během spánku, stalo se před mnoha lety*” až po „*brnění a necitlivost obličeje, končetin, bolest hlavy, paréza nebo hemiparéza, afázie*” atd. Jeden z dotazovaných sdělil, že prodělal

CMP bez projevů. Odpověď na následky byly „*afázie, poruchy motoriky, únava, poruchy myšlení, paměti (převážně krátkodobé nebo respondent, který mluvil 5 cizími jazyky před příhodou a nyní ne), koncentrace, levostranná hemiparéza, pravostranná hemiparéza (nebo obojí), epilepsie, třes nebo různé, kombinované či žádné poruchy*”. Většina oslovených respondentů prodělala 1 příhodu, byli však tací, které postihlo 2-5 příhod. Většina oslovených jsou po CMP v rozmezí 6 měsíců až 16 let. Odpověděli i respondenti, kteří měli první mrtvici před 40 lety a prodělali jich více, nebo některé odpovědi byly, že v určitém rozmezí let prodělali více příhod (např. „*1. 2000 levostrannou s postižením levé ruky 2. 2001 pravostrannou s postižením pravého oka, řeči, pravé ruky a pravé nohy*“).

Otázka č. 2 zjišťovala informovanost respondentů o tomto onemocnění před jejich příhodou a byla 15 respondenty (51,7 %) zodpovězena, že neznali CMP před svou vlastní příhodou, a 14 respondentů (48,3 %) odpovědělo, že znalo toto onemocnění před vlastním onemocněním CMP.

Na otázku č. 3, jak znázorňuje graf, odpovědělo 11 respondentů (38 %), že jim byla lékařská odborná pomoc poskytnuta do 30 minut od prvních projevů CMP, 7 respondentů (24,1 %) odpovědělo v jinou dobu, než byly nabízené varianty (nejčastější odpovědi byly do 48 hodin a další - nevím, spal jsem, nevím, byl jsem v kómatu), 7 respondentů (24,1 %) odpovědělo, že jim odborná pomoc byla poskytnuta do hodiny, 2 respondenti (6,9 %) odpověděli okamžitě a 2 respondenti (6,9 %) odpověděli do 10 minut. Na variantu do 5 minut neodpověděl nikdo. K této otázce podotýkám, že včasnost poskytnutí lékařské odborné pomoci má vliv na rozsah poškození prodělávané akutní CMP.

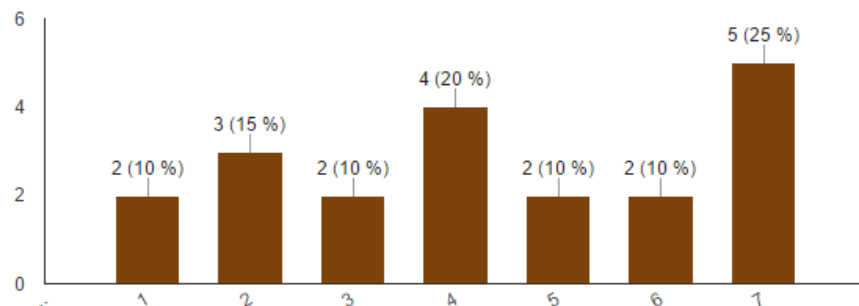
U otázky č. 4 většina respondentů 18 (62,1 %) vybrala možnost, že byli hospitalizováni na JIP a 11 respondentů (37,9 %) nebylo hospitalizováno na JIP.

Výsledky otázky č. 5, znázorněné na grafu č. 9, ukazují, že 20 respondentů se vyjádřilo na otázku, jestli vidí rozdíl mezi kvalitou péče na JIP a lůžkovém oddělení. „Zcela”, „převážně ano” a „spíše” byl rozdíl - se shodlo 9 respondentů

(45 %), „středně“ odpověděli 4 respondenti (20 %), „vůbec“, „převážně“ a „spíše“ nebyl rozdíl - odpovědělo 7 respondentů (35 %).

Graf č. 9 Rozdělení zkoumaného souboru podle hodnocení kvality péče

5, BYL ROZDÍL MEZI KVALITOU PÉČE NA JIP A LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ?
(Vyznačte, prosím, na škále, jak velký byl rozdíl v kvalitě, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)
(20 odpovědí)



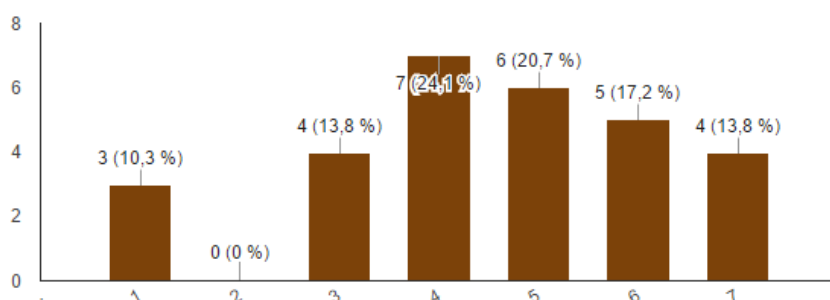
Na otázku č. 6, v čem vnímají rozdíl v péči mezi JIP a lůžkovým oddělením, vypsalí respondenti, že v přístupu zdravotnického personálu (zdravotních sester, lékařů), někteří byli spokojeni spíše s přístupem zdravotníků na JIP, jiní na lůžkovém, nebo záleželo na směně, také vidí rozdíl ve vybavenosti oddělení, ošetrovacích postupech a někteří neví nebo si to nepamatují. Jeden respondent se rozepsal (Příloha VI.).

Na otázku č. 7, jak zobrazuje graf č. 10, odpovědělo 7 respondentů (24,1 %), že byl přístup na lůžkovém oddělení neutrální, dále „spíše“ a „převážně“ dobrý podle 11 respondentů (37,9 %), „skvělý“ podle 4 respondentů (13,8 %) a „velmi“ a „spíše špatný“ podle 7 respondentů (24,1 %).

Graf č. 10 Rozdělení zkoumaného souboru podle hodnocení přístupu personálu na lůžkové oddělení

7, JAKÝ BYL NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ PŘÍSTUP PERSONÁLU? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= velmi špatný, 2=převážně špatný, 3=spíše špatný, 4= neutrální, 5=spíše dobrý, 6= převážně dobrý, 7= skvělý)

(29 odpovědí)

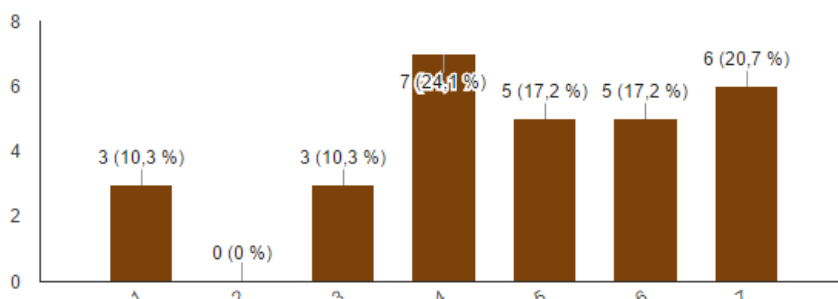


Výsledek u otázky č. 8, jak ukazuje graf č. 11, byl, že 16 respondentů (55,1 %) se shodlo, že mělo pocit, že se cítili „spíše“, „převážně“ a „zcela“ důstojně při péči na lůžkovém oddělení a „středně“ 7 respondentů (24,1 %), „vůbec“ a „spíše“ nemělo pocit důstojného jednání 6 respondentů (20,6 %).

Graf č. 11 Rozdělení zkoumaného souboru podle sebehodnocení

8, S TÍM SOUVISÍ I TENTO DOTAZ. JAK MOC JSTE MĚL/A POCIT, ŽE BYLO S VÁMI JEDNÁNO DŮSTOJNĚ (ZACHÁZENO JAKO SE SVÉPŘÁVNOU BYTOSTÍ)? (Vyznačte, prosím, míru úrovně na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

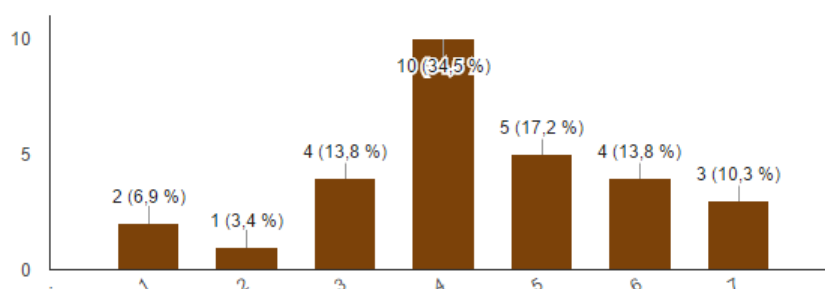
(29 odpovědí)



Na otázku č. 9, jak ukazuje graf č. 12, odpověděli respondenti: 10 (34,5 %), že byla podle nich rehabilitace „středně“ dostatečná, „spíše“, „převážně“ a „zcela“ byla dostatečná podle 12 respondentů (41,3 %) a „spíše“, „převážně“ a „vůbec“ nebyla dostatečná podle 7 respondentů (24,1 %). Otázka je položena, protože včasná rehabilitace je důležitou součástí následné péče a ovlivňuje následný stav pacienta.

Graf č. 12 Rozdělení zkoumaného souboru podle hodnocení rehabilitace

9, BYLA PODLE VÁS REHABILITACE DOSTATEČNÁ? (Vyznačte, prosím, míru úrovně na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)
(29 odpovědi)

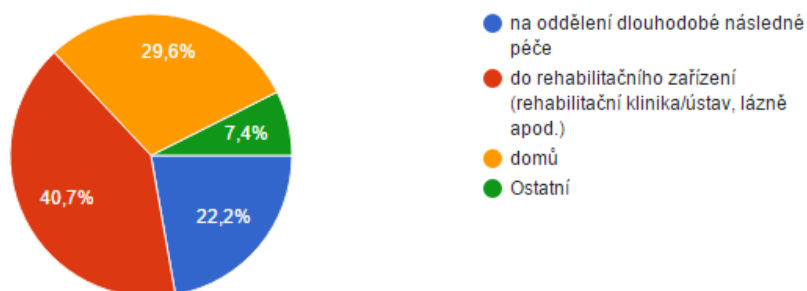


Na otázku č. 10, jak ukazuje graf č. 13, odpověděli respondenti, že 11 (40,7 %) z nich bylo přeloženo do rehabilitačního zařízení, 8 (29,6 %) domů, 6 (22,2 %) na oddělení dlouhodobé následné péče a 2 (7,4 %) jinam. Tato otázka mapuje následnou péči.

Graf č. 13 Rozdělení zkoumaného souboru podle umístění po primární hospitalizaci

10, PO HOSPITALIZACI NA ODDĚLENÍ NEUROLOGIE JSTE BYL/A PŘELOŽEN/A HNED:

(27 odpovědí)

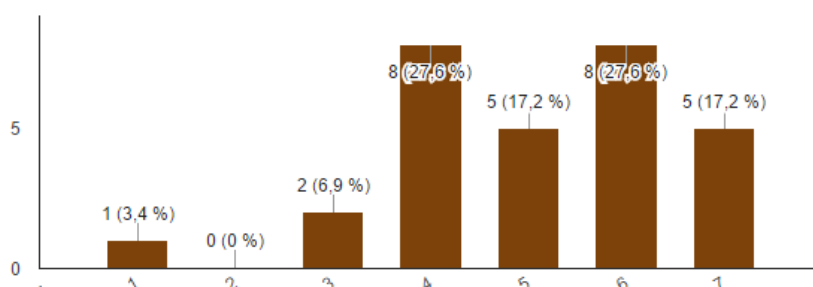


U otázky č. 11, jak ukazuje graf č. 14, odpovědělo, že má pocit, že se jim dostalo „zcela“, „převážně“ a „spíše“ kvalitní péče 18 respondentů (62 %), „středně“ kvalitní péče podle 8 respondentů (27,6 %) a „spíše“ a „vůbec“ se jim nedostalo kvalitní péče podle 3 respondentů (10,3 %).

Graf č. 14 Rozdělení výzkumného souboru podle hodnocení celkové kvality péče

11, MÁTE POCIT, ŽE SE VÁM CELKOVĚ DOSTALO KVALITNÍ PÉČE?
 (Vyznačte, prosím, míru úrovně na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

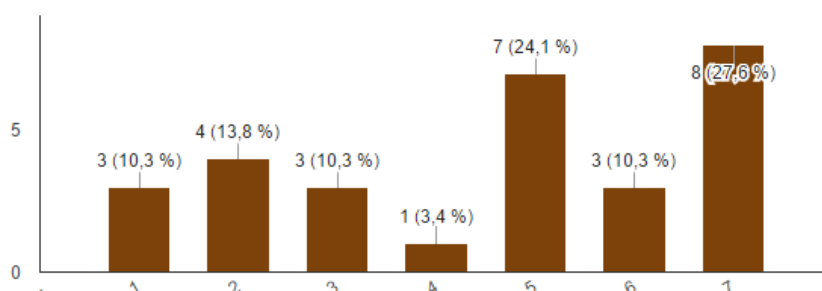


Otázka č. 12 se vztahuje k hodnocení a podchycení psychického stavu po CMP, kdy graf č. 15 znázorňuje, jestli měli respondenti pocit, že se jim po onemocnění „zhroutil svět“, mapování subjektivního hodnocení depresivního ladění. Výsledky ukazují, že z 29 respondentů mělo 8 „zcela“ pocit (27,6%), že se jim zhroutil svět, 7 mělo „spíše“ pocit (24,1 %), 4 „převážně“ neměli pocit (13,8 %), 3 „vůbec“ neměli pocit (10,3 %), 3 „spíše“ neměli pocit (10,3 %), 3 „převážně“ měli pocit (10,3 %) a 1 „středně“ měl pocit (3,4 %), že se mu zhroutil svět.

Graf č. 15 Rozdělení výzkumného souboru podle hodnocení psychického stavu

12, Měl/a jste pocit, že se Vám po příhodě "zhroutil svět"? (Vyznačte, prosím, míru pocitu na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

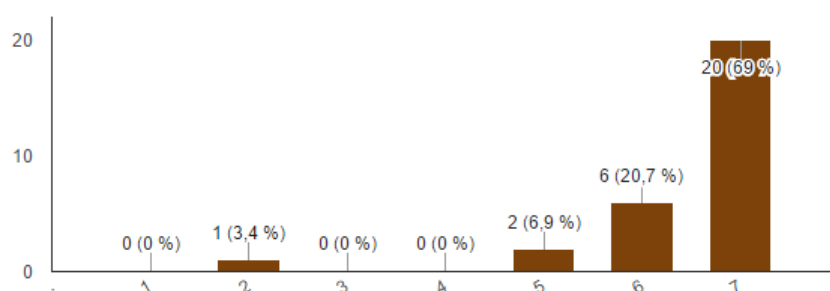


Otázka č. 13 se zaměřuje na mapování sociálního okolí respondentů po CMP. Jak ukazuje graf č. 16, vyhodnotilo 20 respondentů (69 %) situaci tak, že se jim „zcela“ snažil pomoci okruh blízkých osob, 6 respondentům (20,7 %) se „převážně“ snažil pomoci okruh blízkých osob, 2 respondentům (6,9 %) se „spíše“ snažil pomoci okruh blízkých lidí po CMP a 1 respondent (3,4 %) odpověděl, že se mu „převážně“ nesnažili pomoci blízcí lidé.

Graf č. 16 Rozdělení výzkumného souboru podle hodnocení sociální podpory

13, Snažili se Vám po příhodě nějak pomoci (rodina, přátelé, blízcí lidé)? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

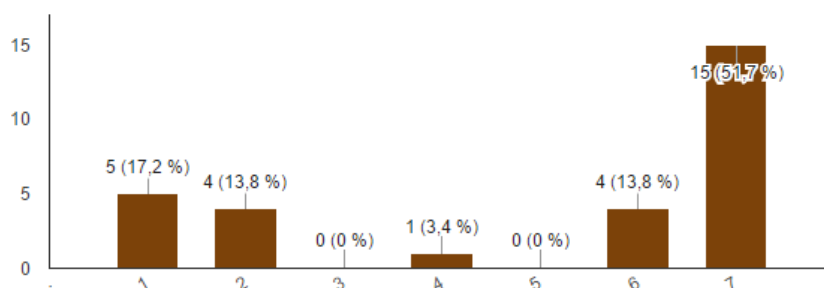


Otázka č. 14 sledovala změny postavení respondentů v práci, jak naznačuje graf č. 17. Podle získaných výsledků 19 respondentů (65,5 %) uvedlo, že se „zcela“ a „převážně“ změnilo jejich postavení v práci po CMP, 9 respondentům (31 %) se „převážně“ a „vůbec“ nezměnilo a 1 respondent (3,4 %) uvedl, že se mu „středně“ změnilo postavení v zaměstnání.

Graf č. 17 Rozdělení výzkumného souboru podle hodnocení změny postavení v zaměstnání po CMP

14, Změnilo se Vaše postavení v práci? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

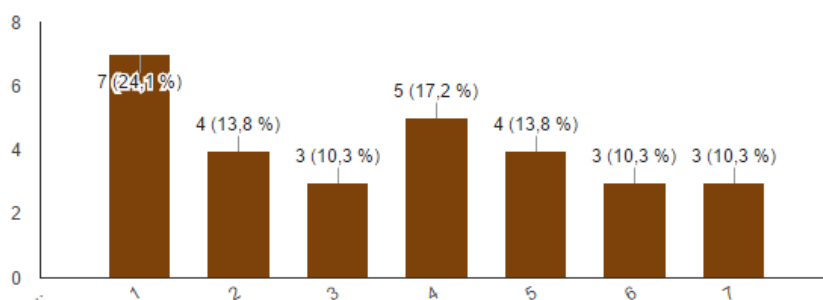
(29 odpovědí)



Otázka č. 15 směřovala na zjišťování zájmu o respondenta po CMP. Graf č. 18 ukazuje, že 7 respondentů (24,1 %) „vůbec“ nepocítilo pokles zájmu o jejich osobu, 5 respondentů (17,2 %) pocítilo i nepocítilo pokles zájmu, 4 respondenti (13,8 %) „převážně“ nepocítili, 4 respondenti (13,8 %) „spíše“ pocítili, 3 respondenti (10,3 %) „spíše“ nepocítili, 3 respondenti (10,3 %) „převážně“ pocítili a 3 respondenti (10,3 %) „zcela“ pocítili.

Graf č. 18 Rozdělení výzkumného souboru podle subjektivního hodnocení postavení ve společnosti

15, Pocítil/a jste pokles zájmu o Vaši osobu? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)
(29 odpovědi)

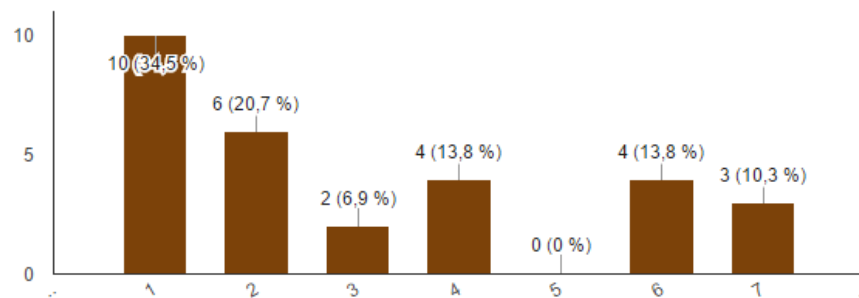


Výsledky otázky č. 16 naznačuje graf č. 19, který znázorňuje, že „vůbec ne“, „převážně ne“ a „spíše“ nemělo pocit už nebýt 18 respondentů (62,1 %), 7 respondentů (24,1 %) mělo „převážně“ a „zcela“ pocit, že by bylo lepší už nebýt a 4 respondenti (13,8 %) označili odpověď „středně“. K této otázce se dále pojila podotázka pro respondenty, kteří odpověděli na otázku č. 16 kladně. Podotázka zjišťuje, po jaké době měli pocit, že už by bylo lepší nebýt. Od 8 respondentů zazněly odpovědi v prvních dnech po hospitalizaci až v průběhu půl roku po onemocnění CMP, 1 respondent uvedl, že až po 5 letech: „*ten pocit marnosti...a zbytečného života se dostavil cca po pěti letech, kdy se začal spíše horšit, ze začátku jsem byl plný naděje, zlepšování hybnosti bylo velmi optimistické*“ a 1 respondent odpověděl, že vůbec ne a okomentoval proč ne.

Graf č. 19 Rozdělení výzkumného souboru podle mapování depresivního ladění osob po CMP

16, Měl/a jste pocit, že by bylo lepší už nebýt? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

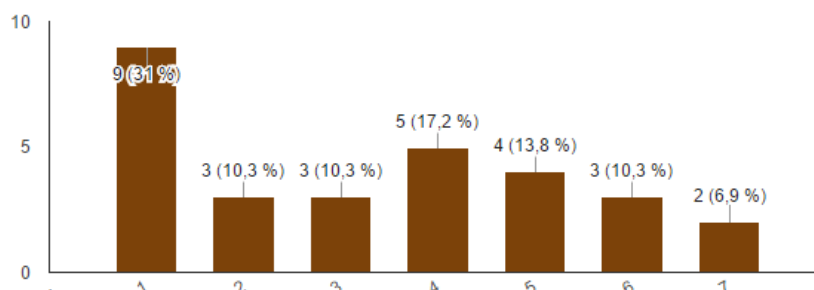


Otázka č. 17 zjišťuje změnu postavení v rodině u respondentů po CMP. Graf č. 20 ukazuje, že 15 respondentů (51,6 %) odpovědělo, se jejich postavení v rodině „vůbec“ nezměnilo, „převážně“ nezměnilo a „spíše“ nezměnilo, 9 respondentů (31 %) se vyjádřilo, že „spíše“, „převážně“ a „zcela“ změnilo a 5 respondentů (17,2 %) odpovědělo „středně“. K otázce č. 17 směřovala podotázka, v případě, že ano, tak jak. Své odpovědi vypsalo 11 respondentů. Opakující se odpověď byla, že oni byli před onemocněním pro rodinu finančním zdrojem a následně po CMP se situace obrátila, byli/jsou závislí na péči příbuzných, především na péči partnerky, a někteří napsali, že se u nich objevuje pocit bezmoci, stres z větších ohledů na jejich osobu či cítí strach jejich blízkých.

Graf č. 20 Rozdělení respondentů podle mapování postavení respondentů v rodině

17, Změnilo se Vaše postavení v rodině? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

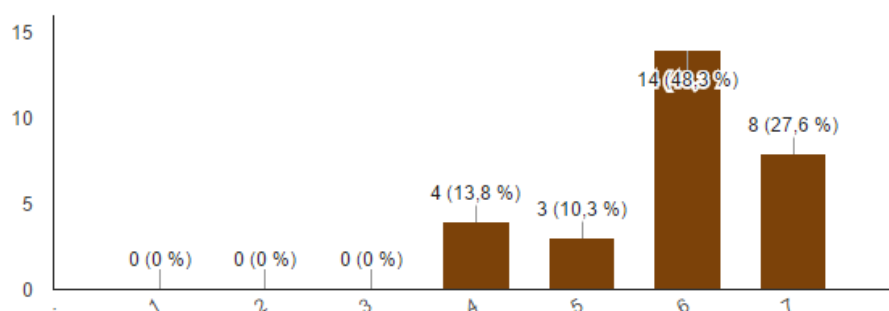


Odpovědi na otázku č. 18 znázorňuje graf č. 21, kde respondenti odpověděli, že 25 z nich (87,2 %) „spíše“ a „převážně“ a „zcela“ vychází s lidmi ve svém okolí a 4 (13,8 %) „středně“. Otázka mapuje subjektivní pocit postavení ve společnosti.

Graf č. 21 Rozdělení výzkumného souboru podle postavení ve společnosti

18, Jak vycházíte s lidmi ve Vašem okolí? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

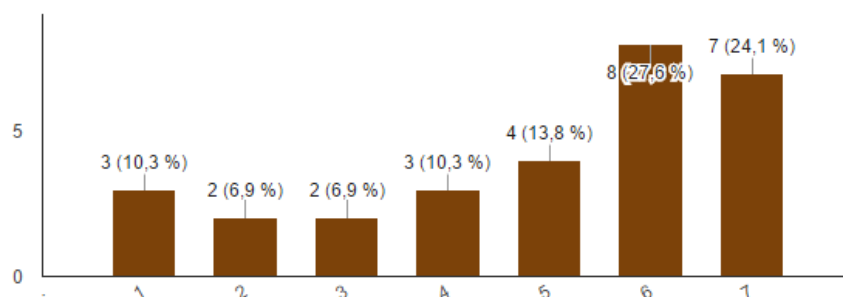


Otázka č. 19 odpovídá na rozdělení respondentů podle změn pracovních schopností, jak znázorňuje graf č. 22. Pracovní schopnosti se „spíše“, „převážně“ a „zcela“ změnilo u 19 respondentů (65,5 %) a „spíše“, „převážně“ a „zcela“ se nezměnily u 7 respondentů (24,1 %) a 3 respondenti (10,3 %) odpověděli „středně“.

Graf č. 22 Rozdělení zkoumaného souboru podle změn pracovních schopností

19, Změnily se Vaše pracovní schopnosti? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

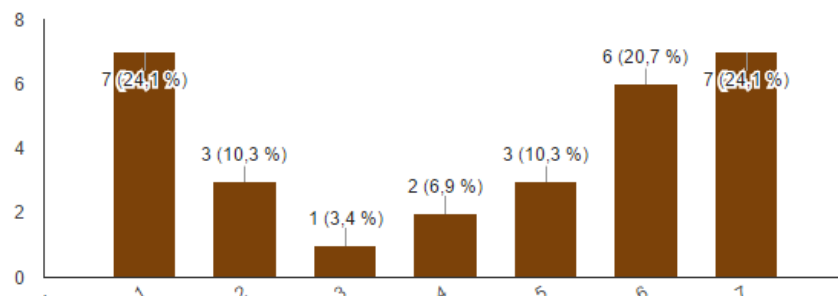


Na otázku č. 20, jak ukazuje graf č. 23, odpovědělo „zcela“, „převážně“ a „spíše“ nebylo obtížné nalézt eventuálně nové uplatnění 11 respondentů (37,8 %). „Spíše“, „převážně“ a „zcela ano“ odpovědělo 16 respondentů (55,1 %) a „středně“ odpověděli 2 respondenti (6,9 %). Krajní hodnoty „vůbec ne“ a „zcela ano“ měl stejný počet, a to 7 respondentů (24,1 %).

Graf č. 23 Rozdělení výzkumného souboru podle obtížnosti nalezení nového uplatnění

20, Bylo, resp. je obtížné najít eventuálně nové uplatnění? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

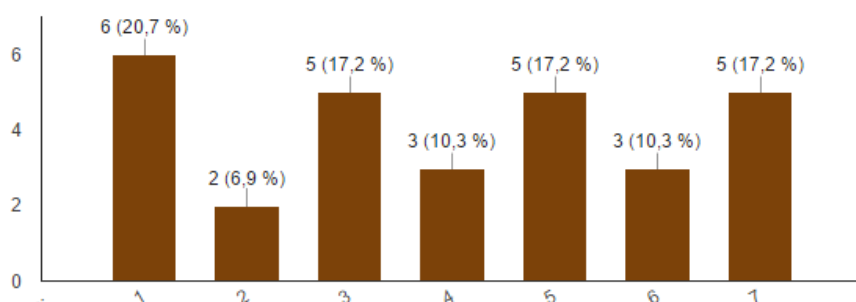


Na otázku č. 21 odpovědělo 14 respondentů (48,3 %), že k nim nikdy nepřišel psycholog, 10 respondentů (34,3 %) patří do kategorie ostatní (nevěděli přesně, nepamatovali si, vyjmenovávali konkrétní místa návštěvy psychologa apod.), 4 respondenti (13,8 %) odpověděli, že v prvních dnech je navštívil psycholog, a 1 respondent (3,4 %) odpověděl, že k němu přišel psycholog po 14 dnech. Dále na podotázku, kde se s psychologem setkali, 7 respondentů slovně odpovědělo, že v nemocnici, a 1 respondent, že v rehabilitačním zařízení. Samo si nevyhledalo psychologa 23 respondentů (88,5 %) a 3 respondenti (11,5 %) si vyhledali psychologickou pomoc sami.

Otázka č. 22 zjišťuje názor na důležitost pomoci odborné psychologické péče. Podle grafu č. 24 se domnívá, že „vůbec“, „převážně“ a „spíše“ není pomoc psychologa důležitá 13 respondentů (44,8 %), „zcela“, „převážně“ a „spíše“ je pomoc psychologa důležitá odpovídá 13 respondentů (44,8 %) a 3 respondenti (10,3 %) odpovídají „středně“. Na podotázku, zda jim byla nabídnuta odborná psychologická péče, odpovědělo, že nebyla 26 respondentů (89,7 %) a že ano, byla, odpověděli 3 respondenti (10,3 %).

Graf č. 24 Rozdělení výzkumného souboru podle názoru na důležitost psychologické péče

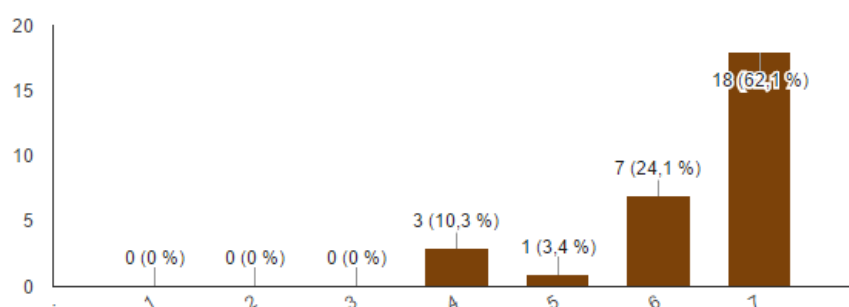
22, Máte pocit důležitosti pomoci psychologa? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)
(29 odpovědí)



Otázka č. 23 zjišťující pomoc rodiny u respondentů po CMP je s odpověďmi znázorněna v grafu č. 25, kde „zcela” pomohla respondentům jejich rodina v 18 případech (62,1 %), „spíše” a „převážně” jim pomohla jejich rodina v 8 případech (27,5 %). „Středně” odpověděli 3 respondenti (10,3 %).

Graf č. 25 Rozdělení respondentů podle pomoci rodiny

23, Pomohla Vám v této oblasti rodina? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)
(29 odpovědí)

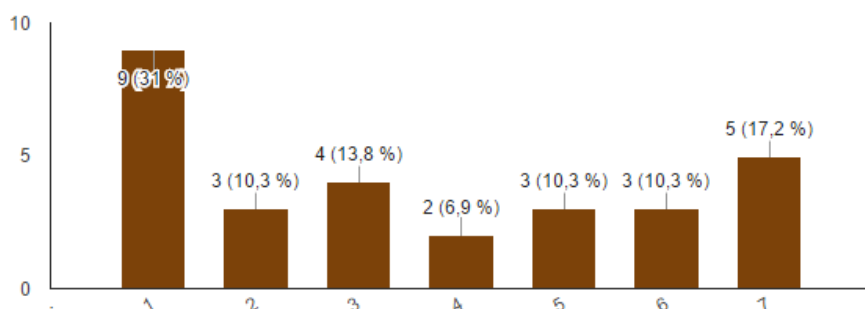


Na otázku č. 24 odpovědělo „vůbec”, „převážně” a „spíše” nepomohla státní instituce 16 respondentů (55,1 %). „Zcela”, „převážně” a „spíše” mi pomohla státní instituce, odpovědělo 11 respondentů (37,8 %) a „středně” odpověděli 2 respondenti (6,9 %). Při bližším specifikování kladné odpovědi respondenti vyjmenovávali konkrétní nemocnice a rehabilitační zařízení a názvy nestátních neziskových organizací. Rozdělení ukazuje graf č. 26.

Graf č. 26 Rozdělení výzkumného souboru podle zajištění péče státní institucí

24, Pomohla Vám nějaká státní instituce? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

(29 odpovědí)

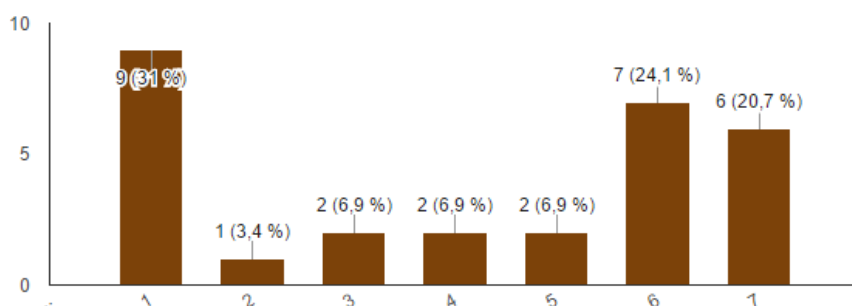


Na otázku č. 25, jak ukazuje graf č. 27, „vůbec“, „převážně“ a „spíše“ nepomohla nestátní organizace, odpovědělo 12 respondentů (41,3 %). „Spíše“, „převážně“ a „zcela“ pomohla nestátní organizace, odpovědělo 15 respondentů (51,7 %). „Středně“ odpověděli 2 respondenti (6,9 %).

Graf č. 27 Rozdělení zkoumaného souboru podle pomoci nestátních organizací

25, Pomohla Vám nějaká nestátní organizace? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

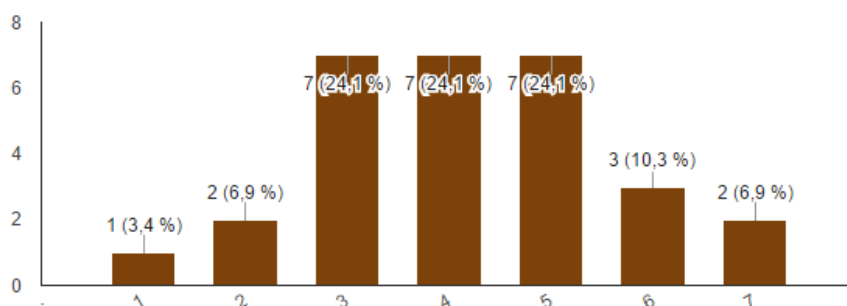
(29 odpovědí)



Otázka č. 26 dotazující se na subjektivní názor respondentů na spokojenost s následnou péčí o osoby po CMP. Jak graf č. 28 ukazuje, „vůbec“, „převážně“ a „spíše“ není spokojeno 10 respondentů (34,4 %), „středně“ je spokojeno 7 respondentů (24,1 %) a „zcela“, „převážně“ a „spíše“ je spokojeno 12 respondentů (41,3 %).

Graf č. 28 Rozdělení výzkumného souboru podle spokojenosti s následnou péčí o lidi po CMP

26, Jste spokojen/a s následnou péčí o lidi po CMP? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)
(29 odpovědí)



U otázky č. 27 slovně odpovídali respondenti, že by v následné péči o osoby po CMP změnil: důkladné a opakované předávání detailních informací jejich diagnózy a možností (ohledně stavu, léčebných procedur, postupů, následné péče, kontaktů, kam se po propuštění z nemocnice mohou obrátit), více rehabilitačních center a více organizací pro pomoc lidem po CMP po celé ČR a (finančně i místně) dostupné pro všechny, více specializovaných center, zlepšit úroveň péče na odděleních po JIP a celkově zlepšit přístup a péči zdravotnického personálu, vždy poskytnout péči psychologa nemocnému i rodině, podpora rodiny, aby mohla pomáhat nemocnému členu, postavení kliniky, podpora zdravotních pojišťoven, větší informovanost veřejnosti, zajištění rehabilitačních postupů hned v nemocnici a umožnit, aby byl spolu s postiženou osobou převezen i doprovod, který může podat relevantní informace a současně dohlédne nejen na rychlý převoz, ale především na okamžité vyšetření v nemocnici.

Z DC jsem zjistila následující:

Na otázku č. 1 odpovědělo z 10 z 11 odpovídajících, že není povědomí o CMP v ČR dostatečné. Dvě zdravotní sestry dodávají: „*a z toho mají strach*“ a „*často se setkávám i s tím, že si laici pletou CMP a IM*“. Vrchní sestra se domnívá, že povědomí o CMP je dostatečné.

Na otázku č. 2 odpovědělo všech 11 respondentů a shodli se, že podpora a spolupráce ze strany psychologů, ne/zdravotníků a státních i nestátních organizací v rámci začleňování lidí po CMP je velice malá či absolutně žádná. Dvě odpovědi byly: „*problémová a absolutně nedostatečná – hendikepovaný občan = obtížný a nepotřebný občan → velká škoda*“ a „*snaha lékařů a sester na úrovni JIP (a podobných akutních zařízeních) je jistě velice dobrá. Na běžných neurologických odděleních je však většinou úroveň velmi nízká*“.

Na otázku č. 3, mapující dostatečnost podpory státu v následné péči o pacienty po CMP, odpovědělo 9 respondentů zamítavě, tedy ne, a 1 respondent doplnil, že je snaha vypracovávat standardy, ale většinou bývají vypracovány pouze teoreticky a na běžných neurologických odděleních je úroveň často nízká. Zároveň 1 respondent odpověděl, že velmi omezeně, a 1, že neví.

Na otázku č. 4, zjišťující problémy v nově vznikajícím rodinném a společenském postavení nemocných, odpověděl 1 respondent „nevím“, ostatní se převážně shodli na ztrátě dosavadního postavení ve všech dosavadních stavech a schopnostech, obrácení rolí v rodině a těžké uplatnění v komerční sféře a 3 z odpovídajících dodali, že dochází k celkové degradaci, včetně sestupu ze společenského žebříčku. Další postřehy jsou: „*nedostatek informací, špatná kontinuita zdr. péče a lhostejnost okolí*“. Respondent dodává: „*Ztratíme-li schopnost mezilidské komunikace, přijdeme úplně o všechno*“.

Otázka č. 5 zkoumala nedostatky v péči o pacienty po CMP. Respondenti odpovídali, že vidí nedostatky v péči o pacienty po CMP převážně v nedostatku následné péče (kvalitních lůžek), nedostatku rehabilitačních zařízení a hlavně zpoplatnění rehabilitací (lůžko na den se pohybuje okolo 200-500 Kč, což si každý

nemůže dovolit). Celkově shrnul neurolog: „*Po špičkové péči na JIP, iktových a cerebrovaskulárních centrech nastává hluboký propad, především v následné péči*“. Dále se domnívají, že u osob po CMP chybí využití volného času a je nutná podpora pečující rodiny. Rovněž zmiňují laxní přístup zdravotních pojišťoven a celkově velké finanční náklady na kvalitní péči. Dvě sestry z rehabilitačního zařízení se domnívají, že péče v jejich zařízení je na vysoké úrovni, ale ne každý má patřičné možnosti a prostředky, aby si ji mohl dovolit.

V poslední otázce č. 6 jsem se dotazovala, co by bylo dobré zlepšit v péči o nemocné. Respondenti se shodli, že by bylo dobré zajistit dostatek včasné, intenzivní, bezplatné a kvalitní rehabilitace, ergoterapie, logoterapie, fyzioterapie, tedy bezplatné následné péče. Dále zmiňují zvýšení podpory (hlavně finanční) organizacím, které napomáhají lidem vrátit se po CMP do běžného života, zlepšení pracovních (především platových) podmínek sester, a také zvýšení sociální podpory rodinám pečujícím o své nemocné členy. Dále by bylo podle respondentů vhodné zajistit finanční podporu od státu a pojišťoven na hrazenou péči, kompenzační pomůcky, příspěvky na úpravu bydlení u pacientů s trvalými následky. Také se v odpovědích zmiňují o podpoře psychologa pro nemocné i jejich rodiny, tedy zlepšení psychologické péče. V odpovědích se objevuje rovněž žádost o zvýšení informovanosti a edukaci veřejnosti („*masivní a vytrvalá práce na edukaci obyvatel, hlavně zdravých. Informace o prevenci a včasném rozpoznání příznaků*“). Jeden z respondentů uvádí: „*Společnost není dostatečně připravená a vůbec si neuvědomuje vzrůstající počet (a obzvláště do budoucnosti) osob s narušenou komunikační schopností*“, proto by bylo vhodné, jak se někteří respondenti shodli, zajistit propracovaný systém pracovních míst, zvýhodněné pracovní příležitosti, chráněné dílny, uplatnění, společenská uplatnění apod. a „*naučit zdravou populaci se s osobami s NKS dorozumět*“. Současně by bylo vhodné zajistit zvýhodnění pro společnosti zaměstnávající osoby s handicapem tak, aby toho nemohl zaměstnavatel zneužít.

7.7 Diskuze

Dotazníková metoda je založená na výpovědi osob a jejich pocitech, prožitcích a názorech, což je cílem tohoto zkoumání. Je tedy možné získat soubor údajů od mnoha respondentů v poměrně krátkém časovém horizontu. Je však pravdou, že má tato metoda i svá úskalí. U dotazníku se předpokládá schopnost introspekce, což nelze zajistit u všech osob po CMP. Dále se předpokládá alespoň průměrný intelekt. U osob po CMP záleží na rozsahu postižení a zasažených oblastech mozku, proto je možné, že osoby dříve minimálně s průměrným intelektem již po mrtvici nemusí být schopny odpovědět. Taktéž existuje možné riziko zkreslení nebo špatného porozumění otázkám, či úmyslného zkreslení odpovědi za účelem zkreslit výsledky žádoucím směrem. Úskalím je také sestavení otázek a jejich mnohoznačnost, neurčitost a nepružnost nebo nepřesná kvantifikace odpovědi. K nepřesné odpovědi mohlo dojít např. u DA, kde se ptám na vzdělání. Pro příští výzkum bych blíže specifikovala dotaz po vzdělání, neboť není vyloučené, že někteří respondenti mohli pochopit otázku jako dotazování po nejvyšším dosaženém vzdělání a jiní jako současnou neuzavřenou úroveň studujícího zařazení (tedy studující studenti mohli vyplnit kolonku teprve studující úrovně vzdělání).

Nerovnoměrné rozložení věku u výzkumného souboru v DA (a také DB) zamezuje vzájemnému posouzení odpovědí u jednotlivých věkových kategorií. Srovnání získaných výsledků se vztahuje k celému věkovému rozmezí.

Někteří respondenti odpovídající v DA mohli na konci dotazníku poskytnout své návrhy a postřehy. Část respondentů možnost využila a dotazník si chválili, sdělili, že díky dotazníku zjistili, že mnoho o CMP neví, a proto jsou motivováni dohledat si více informací sami (např. reakce: „*Je velmi dobře, že toto téma je zpracováno!*“, „*Donutil mě k zamyšlení*“, „*Zaráží mě má neinformovanost a hned ji jdu napravit, děkuji.*“). Tedy dotazník měl i edukační rozměr. Jiní naopak vytýkali opakování sugestivních otázek, které však bylo záměrné (např. ot. č. 9 a 13 nebo 5 a 11) a prolínalo se celým dotazníkem. Zároveň docházelo k záměně znalostí o infarktu

a CMP. Dotazník byl sestaven tak, aby byla podchycena míra znalosti respondentů. Proto záměrně v ot. č. 9 a 13 se ptám, jak by reagovali. Podle dostupných odpovědí jsem zjistila, že i přes zřejmou duplicitu otázek, někteří odpovídali protichůdně - např. respondent u ot. č. 9 odpověděl, že pozná opilého člověka, proto by záchranku nevolal a u ot. č. 13, že by ihned volal záchranku. Otázky v dotazníku vyplývají z teoretické části diplomové práce a jsou prokonzultovány s odborníky zaměřujícími na tuto problematiku, kteří shodně tvrdí, že člověk prodávající CMP může mít stejné vnější projevy, tj. příznaky, jako opilý jedinec. Není nikde zaručeno, že i opilý jedinec nemůže zrovna prodávat toto onemocnění. U otázek č. 5 a 11 bylo zjištěno, že někteří respondenti sice vytýkají shodnost otázek, ale zároveň při bližším prozkoumání jejich odpovědí vyplývá, že nechápou zcela přesně pojmy a jejich správný význam. Zároveň nevyklučují, že takto koncipované a uspořádané otázky nemohly vést k zmatení a záměně pojmů CMP, mrtvice a infarkt u respondentů, kteří by tyto pojmy za jiných okolností zcela přesně charakterizovali.

Validita výzkumu je snížena tím, že DA byl poskytnut respondentům, kteří jej vyplňovali na internetu. Nebylo tedy možné zajistit dostatečnou kontrolu při vyplňování odpovědí u dotazníku. Nelze spoléhat na pravdivost výpovědí, zda zjišťované informace skutečně zná, nebo je dohledal na internetu, v literatuře. Jak je např. možné domnívat se u respondenta, který odpověděl na otázku, zda ví, proč je onemocnění pojmenováno jako cévní mozková příhoda takto: „*Wiki: CMP je náhle se rozvíjející postizeni určitého okrsku mozkové tkane vzniklé poruchou jejího prokrvení!*“ Je však možné se jedná o respondenta s eidetickou představivostí, proto byl do dotazníkového šetření také zahrnut. Dále nelze vyloučit, že nebyl některý z dotazníků vyplněn někým jiným nebo se odpovídající neradil s jinou osobou.

Taktéž je možné, že některý z respondentů uvedl nepravdivé orientační demografické informace.

DB pro osoby po CMP byl položen osobám, které byly schopny a ochotny vypovídat o svém onemocnění. Tedy výsledky z tohoto dotazníku není možné

zobecnit na celou populaci. Na dotazník odpovídaly převážně osoby, které jsou nebo byly klienty nestátních neziskových organizací. Pacienti po CMP v rehabilitačních zařízeních a nemocnicích se nesměli účastnit na výzkumném šetření (v rámci interních nařízení nemocnice) nebo se jej nemohli účastnit z důvodu zdravotního stavu nebo byli aktuálně po CMP, tudíž by nebyli schopni relevantně odpovědět na dotazy. Naopak lze usuzovat, že klienti z nestátních neziskových organizací byli již předem motivováni svůj následný stav po CMP zlepšit, tudíž se nejedná o zcela reprezentativní vzorek základní populace, a tak nelze úplně vycházet z uvedených výpovědí a zobecňovat je. Zároveň se podle výsledků ukázalo, že do rehabilitačních zařízení dochází/docházeli lidé, kteří si péči mohou/mohli dovolit. V dotaznících se objevovalo, že se o nestátní neziskové organizaci dozvěděli převážně náhodným zjišťováním. Z odpovědí vyplynulo, že většina z odpovídajících respondentů má silné sociální zázemí (26 respondentů (89,1 %)). Je však třeba mít na paměti, že je stále velká skupina osob, které nemají možnost mít podporu v rodině a blízkém okolí, proto mohou být zkresleny výsledky na důležitost psychologické péče (depresivní náznaky se objevily u 18 respondentů (62 %) a sebevražedné otázky vyvstaly u 7 respondentů (24,1 %)). Řada z respondentů uvedla, že nemají zkušenosti s psychologem (14 respondentů (48,3 %)) a zároveň státní zařízení jim odbornou psychologickou pomoc nezajistila (odpovědělo 26 respondentů (89,7 %)). Některé názory byly zavádějící. Z literatury, z vlastního pozorování v průběhu absolvovaných stáží a z vedení diskuze s odborníky vyplývá, že u většiny pacientů dochází k dekompenzaci psychického stavu, který má velký podíl na „revitalizaci“ zdravotního stavu. Dále je třeba zdůraznit, že otázky zaměřené na pracovní schopnosti a nové uplatnění mohly být mylně pochopeny respondenty, kteří byli v důchodu již po prodělaném onemocnění. V úvahu je třeba brát, že i zde některé otázky mohou být respondenty mylně pochopeny, a tak odpovědi mohou být chybné a celkové hodnocení zkreslené (např. na podotázku: „*Pokud Vám nějaká státní instituce pomohla, prosím napište jaká.*“ byla odpověď jednoho respondenta „*špatná*“). Do celkového výsledku výzkumu jsem zahrнула i takové odpovědi.

U DC platí obecné zásady nevýhod a výhod dotazníkového šetření vyjmenované výše. V průběhu sběru dat u tohoto souboru se mi potvrdilo, na stáži v zařízeních pro osoby po CMP a zároveň z literatury, že se názory mohou lišit. Subjektivní názor respondentů není objektivní a každý se na danou problematiku, a také na koncepci a složitost otázek u jednotlivých dotazníků, dívá spíše ze svého úhlu pohledu, jak jsem mohla vypořádat při představování diplomové práce a výzkumného šetření. Lišily se totiž již samotné názory na koncepci otázek v dotaznících. Někteří vyjádřili pochvalu a jiní by otázky položili jinak (spíše z pohledu jejich profese, např. zdravotní sestry by se více doptávaly na ošetrovatelskou péči, vedoucí neziskové organizace by více zjišťoval kvalitu následné péče, ergoterapie a fyzioterapie apod.).

Zároveň jsem si vědoma, že mohlo dojít k mylné interpretaci dat a k nepřesnému vyhodnocení. Vzhledem k tomu, že při sběru dat jsem byla limitována ochotou spolupráce vhodných respondentů (počet, způsob oslovení, zásah do soukromí atd.) nelze výsledky předkládat jako reprezentativní vzorky populace příslušných skupin.

Při statistickém vyhodnocování dat jsem zjistila, že mé statistické předpoklady se mohou rozcházet s teoreticky položenými hypotézami, proto jsem do celkového výsledku mnou formulovaných hypotéz zahrнула i podstatné slovní odpovědi a doplňujících dotazy, které jsou důležité pro celkové zhodnocení.

7.8 Shrnutí a interpretace

I přes metodologická omezení z výsledků výzkumného šetření vyplývají určité závěry.

7.8.1 Výsledky hypotéz

H1: Informovanost zdravé populace o CMP není dostatečná a riziko ohrožení nemocí u dotazovaných je podle jejich mínění zcela mizivé.

Platnost hypotézy H1 se potvrdila.

Ze všech dotazníků podle odpovědí respondentů vyplývá, že informovanost není dostatečná. Z DA na přímou otázku odpovědělo 166 respondentů (76,9 %), že není informovanost dostatečná. Rozdíl byl významný. Zároveň při zjišťování jejich rozsahu informací o CMP pomocí následných dotazů se ukázalo, že povědomí o tomto onemocnění je pouze povrchní a respondenti by přivítali více informací. Zároveň se mi na základě přímého dotazu (zda si respondent myslí, že jsou nemocí ohroženi) a následnými zjišťovacími otázkami potvrdilo, že si respondenti myslí, že nejsou ohroženi onemocněním (97 respondentů (44,9 %)) nebo jsou středně ohroženi (97 respondentů (44,9 %)). Z DB vyplynulo, že 21 respondentů (72,2 %) si myslí, že informovanost o tomto onemocnění je nedostatečná, což potvrzuje i 10 z 11 odborníků v DC.

H2: U lidí po CMP není následná odborná péče (vč. psychologické) ani sociální začleňování do společnosti odpovídající.

Platnost hypotézy H2 se částečně potvrdila.

Platnost hypotézy H2 se potvrdila částečně, protože podle statistických vyhodnocení údajů většina respondentů v DB uvedla, že byli spokojeni s následnou péčí, či nemají pocit důležitosti psychologa. Většina pacientů nepocítila pokles zájmu o svou osobu po nemoci, jak jsem pro potvrzení hypotézy předpokládala, což je nejspíše důsledkem kvalitního rodinného zázemí. Zjištění dokládají odpovědi na otázku č. 23, ve které převážná většina pacientů uvádí rodinu jako hlavní podporu.

Především podle získaných informací z DC bylo zjištěno, že následná péče není adekvátní, protože není poskytována všem. V DB odpovědělo 11 osob (40,7 %) po CMP, že byly přeloženy do rehabilitačních zařízení, taktéž respondenti odpověděli, že si informace o organizacích a možnostech převážně zjišťovali sami. Statisticky se potvrdil předpoklad, že bylo pro ně těžké najít nové uplatnění, že se jim změnila pracovní schopnosti a podle jejich názoru jim nepomohly státní instituce. Psychologická pomoc se nedostala všem respondentům (pouze 5 z kolika

29 (17,2 %)). Platnost hypotézy potvrzují i odborníci, kteří sdělují, že je třeba zlepšit systém následné péče a sociálního začleňování.

H3: Současná fungující praxe se liší od odborné teorie (doporučení a postupy pro pacienty CMP, jejich blízké i zdravou populaci) při následné pomoci u lidí po CMP.

Platnost hypotézy H3 se částečně nepotvrdila.

Podle statistických vyhodnocení z DB se nepotvrdil předpoklad, že se $\frac{3}{4}$ respondentů nedostane včasné odborné lékařské pomoci do 1 hodiny, že $\frac{3}{4}$ respondentů nebyly umístěny na JIP, že byl přístup personálu na lůžkovém oddělení špatný, nedostalo se jim celkové kvalitní péče a že s nimi bylo jednáno nedůstojně. Rozdíl mých předpokladů byl významný.

Na druhou stranu z DB vyplynulo, že rehabilitace byla u 10 respondentů (34,5 %) středně dostatečná a u 12 respondentů (41,3 %) dostatečná. Dále se pak z DC zjistilo, že stát nepodporuje dostatečně následnou péči o lidi po CMP a z toho vyplývají jistá omezení v nedostatku počtu zařízení (specializovaných a rehabilitačních), nedostatečná informovanost o rizicích CMP a odpovídající sociální zajištění a postavení osob po CMP a podporu jejich sociálního zázemí.

Informovanost

Informovanost veřejnosti je nedostatečná, což potvrzují výsledky ze všech tří dotazníků. Respondenti z DA byli převážně vysokoškolsky vzdělaní lidé, a tedy bych u nich předpokládala, že jejich přehled bude nejvyšší. Z odpovědí dotazníku A vyplynulo, že sami respondenti se domnívají, že informovanost není dostatečná (166 (76,8 %)). Převážná většina respondentů (169 (78,9 %)) odpověděla, že by přivítala více informací o tomto onemocnění.

Otázky č. 1, 2, 5, 7, 8, 10, 11 v DA blíže zjišťují znalosti a prověřují pravdivost jejich tvrzení o CMP. Výsledky ukazují, že převážná většina respondentů zná

pojmem CMP. Stejně tak i jiné neodborné pojmenování tohoto onemocnění. Podle názvu si většina správně odvodí, o jaké onemocnění se jedná a čeho se týká (kromě méně přesných odpovědí např. že odumřou mozkové buňky nebo se jedná o selhání krevního oběhu) a směřuje tak k odpovědím vyplývajícím z teoretické části této práce. Při dotazování na projevy a příznaky tohoto onemocnění uvedla převážná část respondentů správně jeden až tři projevy z nabídnutých možností. Podle teoretické části diplomové práce a podle zjišťování projevů z DB je zřejmé, že projevy mohou být různé. Záleží na oblasti a rozsahu zasažení v centrální nervové soustavě. Tedy projevy mohou být od zcela nepatrných (jak, jeden z respondentů z DB uvedl, že neměl žádné projevy) až po naprosto patrné např. bolesti hlavy, různá ochrnutí, jak dokládají odpovědi respondentů opět z dotazníku B. Taktéž bylo zjištěno, že se v DA často objevovala záměna s dalším nejčastějším onemocněním – infarktem myokardu. Jeden z důvodů, proč tento výzkum vznikl, bylo právě poukázat na zaměňování těchto dvou nejčastějších onemocnění.

Výskyt projevů a následků nemoci

Další navazující dotazy v DA mapující rozpoznání příznaků a způsob reakce respondentů, kteří jsou při kontaktu s jedincem prodávajícím CMP, ukazují, že ač by převážná většina zavolala rychlou záchrannou službu (RZS), i v případě, že by se jednalo jen o zbytečný výjezd RZS nebo o záměnu s jedincem pod omamnými látkami, přesto malá část respondentů odpověděla, že by RZS nezavolala, neboť by se mohlo jednat o zbytečný výjezd RZS nebo o záměnu s jinou, banální nemocí. Na druhou stranu z DB vyplývá, že 15 respondentům (51,7 %) byla poskytnuta odborná lékařská pomoc po 30 minutách, více jak 8 respondentům (27,6 %) až později než po hodině, některým řádově i po několika dnech. A přitom, jak v teoretické části zmiňuji a v DA zjišťuji četnost výskytu nemoci otázkou, zda se setkali s touto nemocí, 138 respondentů (63,9 %) uvedlo ano. Z toho vyplývá, že se nejedná o vzácně vyskytující se onemocnění a že i veřejnost se může setkat s tímto onemocněním, a proto přesné informace i jim samotným mohou být užitečné. Zároveň z DB vyplynulo, že i odborná pomoc nemusí být poskytnuta včas a v takovém rozsahu, jak stav pacienta vyžaduje.

Přítom rychlost a adekvátnost pomoci ovlivňuje následný zdravotní stav pacienta po prodělané příhodě.

Je na místě rovněž zmínit, že i přes teoretický rámec a kontakt zdravé populace s osobami, které onemocnění podstoupily, si většina z respondentů myslí, že nemocí není ohrožena nebo je ohrožena jen středně (97 (44,9 %) a 97 (44,9 %)), i když podle odborné dostupné literatury je rizikovost onemocnění vysoká a záleží rovněž na životním stylu a životosprávě.

Dotazník B vyplnili dva respondenti, kteří nebyli hospitalizováni na JIP, a přesto na otázku odpověděli. Jejich odpovědi nebyly zařazeny do hodnocení. 18 respondentů (62,1 %) bylo hospitalizováno na JIP, 9 z nich se domnívá, že byl rozdíl mezi kvalitou péče na lůžkovém standardním oddělení a na JIP. Ze slovních odpovědí vyplynulo, že někteří zhodnotili přístup zdravotních sester a lékařů lepší na JIP a jiní na lůžkovém oddělení. Jiní se zase zaměřili na rozdíl ve vybavení jednotlivých oddělení. Z otázky č. 7 vyplývá, že podle většiny odpovídajících (15 (51,7 %)) byl přístup na lůžkovém oddělení spíše dobrý až zcela dobrý. Na druhou stranu v DC zazněla odpověď, že úsilí lékařů a sester na JIP a podobných akutních zařízení je velice dobré, ale na běžných lůžkových odděleních je převážně velmi nízké. V DB k otázce č. 7 se pojí i otázka č. 8, která potvrzovala, že většina respondentů nepocítila degradující jednání při hospitalizaci, ale 3 respondenti (10,3 %) se vyjádřili, že měli zcela negativní zkušenost.

Kvalita následné péče o lidi po CMP

Podle odpovídajících na přímou otázku z DB vyplynulo, že většina respondentů (12 (41,3 %)) je spokojena s následnou péčí o osoby po CMP a 7 osob (24,1 %) je středně spokojeno. Státní zařízení většina hodnotila jako nedostačující a nestátní jako dostačující. Při konkrétním dotazování, zda jim pomohla státní a nestátní instituce jsem zjistila, že respondentům není zcela jasné, které instituce a organizace jsou státním a nestátním zařízením, protože zaměňovali konkrétní zařízení.

Dále z výsledků vyplynulo, že v DB byla péče po prodělané nemoci pro většinu respondentů (12 (41,3 %)) dostatečná a pro 10 respondentů (34,5 %) středně dostatečná. Jako návrh pro zlepšení následné péče uvedli, že by přivítali více podrobných informací ohledně jejich zdravotního stavu a možnosti návazné rekonvalescence, propojenost státních a nestátních zařízení a poskytnutí kontaktů i neziskových sdružení, taktéž dostupnost rehabilitačních center pro všechny osoby po CMP a podporu zdravotních pojišťoven, postrádají psychologickou pomoc a péči zejména na začátku hospitalizace nemocným i jejich rodinám.

Přestože z DB vyplynulo, že s následnou péčí jsou respondenti převážně spokojeni, v DC se ukazuje, že následná péče není dostatečná. Spolupráce a podpora ze strany psychologů, zdravotnického a nezdravotnického personálu, nestátních neziskových a státních organizací a taktéž veřejnosti je minimální nebo žádná. Moderní zařízení specializačních center pro lidi po CMP a JIP je na vysoké úrovni, ale péče na lůžkovém oddělení a následná péče není dostatečně podporovaná státem. Respondenti hodnotí péči na lůžkových odděleních a následně v rehabilitačních zařízeních jako málo kvalitní a nedostatečnou. Někteří vytýkali zpoplatnění péče. Taktéž uvádí nedostatečnou podporu pečujících osob o nemocné a možnosti využití volného času nemocných a nedostatečnou podporu ze strany zdravotních pojišťoven.

Dále z DB vyplynulo, že mnoho pacientů pociťovalo hlavně během prvního půlroku nebo následně s odstupem měsíců, kdy se jejich stav nezlepšil (naopak zhoršil) zhoršené psychické rozpoložení související s jejich nemocí a změnou dosavadního života i jejich blízkého okolí. Většina respondentů (18 (62 %)) měla po příhodě negativní pohled na svět. Někteří uvažovali o ukončení života (7 (24,1 %) respondentů). Zároveň se ukázalo, že 26 respondentům (89,7 %) nebyla nabídnuta odborná psychologická péče, a že k nim psycholog nepřišel, odpovědělo 14 respondentů (48,3 %). Důležitost a nedůležitost psychologické pomoci je podle odpovědí respondentů vyrovnaná. Přesto z DC vyplynulo, že psycholog není součástí každého interdisciplinárního týmu, což považují respondenti za nedostatek v péči o lidi s tímto onemocněním. Z DB vyplynulo, že více jak polovina pacientů

po iktu je stále plná emocí a měla tendenci v poslední části dotazníku: “*Chcete k dotazníku něco dodat?*” důkladně popsat své pocity, prožitky, zkušenosti, vyjít z anonymity a osobně si popovídat o svém onemocnění a jeho následcích.

Specifika v nově vznikajícím rodinném a společenském postavení nemocného

Z DB vyplývá, že převážná většina respondentů (26 (89,7 %)) měla podporu v rodině a blízkém okolí, což hodnotím jako důležitou součást pro zlepšení zdravotního i duševního stavu nemocného, proto většina respondentů (14 (48,2 %)) nepocítila pokles zájmu o svou osobu po onemocnění a téměř všichni respondenti (25 (87,2 %)) vychází s lidmi ve svém okolí. Většina respondentů (15 (51,6 %)) však uvedla, že se změnilo jejich postavení v rodině. Příjmy z jejich zaměstnání, která nyní nemohou vykonávat, byly hlavním finančním zdrojem rodiny. Nyní se role obrátily a navíc se stali závislími na péči partnerů.

Rovněž z DB vyplývá, že pracovní schopnosti a postavení v zaměstnání se u většiny změnily (19 (65,5 %)) a bylo pro ně obtížné najít nové uplatnění (16 (55,1 %)). Respondenti, u kterých se pozice nezměnila, uvedli, že byli v důchodu, když prodělali příhodu, proto se u nich nic nezměnilo.

Respondenti z DC se shodují. U nemocných dochází ke ztrátě dosavadního postavení a ke změně v rodinném i společenském postavení, obrácení rolí v rodinném systému. Lidi po CMP se potýkají s obtížným uplatněním v komerční oblasti.

7.9 Návrhy a doporučení

Z poznatků v teoretické části a z výsledků z praktické části této práce navrhuji následující:

Navrhuji opakovanou, důkladnou a dlouholetou kampaň o rizicích CMP, rozpoznání příznaků a včasném poskytnutí první pomoci. Je nutné účinně edukovat veřejnost prostřednictvím médií a zdravotnických zařízení tak, aby se předcházelo

výskytu CMP vlastním přičiněním nebo následných zhoršených stavů u osob po iktu.

Doporučuji zařazení tématu CMP a nutnosti jednat rychle a bez otálení do vzdělávání zdravotnického personálu, včetně budoucích lékařů, aby záchranáři i lékaři uměli a byli schopni zlepšit následný stav nemocného.

Doporučuji zařazení tématu tohoto onemocnění do vzdělávání na všech stupních vzdělávání.

Navrhuji zajistit kvalitní bezplatnou propracovanou a zcela organizovanou následnou péči pro všechny pacienty po CMP.

Navrhuji, aby bylo ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních vytvořeno více komplexních cerebrovaskulárních centrem dostupných po celém území ČR.

Doporučuji, aby součástí interdisciplinárního týmu byl psycholog se zaměřením na specifika práce s osobami po CMP, který by poskytl psychologickou péči hned v prvních dnech pacienta v nemocnici a rovněž by zajistil následnou psychologickou pomoc.

Navrhuji, aby stát více podporoval nestátní zařízení (rehabilitační) a nestátní neziskové organizace zaměřující se na následnou péči o osoby po iktu a jejich rodiny – materiálně i finančně. Podporou uvedených subjektů bude zlepšovat služby pro nemocné a v důsledku sníží své náklady na tyto služby.

Navrhuji, aby stát zpracoval a přijal závazný plán rozvoje sociálních služeb pro nemocné CMP. V této koncepci by měl být zpracován postup při zkvalitňování péče o nemocné, a to včetně rozpočtu nákladů pro dané období. Tento plán by měl mít formu zákona.

Doporučuji, aby stát aktivně podporoval v následné péči rodiny, které se starají o rodinné členy po iktu (finančně, společensky, včetně propagace této péče a veřejné podpory).

Doporučuji, aby stát přijal opatření a vypracoval propracovaný motivační systém pro zaměstnavatele, kteří by zaměstnávali osoby s handicapem, a vytvořil plán vzdělávání, podporu studia a pružné financování odměn za práci.

ZÁVĚR

Díky diplomové práci jsem se mohla blíže seznámit s lidmi po cévní mozkové příhodě a s problémy, které toto onemocnění s sebou nese. Umožnila mi nahlédnout na to, s jakými tématy a změnami se člověk po iktu potýká, jak se chová, co cítí a jaké jsou současné přístupy následné pomoci. Rovněž jsem poznala, že i přes vyspělou zdravotnickou péči ve špičkových komplexních cerebrovaskulárních centrech je mnoho, co by se mělo zlepšit. Především mě překvapilo, že se jedná o onemocnění hojně rozšířené, jedno z nejvíce invalidizujících a je druhou nejčastější příčinou úmrtí. Dále mě zaujalo, že není dostatečná informovanost o tomto onemocnění, je nedostatečná primární prevence. Také pokulhává včasné rozpoznání příznaků a adekvátní včasné diagnostikování a léčba. Vzhledem k tomu, že specializovaných center není mnoho, není možné zajistit dostupnost péče pro všechny nemocí postižené. Rovněž mě při výzkumu překvapila systémová doléčovací neprovázanost a systém následné péče, kterou si z finančního hlediska nemůže dovolit každý pacient. V neposlední řadě mě také překvapil nefunkční interdisciplinární tým, kde má mít své místo i psycholog. Ten by se nezabýval pouze diagnostikou, ale byl by terapeutem a podpůrným průvodcem v dlouhé následné péči pro pacienta i jeho rodinu.

Jako pozitivní pro sebe hodnotím absolvování přínosných stáží, možnost exkurze do cerebrovaskulárního centra, účast na konferencích pořádaných na toto téma a hlavně setkání s mým vedoucím práce MUDr. Václavem Lukášem a dalšími zasvěcenými odborníky, kteří současnou situaci znají a problematikou, pomocí a edukační činností se dlouhodobě zabývají. Při diskuzích s nimi a následném výzkumném šetření jsem si prakticky ověřovala své znalosti získané studiem.

Ráda bych vyzdvihla práci všech odborníků a pracovníků neziskových organizací, které i přes náročnou, a státem příliš nedoceněnou práci, se snaží pomáhat nemocným a i jejich rodinám. Na základě nových poznatků se domnívám, že je třeba dále se zabývat tímto zcela aktuálním tématem.

Na konci této práce bych ráda podotkla, že si uvědomuji předběžnost uvedených závěrů. Jako podstatné se mi jeví, že je třeba jejich platnost dále ověřovat pomocí propracovanějších metodologických postupů na reprezentativnějším souboru většího počtu zdravé populace, nemocných i odborníků, než kolik jsem sesbírala v rámci této diplomové práce.

SEZNAM LITERATURY

BARTONÍČKOVÁ, Viktorie a DVOŘÁKOVÁ Alžběta. *Cesta z mlčení*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-531-8.

BROOMFIELD, Niall M. et al. Poststroke anxiety is prevalent at the population level, especially among socially deprived and younger age community stroke survivors. *International Journal of Stroke*. 2015, vol. 10, Issue 6, 897-902. DOI 10.1111/ljs.12109.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Vybrané kapitoly z lékařských věd pro příbuzné obory ve zdravotnictví*. Praha: PVŠPS, 2010. ISBN 978-80-904541-0-1.

FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda – prevence a léčba mozkového iktu*. Přeložila Blanka KALVACHOVÁ. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.

HUTYRA, Martin aj. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3816-1.

JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

KALINA, Miroslav aj. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7378-107-9.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2093-0.

KALITA, Zbyněk aj. *Akutní cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-18-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80 – 247 – 0179 – 0.

POWELL, Trevor. *Poškození mozku*. Přeložila Magda WADOWYCYNOVÁ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.

NEUBAUER, Karel aj. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

PALMER, Sara a PALMER, Jeffrey B. *Soužití s partnerem po mrtvici*. Přeložila Petra DIESTLEROVÁ. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0348-3.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka aj. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.

SPENCE, David J. *Mozková mrtvice – prevence, výživová, doporučení, recepty*. Přeložil Petr VÁCLAV. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-058-4.

SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-327-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie aj. *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247 3223-7.

TUNER-STOKES, Lynne and HASSAN, Nibras. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*. 2002, vol. 16, Issue 3, 231-247.

ZACHAROVÁ, Eva. aj. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

NGUYEN Vu Q. C. et al. Factors Associated With Discharge to Home Versus Discharge to Institutional Care After Inpatient Stroke Rehabilitation [online]. *American Congress of Rehabilitation Medicine*. 2015, vol. 96, Issues 7, 1297-1303. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.03.007>. Dostupné z: <http://www.archives-pmr.org/>

Přípravna. Ergoaktiv.cz [online]. ©2015 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://ergoaktiv.cz/pripravna/>

ŠKODA, Ondřej. Cévní mozkové příhody - diagnostika, léčba, prevence a aktuality. *Ikta.cz* [online]. 13.5. 2015, ©2015 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/res/file/seminare/2015-05-13-jihlava/skoda-cmp-jihlava-2015.pdf>

PŘEDNÁŠKY

BEZDÍČEK, Ondřej. *Neuropsychologická diagnostika*. Přednáška pro 2. roč. mgr. studia (zimní semestr). Praha: PVŠPS, 2015.

KALVACH, Zdeněk. *Sociální gerontologie a geriatric*. Přednáška pro 2. roč. bc. studia (letní semestr) Praha: PVŠPS, 2010.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. Průvodní dopisy

Příloha II. Dotazník A

Příloha III. Dotazník B

Příloha IV. Dotazník C

Příloha V. Statistické vyhodnocení hypotéz

Příloha VI. Rozsáhlá odpověď na ot. č. 6 u dotazníku B

Příloha I. Průvodní dopisy

Průvodní dopis k dotazníku A

Vážená paní/ vážený pane,

jsem studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií a píši diplomovou práci na téma "Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti zlepšení odborné pomoci". Ve své praktické části se zabývám šetřením, kde se snažím shromáždit a vyhodnotit získaná data z následujících dotazníků. Prosím Vás o jejich vyplnění. Zabývají se kvalitou péče, základní informovaností a zkušenostmi s cévní mozkovou příhodou. Nejedná se o testování Vašich schopností, vědomostí a znalostí, proto žádná odpověď není ani správná ani špatná. Jde nám hlavně, mimo jiné, o zjištění úrovně péče o nemocné a jejich nejbližší. V dotazníku jsou sepsány instrukce k jednotlivým dotazům. Celková doba vyplňování dotazníku Vám zabere maximálně 10 minut. Vyslovením Vašeho názoru můžete významně pomoci. Celý výzkum je zcela anonymní. Vyplněním dotazníku dáváte pouze souhlas se zpracováním odpovědí. Prosím, neuvádějte nikde své jméno ani jiný kontakt na sebe. V případě jakýkoliv dotazů, mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: bednarovaradomira@seznam.cz, nebo se můžete obrátit i na odborného vedoucího mé práce MUDr. Václava Lukáše - dr@pomrtvici.cz, www.pomrtvici.cz.

Vřele Vám děkuji za Vaši ochotu a pomoc při vytvoření mé práce.

Bc. Radomíra Bednářová

Průvodní dopis k dotazníku B

Vážená paní/ vážený pane,

jsem studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií a píši diplomovou práci na téma "Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti zlepšení odborné pomoci". Ve své praktické části se zabývám šetřením, kde se snažím shromáždit a vyhodnotit získaná data z následujících dotazníků. Prosím Vás o jejich vyplnění. Zabývají se kvalitou péče, základní informovaností a zkušenostmi s cévní mozkovou příhodou. Nejedná se o testování Vašich schopností, vědomostí a znalostí, proto žádná odpověď není ani správná ani špatná. Jde nám hlavně, mimo jiné, o zjištění úrovně péče o nemocné a jejich nejbližší. V dotazníku jsou sepsány instrukce k jednotlivým dotazům. Celková doba vyplňování dotazníku Vám zabere maximálně půl hodiny. Vyslovením Vašeho názoru můžete významně pomoci. Celý výzkum je zcela anonymní. Vyplněním dotazníku dáváte pouze souhlas se zpracováním odpovědí. Prosím, neuvádějte nikde své jméno ani jiný kontakt na sebe. V případě jakýkoliv dotazů, mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: bednarovaradomira@seznam.cz, nebo se můžete obrátit i na odborného vedoucího mé práce MUDr. Václava Lukáše - dr@pomrtvici.cz, www.pomrtvici.cz.

Vřele Vám děkuji za Vaši ochotu a pomoc při vytvoření mé práce.

Bc. Radomíra Bednářová

Příloha II. Dotazník A

Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti zlepšení odborné pomoci

Vážená paní/ vážený pane,

Jsem studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií a píši diplomovou práci na téma "Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti zlepšení odborné pomoci". Ve své praktické části se zabývám šetřením, kde se snažím shromáždit a vyhodnotit získaná data z následujících dotazníků. Prosim Vás o jejich vyplnění. Zabývají se kvalitou péče, základní informovaností a zkušenostmi s cévní mozkovou příhodou. Nejedná se o testování Vašich schopností, vědomostí a znalostí, proto žádná odpověď není ani správná ani špatná. Jde nám hlavně, mimo jiné, o zjištění úrovně péče o nemocné a jejich nejbližší. V dotazníku jsou sepsány instrukce k jednotlivým dotazům. Celková doba vyplňování dotazníku Vám zabere maximálně 10 minut. Vyslovením Vašeho názoru můžete významně pomoci. Celý výzkum je zcela anonymní. Vyplněním dotazníku dáváte pouze souhlas se zpracováním odpovědí. Prosim, neuvádějte nikde své jméno ani jiný kontakt na sebe. V případě jakýkoliv dotazů, mě můžete kontaktovat na e- mailové adrese: bednarovaradomira@seznam.cz, nebo se můžete obrátit i na odborného vedoucího mé práce MUDr. Václava Lukáše - dr@pomrtvici.cz, www.pomrtvici.cz.

Vřele Vám děkuji za Vaši ochotu a pomoc při vytvoření mé práce.

Bc. Radomíra Bednářová

*Povinné pole

Přeskočte na otázku 1.

Upozornění: Tento dotazník je anonymní.

1. Pohlaví *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Muž
 Žena

2. Věk *

.....

3. Vzdělání *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ZŠ
 SŠ
 VŠ

4. 1. VÍTE, CO JE TO CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA (IKTUS, „PEPKA“....)? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE
 ČÁSTEČNĚ

5. Pokud ano, víte proč se jí říká CÉVNÍ mozková příhoda?

.....
.....
.....
.....

6. 2. VÍTE, CO JE TO MRTVICE? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE

7. Pokud ano, můžete ji krátce charakterizovat?

.....
.....
.....
.....

8. 3. MYSLÍTE SI, ŽE JE INFORMOVANOST O TOMTO ONEMOCNĚNÍ DOSTATEČNÁ? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE

9. 4. SETKAL/A JSTE SE S TÍMTO ONEMOCNĚNÍM? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE

10. Pokud ano, prosím uveďte u koho:

Označte jen jednu elipsu.

- Onemocněl/a jsem já
 V rodině (partner/ka, rodič, prarodič, jiný příbuzný?)
 Jiné:

11. 5, POZNAL/A BYSTE PROJEVY TOHOTO ONEMOCNĚNÍ? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE

12. Pokud ano, prosím napište jaké projevy:

.....
.....
.....
.....

13. 6, MYSLÍTE SI, ŽE JSTE NEMOCÍ OHROŽEN/A?(zakroužkujte nevhodnější variantu) *

Označte jen jednu elipsu.

- 1 2 3 4 5
VŮBEC NE ZCELA ANO

14. 7, VÍTE, CO JE TO FIBRILACE? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE

15. 8, MYSLÍTE SI, ŽE NĚKTERÉ NEMOCI SRDCE (NAPŘ. INFARKT) MOHOU MRTVICI ZPŮSOBIT? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE

16. 9, VIDÍM NA CHODNÍKU LEŽET ČLOVĚKA, KTERÝ JE POMOČENÝ A MOŽNÁ I POKÁLENÝ – JAK SE ZACHOVÁM: *

Označte jen jednu elipsu.

- Zavolám záchranku, i kdyby to byl nějaký opilec. Lepší je planý poplach, než zanedbat vážné onemocnění a třeba tak nechat někoho zemřít.
 Nechám ho být, co kdyby to byl opilec a po mně by pak chtěli proplatit zbytečný výjezd.

17. 10, ONEMOCNĚNÍ SE TÝKÁ: *

Označte jen jednu elipsu.

- Pouze starších osob (>50)
 Může postihnout i mladší osoby (<30)

18. 11, VÍTE, JAKÉ MÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA PŘÍZNAKY? *

Označte jen jednu elipsu.

- Vím
 Nevím

19. Pokud víte, prosím vypíšte tyto příznaky:

.....
.....
.....
.....

20. 12, VÍTE, CO DĚLAT V PŘÍPADĚ VÝSKYTU PŘÍZNAKŮ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE

21. Pokud ano, prosím napište, co byste udělali:

.....
.....
.....
.....

22. 13, V PŘÍPADĚ VÝSKYTU PŘÍZNAKU CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY JE TŘEBA: *

Označte jen jednu elipsu.

- nechat člověka v naprostém klidu, protože transport by mohl jediné uškodit.
 může to být třeba jen opilec, proto ho nechám.
 ihned zavolám záchranku, i kdyby to byl planý poplach a zbytečný výjezd.

23. 14, PŘIVÍTAL/A BYSTE VÍCE INFORMACÍ O TÉTO NEMOCI? *

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
 NE
 NEVÍM
 NEZAJÍMÁ MĚ TO

24. Chcete k dotazníku něco dodat?

Používá technologii
 Google Forms

Příloha III. Dotazník B

Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti zlepšení odborné pomoci

Vážená paní/ vážený pane,

jsem studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií a píši diplomovou práci na téma "Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti zlepšení odborné pomoci". Ve své praktické části se zabývám šetřením, kde se snažím shromáždit a vyhodnotit získaná data z následujících dotazníků. Prosím Vás o jejich vyplnění. Zabývají se kvalitou péče, základní informovaností a zkušenostmi s cévní mozkovou příhodou. Nejedná se o testování Vašich schopností, vědomostí a znalostí, proto žádná odpověď není ani správná ani špatná. Jde nám hlavně, mimo jiné, o zjištění úrovně péče o nemocné a jejich nejbližší. V dotazníku jsou sepsány instrukce k jednotlivým dotazům. Celková doba vyplňování dotazníku Vám zabere maximálně půl hodiny. Vyslovením Vašeho názoru můžete významně pomoci. Celý výzkum je zcela anonymní. Vyplněním dotazníku dáváte pouze souhlas se zpracováním odpovědí. Prosím, neuvádějte nikde své jméno ani jiný kontakt na sebe. V případě jakýkoliv dotazů, mě můžete kontaktovat na e- mailové adrese: bednarovaradomira@seznam.cz, nebo se můžete obrátit i na odborného vedoucího mé práce MUDr. Václava Lukáše - dr@pomrtvici.cz, www.pomrtvici.cz.

Vřele Vám děkuji za Vaši ochotu a pomoc při vytvoření mé práce.

Bc. Radomíra Bednářová

*Povinné pole

Přeskočte na otázku 1.

UPOZORNĚNÍ: Tento dotazník je anonymní.

1. Pohlaví *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Muž
 Žena

2. Věk *

3. Vzdělání *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- základní
 SŠ
 VŠ

4. MYSLÍTE SI, ŽE JE INFORMOVANOST O TOMTO ONEMOCNĚNÍ DOSTATEČNÁ? *

Označte jen jednu elipsu.

ANO

NE

5. 1, STRUČNĚ, PROSÍM, SDĚLTE: JAKOU CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODU (DÁLE JEN CMP) JSTE PRODĚLAL/A, S JAKÝMI PROJEVY, NÁSLEDKY A JAK DLOUHO JSTE PO PŘÍHODĚ? *

.....
.....
.....
.....

6. 2, ZNAL/A JSTE PŘED PŘÍHODOU TOTO ONEMOCNĚNÍ? *

Označte jen jednu elipsu.

ANO

NE

7. 3, KDY VÁM BYLA POSKYTNUTA LÉKAŘSKÁ ODBORNÁ POMOC: (zaškrtněte, prosím, nejpravděpodobnější variantu z nabízených možností) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

okamžitě

do 5 minut

do 10 minut

do 30 minut

do hodiny

Jiné:

8. 4, V NEMOCNICI JSEM BYL/A HOSPITALIZOVÁN/A NA JIP (Jednotka intenzivní péče): *

Označte jen jednu elipsu.

ANO

NE

9. 5, BYL ROZDÍL MEZI KVALITOU PÉČE NA JIP A LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ?

(Vyznačte, prosím, na škále, jak velký byl rozdíl v kvalitě, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2= převážně ne, 3= spíše ne, 4= středně, 5= spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6 7

VŮBEC NE ZCELA ANO

10. 6, V ČEM PŘÍPADNĚ VIDÍTE ROZDÍL MEZI PĚČÍ NA JIP A LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ?
(Popište, prosím, vlastními slovy)

.....
.....
.....
.....
.....

11. 7, JAKÝ BYL NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ PŘÍSTUP PERSONÁLU? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= velmi špatný, 2= převážně špatný, 3= spíše špatný, 4= neutrální, 5= spíše dobrý, 6= převážně dobrý, 7= skvělý)

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6 7
VELMI ŠPATNÝ SKVĚLÝ

12. 8, S TÍM SOUVISÍ I TENTO DOTAZ. JAK MOC JSTE MĚL/A POCIT, ŽE BYLO S VÁMI JEDNÁNO DŮSTOJNĚ (ZACHÁZENO JAKO SE SVĚPŘÁVNOU BYTOSTÍ)? (Vyznačte, prosím, míru úrovně na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2= převážně ne, 3= spíše ne, 4= středně, 5= spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6 7
VŮBEC NE ZCELA ANO

13. 9, BYLA PODLE VÁS REHABILITACE DOSTATEČNÁ? (Vyznačte, prosím, míru úrovně na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2= převážně ne, 3= spíše ne, 4= středně, 5= spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6 7
VŮBEC NE ZCELA ANO

14. 10, PO HOSPITALIZACI NA ODDĚLENÍ NEUROLOGIE JSTE BYL/A PŘELOŽEN/A HNED:

Označte jen jednu elipsu.

- na oddělení dlouhodobé následné péče
 do rehabilitačního zařízení (rehabilitační klinika/ústav, lázně apod.)
 domů
 Jiné:

15. 11, MÁTE POCIT, ŽE SE VÁM CELKOVĚ DOSTALO KVALITNÍ PÉČE? (Vyznačte, prosím, míru úrovně na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

16. 12, Měl/a jste pocit, že se Vám po příhodě "zhroutil svět"? (Vyznačte, prosím, míru pocitu na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

17. 13, Snažili se Vám po příhodě nějak pomoci (rodina, přátelé, blízcí lidé)? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

18. 14, Změnilo se Vaše postavení v práci? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano)

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

19. 15, Pocítil/a jste pokles zájmu o Vaši osobu? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

20. 16. Měl/a jste pocit, že by bylo lepší už nebýt? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

21. Pokud jste měli někdy pocit, že by bylo lepší už nebýt, prosím napište po jaké době od onemocnění

22. 17. Změnilo se Vaše postavení v rodině? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

23. Pokud změnilo, prosím napište jak:

24. 18. Jak vycházíte s lidmi ve Vašem okolí? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

25. 19. Změnily se Vaše pracovní schopnosti? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

26. 20, Bylo, resp. je obtížné najít eventuálně nové uplatnění? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6 7

VŮBEC NE ZCELA ANO

27. 21, Kdy k Vám přišel poprvé psycholog? *

Označte jen jednu elipsu.

- v prvních dnech
- po 14 dnech
- nikdy
- Jiné: _____

28. Pokud k Vám přišel psycholog, prosím napište, kde jste se s ním setkal/a

29. Péči psychologa jste si vyhledal/a sám/sama?

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
- NE

30. 22, Máte pocit důležitosti pomoci psychologa? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6 7

VŮBEC NE ZCELA ANO

31. Byla Vám nabídnuta odborná psychologická péče?

Označte jen jednu elipsu.

- ANO
- NE

32. 23, Pomohla Vám v této oblasti rodina? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6 7

VŮBEC NE ZCELA ANO

33. 24, Pomohla Vám nějaká státní instituce? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

34. Pokud Vám nějaká státní instituce pomohla, prosím napište jaká

.....

.....

.....

.....

35. 25, Pomohla Vám nějaká nestátní organizace? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

36. 26, Jste spokojen/a s následnou péčí o lidi po CMP? (Vyznačte, prosím, na škále, přičemž krajní hodnoty odpovídají míře závislosti: 1= vůbec ne, 2=převážně ne, 3=spíše ne, 4= středně, 5=spíše ano, 6= převážně ano, 7= zcela ano) *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	6	7	
VŮBEC NE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZCELA ANO

37. 27, Co byste změnil/a, zlepšil/a v následné péči o osoby po CMP?

.....

.....

.....

.....

38. Chcete k dotazníku něco dodat?

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI

Používá technologii
 Google Forms

Příloha IV. Dotazník C

Prosím Vás o část Vašeho času na odpovědi na následující otázky. Máte-li, kromě prostého "ANO", či "NE", upřesňující připomínky, napište je. Velice pečlivě s nimi budeme pracovat. Vašeho názoru si velmi vážíme. Můžete tím pomoci lidem, kteří byli, jsou a budou touto příhodou postiženi.

Dotazník je anonymní. Uved'te pouze, prosím, svoji odbornost.

odbornost:

1, Myslíte si, že povědomí veřejnosti o cévní mozkové příhodě (dále jen CMP) v ČR je dostatečné?

2, Jaká je podle Vás v současnosti podpora a spolupráce ze strany psychologů, zdravotníků a nezdravotnického personálu), neziskových i státních organizací, veřejnosti v rámci začleňování lidí po CMP?

3, Myslíte si, že stát podporuje (v rámci nějaké koncepce, mimo ni, speciálního programu či jinak) následnou péči o pacienty po CMP dostatečně?

4, S jakými hlavními problémy se podle Vás potýkají nemocní v nově vznikajícím rodinném a společenském postavení?

5, Vidíte z Vašeho pohledu v péči o pacienty po CMP nějaké nedostatky?

6, Máte-li dojem, že jsou nutné pozitivní změny, napište, co by bylo dobré v péči o pacienty vylepšit?

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI

Příloha V. Statistické vyhodnocení hypotéz

H1.1: Informovanost zdravé populace o CMP není dostatečná

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je zaveden předpoklad, že na otázky o informovanosti o této nemoci si 75 % respondentů myslí, že informovanost NENÍ dostatečná, 25 % respondentů si myslí, že je dostatečná

Své tvrzení si na hodnotách z dotazníku ověřuji podle Testu dobré shody (chí – kvadrátu). Postup výpočtu:

VÝPOČET - TEST DOBRÉ SHODY (CHÍ KVADRÁT)

$$\sum \frac{(\text{skutečný počet odpovědí} - \text{předpokládaný počet odpovědí})^2}{\text{předpokládaný počet odpovědí}}$$

V dotazníku mám na otázku o informovanosti 2 možnosti ANO a NE, volím proto stupeň volnosti 1, hladina volnosti pro tento stupeň = 3,84.

V dotazníku A (DA) je 216 odpovědí

$$\text{veřejnost (NENÍ)} x_1^2 = \frac{(167,09 - 162,75)^2}{162,75} \doteq 0,12$$

$$\text{veřejnost (JE)} x_2^2 = \frac{(49,91 - 54,25)^2}{54,25} \doteq 0,35$$

$$x^2 = 0,12 + 0,35 = 0,47$$

V dotazníku B (DB) je 29 odpovědí

$$pacienti (NENÍ)y_1^2 = \frac{(21 - 21,75)^2}{21,75} \doteq 0,03$$

$$pacienti (JE)y_2^2 = \frac{(8 - 7,25)^2}{7,25} \doteq 0,08$$

$$y^2 = 0,03 + 0,08 = 0,11$$

V obou případech se můj předpoklad pomocí Chí kvadrátu potvrdil. Obě vypočtené hodnoty, z dotazníku pro veřejnost i pacienty, jsou pod danou hladinou volnosti. V obou dotaznicích se respondenti shodli, že informovanost je nedostatečná, tedy rozdíl mezi odpovědí ANO a NE je významný.

Kromě přímé otázky na informovanost je DA doplněn o nepřímé otázky, které podporují výstup z přímé otázky. I když někteří respondenti odpovědí ano a následně v blíže upřesňujících otázkách (č. 1,2,5,11,12,13) se projeví jejich neznalost, tak vycházím z toho, že jejich informovanost není dostatečná.

H1.2: Riziko ohrožení nemocí u dotazovaných (zdravé populace) je podle jejich mínění mizivé

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že průměrná hodnota bude nižší než střední hodnota stupnice (otázka č. 6 v DA)

Použiji stejný výpočet Chí kvadrátu i předpoklad, jako jsem použila v dokazování první části H1.1.

$$\text{jsem ohrožen } x_1^2 = \frac{(97 - 89,25)^2}{89,25} = 0,67$$

$$\text{nejsem ohrožen } x_2^2 = \frac{(22 - 29,75)^2}{29,75} = 2$$

$$x^2 = 0,67 + 2 = 2,67$$

Stupeň volnosti = 1

Hladina volnosti = 3,84

Výpočet Chí kvadrátu je pod hladinou 3,84, tudíž hodnoty z výzkumu potvrzují můj předpoklad.

H2.1: U lidí po CMP není následná odborná péče (vč. psychologické) dostatečná

Pro všechny výpočty Chí kvadrátu jsem použila stupeň volnosti 1, kterému odpovídá hladina volnosti 3,84.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů si nemyslí, že je rehabilitace dostatečná (otázka č. 9 v DB)

Tvrzení ověřuji pomocí Testu dobré shody

otázka č. 9	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
byla dostatečná	12	11,1	
nebyla dostatečná	7	3,7	
celkem	19	14,8	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil a rozdíl byl značný.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že by alespoň 75 % pacientů nebylo přeloženo do rehabilitačního zařízení (otázka č. 10 v DB)

Tvrzení ověřuji pomocí Testu dobré shody

otázka č. 10	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	hladina volnosti
do rehab. centra	11	2,7	
jinam	16	0,9	
celkem	27	3,6	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad potvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů není spokojena s následnou péčí (č. 26 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 26	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
spokojen	12	4,7	
nespokojen	10	2,6	
celkem	22	7,3	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentům nepomohly státní instituce (č. 24 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 24	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
státní nepomohla	16	0,9	
státní pomohla	11	2,7	
celkem	27	3,6	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad potvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentům pomohly nestátní instituce (č. 25 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 25	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
nestátní nepomohla	12	4,1	
nestátní pomohla	15	1,4	
celkem	27	5,5	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil, ale převládají pacienti, kterým nestátní instituce pomohla.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň k 75 % respondentům nikdy nepřišel psycholog (č. 21 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 21	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
nepřišel	24	0,3	
přišel	5	0,7	
celkem	29	1	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad potvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů má pocit důležitosti pomoci psychologa (č. 22 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 22	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
je důležitý	13	2,2	
není důležitý	13	4,7	
celkem	26	6,9	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil, ale ani přímo neodporuje výsledku.

Shrnutí: I když jsem si myslela, že následná péče není dostatečná, pacienti si myslí, že ano. Z následujících otázek ale plyne, že pouze 11 respondentů bylo přeloženo do rehabilitačního zařízení. K 24 pacientům nikdy nepřišel psycholog a polovina z dotázaných nepřikládá jeho návštěvě důležitost. Potvrdilo se mi, že více pomáhají nestátní instituce než státní instituce, i když mají méně prostředků.

H2.2: U lidí po CMP není sociální začleňování do společnosti dostatečné

Pro všechny výpočty Chí kvadrátu jsem použila stupeň volnosti 1, kterému odpovídá hladina volnosti 3,84.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů má pocit, že se jim změnilo postavení v práci (č. 14 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 14	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
změnilo	19	0,2	
nezměnilo	9	0,6	
celkem	28	0,8	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad potvrdil na jednotky procent přesně.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů pocítilo pokles zájmu o jejich osobu po CMP (č. 15 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 15	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
pocítil/a	10	3,6	
nepocítil/a	14	10,7	
celkem	24	14,3	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil. Více pacientů nepocítilo pokles zájmu o jejich osobu.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentům se změnilo postavení pracovní schopnosti (č. 19 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 19	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
změnily	19	0,01	
nezměnily	7	0,04	
celkem	26	0,05	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad potvrdil na procento přesně.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů bylo resp. je obtížné najít nové uplatnění (č. 26 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 20	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
bylo/je	16	0,9	
nebylo/není	11	2,7	
celkem	27	3,6	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad potvrdil.

Shrnutí: V druhé části H2 byla většina mých předkladů správných. Podle pacientů nebyl pokles zájmu o jejich osobu takový, jaký jsem předpokládala, což je nejspíše důsledek kvalitního rodinného zázemí, což dokládá otázka č. 23, ve které převážná většina pacientů uvádí rodinu jako hlavní podporu.

H3: Současná fungující praxe se liší od odborné teorie (doporučení a postupy pro pacienty CMP, jejich blízké i zdravou populaci) při následné pomoci u lidí po CMP

Pro všechny výpočty Chí kvadrátu jsem použila stupeň volnosti 1, kterému odpovídá hladina volnosti 3,84.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentům nebyla poskytnuta lékařská odborná pomoc do jedné hodiny (č. 3 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 3	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
Do hodiny	22	30	
déle	7	10	
celkem	29	40	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil. Rozdíl byl významný.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů nebylo na JIP (č. 4 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 4	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
ano	18	15,9	
ne	11	5,3	
celkem	29	21,2	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů, že byl rozdíl mezi kvalitou péče na JIP a lůžkovém oddělení (č. 5 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 5	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
nebyl	7	2,25	
byl	9	0,75	
celkem	16	3	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad potvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů odpoví, že přístup personálu na lůžkové oddělení byl špatný (č. 7 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 7	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
špatná	7	5,5	
dobrá	15	16,4	
celkem	22	21,9	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů nemělo pocit, že s nimi bylo jednáno důstojně (č. 8 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 8	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
nebylo	6	6,7	
bylo	16	20,1	
celkem	22	26,8	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy, je předpoklad, že alespoň 75 % respondentů nemělo pocit, že se jim dostalo celkové kvalitní péče (č. 11 v DB)

Tvrzení ověřuji podle Testu dobré shody

otázka č. 11	počet odpovědí	Chí kvadrát χ^2	Hladina volnosti
ne	3	10,3	
ano	18	31	
celkem	21	41,3	3,84

Z výsledků získaných z dotazníku se můj předpoklad nepotvrdil. Rozdíl je významný.

Pro statistické potvrzení mé hypotézy zde patří předpoklad z otázky č. 24 a 25, který je vyhodnocen u hypotézy H2.2

Shrnutí: Většina statistických předpokladů se u této hypotézy nepotvrdilo, rozdíl byl významný.

Příloha VI. Rozsáhlá odpověď na ot. č. 6 u DB

„Byla jsem především velice překvapená, že ani na JIP ani na lůžkovém ..oddělení .neexistovaly vizity, neexistoval jeden váš ošetřující lékař, prostě kdo tam byl a měl čas, se přišel podívat. Na mně to dodnes působí jako chaos, nechtěla bych se tam nikdy vrátit, lékaři připravovali stávku a já jsem tu jejich absenci pociťovala. a mám z toho špatný dojem dodnes. Zpočátku se hovořilo asi 2 dny jen tak mimochodem o vyčištění pravé karotidy, která toto všechno způsobila, pak bylo ticho a nic.. Nejdřív jsem ležela na oddělení, kde lékař chodil, i večer, to jsem o sobě nevěděla, dobré duše, které se mnou bydlely, si všimly, že divně ležím a lékař prý tam byl na to tata. Nemám důvod tomu nevěřit. Horší bylo vyjít se sestrami, neochotnými a protivnými. Ale takové byly i na JIP. Při přeložení z JIP jsem zažila něco, co nikomu nepřeju: teroristku. Mladá dívka, podporovaná sestrami, terorizovala mně a další paní, která měla tu výhodu, že byla nahluchlá a neslyšela ty kravály, které si tam tahle holka dovolovala. Považuju TV přijímače na pokojích za veliké zlo, a když si do toho pustila notebook s nahranými americkými výkřiky, navíc tam měla 3 dny se souhlasem sester nastěhovaného svého milého, aniž se nás dvou spolupacientek někdo zeptal, jestli nám to nebude vadit. Ona mohla všechno, ona byla nemocná. Mně vyhrožovala zabitím a špitál neměl jiný pokoj, kam bych se nastěhovala. Nakonec v den mého odjezdu ji někam odstěhovali. A já jsem jako kompenzaci toho všeho dostala sanitku domů. Byla to hrůza, které se člověk jen tak nezbaví.“

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Radomíra Bednářová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti odborné pomoci

Počet stran (bez příloh): 90

Celkový počet stran příloh: 29

Počet titulů české literatury a pramenů: 21

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: MUDr. Václav Lukáš

Rok dokončení práce: 2016

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Radomíra Bednářová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti odborné pomoci

Vedoucí/oponent* práce: MUDr. Václav Lukáš

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 77

Počet stránek příloh: 29

Počet titulů v seznamu literatury: 21

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěš/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	X			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč autorka zvolila tuto formu práce? (výzkumné šetření)?

Jaké je autorčino vysvětlení faktu, že se hypotézy z části nepotvrdily?

Domnívá se autorka, že je její práce využitelná pro praxi, resp. k dalšímu výzkumu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka zvolila velice aktuální téma.

Jeho důležitost vnímala zejména po opakovaných kontaktech s nemocnými a jejich blízkými. Jako vedoucí práce si cením jejího aktivního přístupu. Hlavně při samotném sběru dat bylo patrné, že zvolenou problematiku bere jako člověk, který si své další profesní a lidské působení v této oblasti dovede představit. Již v průběhu práce na praktické části byla patrná značná empatie do myšlení doposud zdravých lidí, kteří se ocitli v zajetí nepříjemného onemocnění. Také do jejich okolí, které jim bylo nápomocno v tělesné i psychické rehabilitaci a překonávání překážek při návratu do zdravé populace. Velice dobře a pečlivě zvládala vyhodnocení sebraných dat a přitom čerpala z literatury.

To, že ne všechny hypotézy byly, skoro překvapivě, potvrzeny, jistě zcela logicky studentka vysvětlí.


Při pomoci a redakci textu jsem nedbal na přílišné používání odborných medicínských výrazů.

Práci považuji za velice cennou a přínosnou pro zlepšování postavení pacientů. Doufám, že bude použita jako základ dalších podrobnějších studií ke zmapování některých otázek, které díky tomuto šetření vyplynula nutnost detailnějšího šetření.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: VÝBORNĚ

Datum, podpis: 10. 05. 2016,

MUDr.  Václav Lukáš

*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Radomíra Bednářová

Obor studia: Psychologie

Název práce: ***Cévní mozková příhoda, Psychické změny pacienta a rodiny a možnosti odborné pomoci***

Oponentka práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 90

Počet stránek příloh: 29

Počet titulů v seznamu literatury: 24

Internetové: 2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

--	--	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co vedlo studentku k tak rozsáhlému zpracování? Domnívá se, že nebylo možno přestoupit předepsaný rozsah textu nejvýše o 10 stránek a případně zbývajících 20 dalších stránek vložit do příloh?

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka se zabývá psychologickými důsledky postižení cévní mozkovou příhodou u jedince i jeho rodiny. Práce je zpracována důkladně a pečlivě. S literaturou autorka pracovat umí a a citace jsou správné.

Připomínka

Autorka značně přesáhla předepsaný počet stránek pro diplomovou práci. Měla by respektovat předepsaný rozsah, tak jako jej bude muset respektovat, pokud bude chtít publikovat v časopisech. Mohla vynechat některé podrobnosti medicíny např. prostředky ke zmapování následků CMP psycholog popisovat nemusí. Některé grafy z praktické části mohly být umístěny v příloze a stačilo na ně pouze poukázat.

Jinak však je práce obsahově výstižná, je logicky uspořádána a obsahově odpovídající zadanému tématu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: z hlediska zpracování a obsahu výborně, z hlediska značného přestoupení rozsahu velmi dobře. Rozhodnutí bude podle obhajoby.

Datum, podpis : 20.5.2016

MUDr. Olga Blásková