

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Ucelená rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním

Lenka Pavlišťová

Bakalářská práce

2014

Zadání

zadání

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 14. 7. 2014

.....

Lenka Pavlišťová

Poděkování:

Tímto prostřednictvím bych chtěla poděkovat především PaedDr. Zdence Šándorové, PhD., za čas, který věnovala mně a mé práci, za cenné rady, připomínky a profesionální přístup. Mé poděkování patří také zaměstnancům a pacientům lázní, kteří mi pomohli uskutečnit praktickou část mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Ucelená rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním“ je prací teoreticko-praktickou.

Teoretická část je zaměřena na souhrn poznatků z oblasti ucelené rehabilitace, která pojednává o léčebné, sociální, pracovní i pedagogické rehabilitaci u osob cílové skupiny pacientů/klientů s kardiologickým onemocněním.

Data pro výzkumnou část byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci, kazuistik pacientů/klientů lázní, analýzy dokumentů a pozorování. Výsledky výzkumu jsou slovně vyhodnoceny.

Klíčová slova

rehabilitace, ucelená rehabilitace, kardiorehabilitace, osoby s kardiologickým onemocněním

Annotation

Bachelor's work called „Comprehensive rehabilitation of patients with cardiac diseases“ is theoretical-practical work.

Theoretical part focuses to summary information about comprehensive rehabilitation, which deals with curative, social, occupational and educational rehabilitation of targeted group of patients with cardiac diseases.

The data for research part were gained by semi-structured interviews with employees, patients'/clients' case studies of health resort, analysis of documents and observation.

Research results are verbally evaluated.

Key words

rehabilitation, comprehensive rehabilitation, kardiorehabilitation, persons with diseases

Obsah

Úvod.....	10
Cíle práce	11
I Teoretická část.....	12
1 Ucelená rehabilitace.....	12
1.1 Interdisciplinární (rehabilitační) tým.....	14
1.2 Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením	15
1.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností.....	16
2 Osoby s kardiologickým onemocněním.....	17
2.1 Kardiologie	17
2.2 Kardiologická onemocnění.....	17
2.2.1 Vrozené srdeční vady.....	17
2.2.2 Srdeční selhání	18
2.2.3 Ischemické choroby srdeční.....	18
2.3 Vyšetřovací metody v kardiologii	19
2.4 Prevence u kardiologických onemocnění	20
2.5 Determinanty zdraví	21
3 Ucelená rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním.....	23
3.1 Léčebná rehabilitace	23
3.1.1 Fyzioterapie včetně lázeňské léčby	24
3.1.2 Ergoterapie	25
3.2 Sociální rehabilitace	26
3.2.1 Zdravotně-sociální pracovník.....	27
3.2.2 Hmotné zabezpečení osob s kardiologickým onemocněním.....	28
3.3 Pracovní rehabilitace	29
3.3.1 Rekvalifikační kurzy	30
3.4 Pedagogická rehabilitace	30
3.5 Psychologická rehabilitace	31
3.6 Technická rehabilitace.....	32
II Výzkumná část	33
4 Výzkumný vzorek, výzkumný plán, metodologie	34
4.1 Výzkumný vzorek.....	34
4.2 Výzkumný plán.....	34
4.3 Metodologie.....	35
4.3.1 Triangulace.....	35
4.3.2 Analýza dokumentů.....	36
4.3.3 Polostrukturovaný rozhovor.....	36
4.3.4 Pozorování.....	36
4.3.5 Kazuistika.....	37

5 Interpretace výsledků výzkumu	38
5.1 Analýza dokumentů	38
5.1.1 Systém ucelené rehabilitace v daném zařízení (lázní).....	38
5.3 Analýza rozhovorů	41
5.3.1 Cíl č. 2 Zjistit, zda je v rámci daného zařízení funkční koncepce ucelené koordinované rehabilitace, včetně jejichž složek sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace.	41
5.3.2 Cíl č. 3 Zjistit, jaké diagnózy pacientů jsou v daném lázeňském zařízení nejčastější....	44
5.3.3 Cíl č. 4 Zjistit efektivitu spolupráce odborných pracovníků (interdisciplinární spolupráce) v daném lázeňském zařízení v koncepci ucelené rehabilitace.	45
6 Metodika ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení	48
7 Kazuistiky	53
7.1 Kazuistika 1.	53
7.1.1 Návrh koordinace ucelené rehabilitace dle metodiky	54
7.2 Kazuistika 2.	56
7.2.1 Návrh koordinace ucelené rehabilitace dle metodiky	58
7.3 Kazuistika 3.	59
7.3.1 Návrh koordinace ucelené rehabilitace dle metodiky	60
8 Diskuze	62
Závěr	65
Soupis bibliografických citací.....	66
Přílohy.....	69

Terminologický slovník

Anémie – chudokrevnost.

Aneurysma aorty – výduť aorty.

Animoterapie – terapie za pomoci zvířat.

Aortální stenóza – zúžení aortální chlopně (získaná – např. degenerativní, vrozená – vrozené vývojové vady).

Aortokoronární bypass – je operace srdce, při které chirurg udělá přemostění („bypass“) zúženého místa v koronární tepně.

Arteterapie - léčení prostřednictvím obrazu a výtvarných aktivit.

Bioptronová lampa – Přístroj, který využívá fototerapie (světelná terapie) k urychlení hojení ran a ke zmírnění lokální bolestivosti.

Delirantní stavy – akutní stav zmatenosti.

Ejekční frakce - podíl objemu krve vypuzené při jednom srdečním stahu (systole) k množství krve před stahem, tj. objemu krve v komoře na konci diastoly.

Endotracheální intubace – invazivní zajištění dýchacích cest.

Infekční endokarditida - je zánětlivé onemocnění vnitřního povrchu srdce, tzv. endokardu. Postihuje však obvykle konkrétně srdeční chlopně.

Inhalace - je léčebný postup spočívající ve vdechování par minerálních vod, roztoků léků nebo jejich aerosolů.

Kardiochirurgický výkon - operativní léčba získaných a vrozených srdečních onemocnění.

Kardiostimulátor – přístroj, který se používá k léčbě poruch srdečního rytmu, kdy je srdeční frekvence příliš pomalá.

Kardioverze – je zákrok, který se používá k léčbě některých arytmií - farmakologická, elektrická.

Nedomykavost srdečních chlopní – je onemocnění srdce, při kterém se cípy chlopní nedovírají dostatečně těsně, tak aby nešla krev opačným směrem.

Permanentní močový katetr – lékařský výkon pro vyprázdnění močového měchýře.

Pneumonie – zápal plic.

Polymorbidní – trpící větším počtem různých chorob a zdravotních komplikací.

Psychologický screening - vyšetření k identifikaci neznámých psychických onemocnění a poruch.

Respirace – dýchání, vdechnutí.

Restenóza aortální chlopně – obnovení stenózy aortální chlopně.

Saturace - nasycení např. krve kyslíkem.

Srdeční arytmie – poruchy srdečního rytmu.

Stenokardie - bolest na hrudi typická např. pro anginu pectoris.

Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP) – umělá náhrada kyčelního kloubu.

Úvod

Choroby srdce a cév i přes velké pokroky léčby v průběhu let 1990-2012 i nadále představují nejčastější příčinu smrti a jednu z nejčastějších příčin hospitalizací v České republice.(www.uzis.cz, 25. 3. 2014)

Onemocnění srdce a cév patří mezi nejzávažnější onemocnění dnešní doby a výrazně také přispívají k nemocnosti a předčasné invaliditě. Úmrtnost na toto onemocnění je vyšší než na rakovinu, úrazy a infekční nemoci dohromady (výsledek statistického šetření SZO).

Toto téma bakalářské práce bylo vypsáno katedrou proto, aby zmapovalo situaci ucelené rehabilitace s cílovou skupinou osob s kardiologickým onemocněním. Motivací k výběru daného tématu, pro mě bylo především téma ischemických srdečních chorob, jelikož dané onemocnění postihuje moji rodinu z generace na generaci.

Zlepšení péče o nemocné s chorobami srdce a cév je společným zájmem občanů, zdravotníků, zdravotních pojišťoven a státní správy. Každý občan si odpovídá za své zdraví a k rozhodování o svém zdraví má právo získat úplné informace o svém zdravotním stavu i o opatřeních vhodných k jeho zlepšení nebo udržení. Vzhledem k těmto poznatkům je důležitý individuální a především ucelený, koordinovaný přístup k osobám se zdravotním postižením, se kterým se většinou nesetkáme. Tento přístup by měla akceptovat koncepce ucelené rehabilitace. Přetrvává však problém, že ucelená rehabilitace není právně ukotvena.

Vzhledem k výše prezentovanému, je teoretická část věnována významu ucelené koordinované rehabilitace, návrhu věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Zdravotní část je zaměřena na stručný popis kardiologických onemocnění, prevencí a determinantů, které ovlivňují jejich výskyt. Vzhledem k tématu bakalářské práce se také věnuji popisu jednotlivých složek ucelené rehabilitace u osob s kardiologickým onemocněním, na což navazuje praktická část.

V praktické části jsem si stanovila cíl, a to formou kvalitativního výzkumu zjistit, do jaké míry se daří naplnit ideální představy o konceptu ucelené rehabilitace v konkrétním lázeňském zařízení, jehož klientelou je cílová skupina - osoby s kardiologickým onemocněním. Ke zpracování výzkumného šetření byly využity výzkumné metody: analýza dokumentů (zejména zdravotní dokumentace), pozorování, polostandardizovaný rozhovor. Na základě získaných informací byla stanovena metodika ucelené rehabilitace v konkrétním zařízení, která je v práci pomocí tří kazuistik popsána v praxi.

Cíle práce

Hlavní cíle práce

- 1) Zjistit, zda efektivně funguje ucelená, koordinovaná rehabilitace v konkrétním lázeňském zařízení s cílovou skupinou - osoby s kardiologickým onemocněním.

Teoretické cíle

- 1) Popsat a porovnat problematiku ucelené, koordinované rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním v literárních zdrojích.

Výzkumné cíle

- 1) Popsat na základě analýzy dokumentů a pozorování systém rehabilitace v daném zařízení, včetně stěžejní rehabilitace léčebné.
- 2) Zjistit, zda je v rámci daného zařízení funkční koncept ucelené koordinované rehabilitace, včetně jejich složek léčebné, sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace, jako nedílné součásti ucelené rehabilitace.
- 3) Zjistit, jaké diagnózy pacientů jsou v daném lázeňském zařízení nejčastější?
- 4) Zjistit efektivitu spolupráce odborných pracovníků (interdisciplinární spolupráce) v daném zařízení v koncepci ucelené rehabilitace.
- 5) Na základě zjištěných teoretických a výzkumných informací navrhnout efektivní systém ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení.

I Teoretická část

1 Ucelená rehabilitace

Rehabilitace

Novolatinský pojem „rehabilitace“ byl zaveden v 19. století a znamenal původně léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti. Optimálním výsledkem rehabilitace je proto odstranění všech důsledků nemoci či úrazu, které se projevují na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech a psychice vůbec, i na vnitřních orgánech. (Votava a kol., 2005, s. 9)

„Rehabilitace je charakterizována jako vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince. V případě vzniklých následků zdravotního postižení je cílem rehabilitace co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením poškozených úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění.“ (Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, s. 31)

Oproti tomu, Jesenský, který byl jeden z průkopníků ucelené rehabilitace, používá pro pojem rehabilitace tuto definici: *„Rehabilitace (lat. habilis = schopný, re = znovuopakování) představuje procesy znovuuschopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození schopností člověka.“* (Jesenský, 1995, s. 24)

Cílem rehabilitace je především návrat k původnímu stavu zdraví. Přesto ani pojem zdraví není zcela jednoznačně chápán. Neměla by to být pouhá nepřítomnost nemoci (nebo postižení). (Votava a kol., 2005, s. 15) Ústava Světové zdravotnické organizace (WHO - World health organization) definuje zdraví jako *„stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“*.

Poslední poznámku této kapitoly věnujeme rozlišení pojmu habilitace a rehabilitace. Pokud jde o dítě nebo mladého člověka, hovoříme o habilitaci, u lidí středního a vyššího věku hovoříme o rehabilitaci. (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012, s. 7)

Ucelená rehabilitace

J. Votava (2005, s. 14) uvádí anglický termín comprehensive rehabilitation, což je překládáno jako ucelená rehabilitace. Českou podobu slova comprehensive, komprehenzivní najdeme ve slovníku ještě jako ucelený, celkový, úplný. Neměli bychom zaměňovat se slovem komplexní, jehož přeložený význam je spíše komplikovaný, složitý.

V moderním pojetí prochází ucelená rehabilitace velkým rozvojem. Největším úspěchem pro jedince s postižením je docílit takových práv a podmínek, které mají zdraví lidé. Jako velký krok vnímám i změnu myšlení a pojetí jedinců s postižením širokou veřejností.

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“. Nejen z této definice můžeme vyčíst, že samotné označení rehabilitace by mělo být bráno jako rehabilitace ucelená. Přesto se však často setkáváme s vnímáním rehabilitace především jako součást léčebného programu, vyjadřuje se označením ucelená právě to, že rehabilitace zasahuje kromě zdravotní péče i další oblasti. (Votava a kol., 2005, s. 14)

Jesenský (1995, s. 27) používá pro ucelenou rehabilitaci převzatý termín komprehenzivní rehabilitace a dělí jí podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní.

I Jankovský (2006, s. 15) uvádí, že pojem komplexní rehabilitace nebo také ucelená rehabilitace nezahrnuje pouze zdravotnickou aktivitu ve smyslu fyzioterapie, ale jde o interdisciplinární obor.

Abychom mohli rehabilitaci nazvat ucelenou, musí se skládat z několika (nejméně dvou) složek, jejichž provádění musí být vzájemně propojeno. Obvykle první etapou bývá rehabilitace léčebná, která je zajišťována zdravotníky ve zdravotnických zařízeních. Možná i díky tomu si každý pod pojmem rehabilitace představí pouze léčebnou část. (Votava a kol., 2005, s. 15)

Na léčebnou rehabilitaci úzce navazuje rehabilitace sociální, protože každý jedinec má již od narození sociální vazby, které si udržuje i při pobytu v nemocnici a do společnosti se opět vrací, pokud mu k tomu vytvoříme předpoklady. U osob v produktivním věku navazuje často rehabilitace pracovní, tedy příprava na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního

procesu. U dětí a mládeže se zdravotním postižením je zase velmi důležitá rehabilitace pedagogická. (Votava a kol., 2005, s. 15 - 16)

Do ucelené rehabilitace můžeme zahrnout i další různá hlediska, např. hledisko technické, architektonické, psychologické, ekonomické, legislativní, otázky volného času aj. (Votava a kol., 2005, s. 16) Avšak v praxi bývají stejně nejvíce užívány složky léčebné, sociální, pedagogické a pracovní.

Je důležité zmínit i ekonomický dopad ucelené rehabilitace. Zavedení konceptu ucelené koordinované rehabilitace by bylo zároveň ekonomickým přínosem pro celou společnost. Už jen zdravotní pojišťovny by měly mít zájem na efektivní fungování celého systému ucelené rehabilitace tak, aby z příjemce dávky a podpory se co nejdříve stal opět plátce pojištění.

Lékařská péče je totiž všem dostupná, ale se vším ostatním si musí handicapovaní jedinci poradit sami. Pokud by se v péči o jedince s handicapem zavedly složky ucelené rehabilitace, které by fungovaly včasné, plynule a koordinovaně, byla by větší pravděpodobnost, že se jedinec s handicapem navrátí zpět do pracovního procesu. Je tedy nepochybné, že jakýkoli systém, který dokáže efektivně navracet osoby s handicapem zpět do aktivního života, musí být ve svých důsledcích ekonomicky prospěšný.

1.1 Interdisciplinární tým

Významnou roli v pojetí ucelené, koordinované rehabilitaci sehrává interdisciplinární tým. Skladba interdisciplinárního týmu se odvíjí od individuality každého pacienta, každý pacient může mít jinou sestavu odborníků, kteří ho budou v jeho rehabilitaci podporovat a pomáhat.

Obecně do interdisciplinárního týmu zařazujeme lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, klinického psychologa, (zdravotně) sociálního pracovníka, a další odborníky, které může stav pacienta vyžadovat (logoped, speciální pedagog, pracovník pracovní rehabilitace, protetický pracovník). (Neubauerová, 2012, s. 11)

Avšak je důležité zohlednit potřeby a stav klienta, podle kterých se interdisciplinární tým utváří. Pokud budeme zajišťovat interdisciplinární tým pro osobu s kardiologickým onemocněním, měl by tým obsahovat tyto odborníky: lékař (kardiolog), psycholog, zdravotně - sociální pracovník, ošetřovatelský personál (zdravotní sestry, vrchní a staniční sestra oddělení), fyzioterapeuti, ergoterapeuti, edukační sestra/pracovník.

1.2 Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením

Problém u daného tématu nastává tehdy, pokud začneme pátrat po jednotném systému právních předpisů o poskytování komplexní rehabilitace osobám se zdravotním postižením. Ucelená rehabilitace v České republice se sice stává více a více populárnější, avšak není v právním řádu nijak specifikována.

Ucelená rehabilitace by měla být vzájemně propojována a koordinována. Na léčebnou rehabilitaci by měla navazovat rehabilitace sociální, pedagogicko-výchovná a pracovní a nejen proto je nezbytné přijetí zákona o koordinované rehabilitaci. Ten by měl obsahovat práva a povinnosti zařízení, které budou částí ucelené a koordinované rehabilitace poskytovat a osoby, které budou do systému vstupovat. Dále by se měl zaměřit na vazby mezi jednotlivými prostředky rehabilitace a vzájemné kompetence. Je potřeba připravit politicky průchodné znění věcného záměru zákona o rehabilitaci a jeho paragrafové znění. (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012, s. 17)

Čulík vysvětluje, že *"Zákon by měl zakotvit právo osob se zdravotním postižením na ucelenou rehabilitaci a definovat ty vazby poskytovatelů a uživatelů rehabilitace, které stávající normy neupravují vůbec nebo je upravují pouze částečně. Jde o některá práva a povinnosti uživatelů i poskytovatelů a o stanovení orgánů, které by monitorovaly poskytování rehabilitace a dohlížely na její koordinaci a provázanost."* (Čulík in Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012)

Jak již bylo řečeno, jednotný systém poskytování komplexní rehabilitace osobám se zdravotním postižením právní předpisy České republiky neupravují. Zákony specifikují pouze jednotlivé složky ucelené rehabilitace.

Léčebná rehabilitace je v souladu s právními předpisy považována za součást zdravotní péče, která je hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Blíže je léčebná rehabilitace upravována právními předpisy vydanými resortem Ministerstva zdravotnictví. Sociální rehabilitaci najdeme jako jeden z druhů sociálních služeb v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách. Oblast pedagogické rehabilitace je upravována právními předpisy zabývající se mi vzděláváním dětí, žáků, nebo studentů se zdravotní disabilitou, ale není tam přesně daný pojem „pedagogická rehabilitace“. Pracovní rehabilitaci vymezuje zejména zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů a další předpisy

upravující zaměstnanost. (Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením)

1.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností

Pro vyhodnocování rehabilitace a závěrečná hodnocení je využitelným nástrojem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností. Byla vydána v r. 2001. Ve zdravotnických zařízeních je tato metodika doporučována k využití, a to jak v průběhu hospitalizace, kde probíhala případná rehabilitace akutní (lůžkové zdravotnické zařízení, resp. nemocnice) a včasná (Rehabilitační centra v krajích), tak především při ukončení a koordinaci rehabilitace. Pacientovi/klientovi se v propouštěcí zprávě uvádí ohodnocení funkční zdatnosti propouštěného nemocného a k ní je připojeno doporučení pro ambulantní praxi. Může se jednat o rehabilitaci regionální v rehabilitačních stacionářích anebo rehabilitaci komunitní, která je provozována s vydatnou pomocí rodiny a přátel. (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012, s. 8)

Jednotlivé časové a místní fáze rehabilitace představují uplatňování jednotlivých druhů rehabilitace, tj. léčebné, sociální, vzdělávací a pracovní, které obsahují další podskupiny. Může jít jak o využívání celého komplexu rehabilitačních segmentů, tak i jejich různé kombinace. (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012, s. 8)

Rehabilitace podle MKF zahrnuje tři základní stupně:

1. Funkci a strukturu orgánů.
2. Projekci do úrovně osobnosti. V praxi se používá výraz aktivita (hodnocení kapacity) a jejich limity.
3. Participaci (hodnocení výkonu) a faktory prostředí (bariérové).

Dostupnost nejrůznějších pomůcek, zákonodárství, možnost využívání služeb, postoje spoluobčanů apod. Jde vlastně o „disabilitní situace“, pro jejich vyřešení jedinec může využívat svoje „zbytkové zdraví“. (MKF, 2008, s. 11)

2 Osoby s kardiologickým onemocněním

2.1 Kardiologie

Kardiologie za poslední desetiletí výrazně pokročila. Je více invazivnější, byly vynalezeny nové a účinnější léky a léčebné postupy, zdokonalily se diagnostické i léčebné metody. Více je objasněna etiologie, patogeneze a patofyziologie řady onemocnění srdce, ale i cév. Stoupá také důležitost preventivních opatření. Čím dál více platí, že je mnohem dražší nemoci a jejich následky a komplikace léčit, než jim předcházet.

Kardiovaskulární onemocnění jsou v obecném slova smyslu všechny vrozené či získané choroby srdečního svalu, cév vedoucích krev od srdce k tělním orgánům (tepen, tepének a vlásečnic) a cév vedoucích krev zpět k srdci (žil). (Hromadová, 2004)

2.2 Kardiologická onemocnění

V následujících kapitolách se zaměřím na stručný popis kardiologických onemocnění, se kterými jsem se v rámci výzkumu nejčastěji setkávala, nebo které vnímám jako důležité zmínit, např. populační nemoci (ischemické choroby srdeční). Dále jsou popsány vrozené srdeční vady a srdeční selhání, ke kterému může dojít v důsledku těchto onemocnění.

2.2.1 Vrozené srdeční vady

Jsou to buď jednoduché, nebo kombinované vady např. chlopní, síňové nebo komorové přepážky, odstupů velkých cév apod. Vyskytují se u 0,6-1,0 % živě narozených dětí a tvoří největší část práce dětského kardiologa. (Hradec, Spáčil, 2001, s. 250 – 251)

Dříve polovina dětí s vrozenými srdečními vadami (dále jen VSV) umíralo bez léčby do jednoho roku života. Avšak s rozvojem dětské kardiochirurgie se vše obrátilo k lepšímu. Většina VSV se dá totiž chirurgicky odstranit. Prioritně se diagnostikují a následně léčí VSV, které se projevují symptomy hned po narození nebo během prvního roku života. I přes pokročilou organizaci v dětské kardiologické péči, diagnostice a dětské kardiochirurgii se stále setkáváme s některými VSV i u dospělých nemocných. Jsou to vady, které nebyly rozpoznány v dětském věku. (Hradec, Spáčil, 2001, s. 250 - 251)

2.2.2 Srdeční selhání

Srdeční selhání je stav, kdy srdce při dostatečném venózním návratu není schopné udržet minutový oběh na takové výši, aby vyhovělo metabolickým požadavkům tkání. Podle vyvolávající příčiny může selhávat levá komora, pravá komora nebo obě komory.

Rozeznáváme dva druhy srdečního selhání - akutní a chronické, dále se můžeme setkat s latentním srdečním selháním, které se projevuje pouze při zátěži a kompenzovaným srdečním selháním, kdy díky léčbě došlo u pacienta se srdečním selháním k obnově srdeční výkonnosti. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 37)

Srdeční selhání lze dále dělit na systolické selhání (infarkt myokardu, hypertenzní krize, srdeční vady), kdy je ejekční frakce levé komory pod 40 % a jsou vysoké tlaky v síni i v komoře, a diastolické selhání (hypertenze, některé srdeční vady), kdy je normální ejekční frakce levé komory a vysoký tlak na konci diastoly. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 37)

New York Heart Association (NYHA) subjektivní klasifikace dušnosti nejen u srdečního selhání. Stupeň NYHA I. je stav bez dušnosti při běžné zátěži, stupeň NYHA IV. je trvalá dušnost i při minimální námaze. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 37)

2.2.3 Ischemické choroby srdeční

Ischemická choroba srdeční je v České republice již několik let prvořadým zdravotním problémem. Je významným faktorem ve snížení kvality života a velkého počtu úmrtí u pacienta s takovou chorobou.

Ischemie neboli nedokrevnost tkáně či orgánu je stav, který vede k poškození až k odumření postižené oblasti lidského těla. Podstatou je nedostatek kyslíku a živin, které by měla krev rozvádět po tkáni a současně se zde hromadí odpadní produkty metabolismu této tkáně, jež jsou krví odváděny. (Vokurka, Hugo, 2008, s. 217)

Ischemická choroba srdeční (ICHS), se projevuje při nepoměru mezi potřebou zásobení myokardu kyslíkem a skutečnou spotřebou kyslíku myokardem. V naprosté většině případů je příčinou aterosklerotický proces v koronárním řečišti. (Adámková, 2010, s. 52)

Angina pectoris

Jednou z forem ischemické choroby srdeční je angina pectoris. Projevuje se subjektivně udávanou bolestí na hrudi, při které musíme dalším diagnostickým postupem potvrdit nebo vyloučit onemocnění srdce jako příčinu udávaných stesků. Bolest na hrudi může být popisována jako palčivá, ostrá, ale také tíživá, někdy může být jako ekvivalent bolesti

přítomna pouze dušnost. Rozlišujeme anginu pectoris typickou, atypickou a vazospastickou. (Adámková, 2010, s. 53)

Infarkt myokardu

Infarkt myokardu je nejčastějším a nejnebezpečnějším onemocněním oběhové soustavy. Jestliže se některá z postižených tepen uzavře docela, dochází k úplnému přerušení zásobení tkáně nebo části orgánu kyslíkem a živinami. Tato tkáň postupně odumírá, není-li průtok uzavřenou tepnou závčas obnoven. Nastává infarkt, což je doslova odumření tkáně po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny. Čím dříve je průchod tepnou obnoven, tím menší poškození tkáně vznikne. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 55)

Situace na srdci, v řečišti věnčitých tepen, je obdobná. Ateroskleróza (kornatění tepen v důsledku ukládání tukových látek na stěnu tepny) nenápadně postupuje, a když její stupeň dosáhne určité míry, projeví se zúžení věnčitých tepen, které zásobují srdce. Typickým a charakteristickým projevem je bolest za hrudní kostí, kterou odborně nazýváme angina pectoris nebo stenokardie.

Jde-li o uzavření mozkové tepny, jedná se o infarkt mozkový, který známe pod pojmem cévní mozková příhoda. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 55)

2.3 Vyšetřovací metody v kardiologii

Součástí léčebné rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním jsou i vyšetřovací metody, bez kterých by se kardiolog už neobešel. Vyšetřovací metody jsou důležité nejen při diagnostice onemocnění, ale i jako kontrolní vyšetření v průběhu rehabilitací, rekonvalescencí apod. V následujících odstavcích jsou stručně popsány základní vyšetřovací metody zabývající se vyšetřením oběhové soustavy.

Anamnéza a fyzikální vyšetření

V kardiologii je anamnéza a fyzikální vyšetření součástí základních metod při stanovení správné diagnózy. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 19)

EKG vyšetření

Základní vyšetřovací metodou v kardiologii je elektrokardiografické vyšetření (dále jen EKG). Obecně se provádí u všech pacientů při interním nebo určitém specializovaném kardiologickém vyšetření. Dále je předepsáno (indikováno) pacientům nad 40 let před

operačním výkonem. Má několik podmínek, které musí být dodržovány (poloha pacienta, poloha elektrod, odstranění rušivých vlivů aj.). (Sovová, Řehořová, 2004, s. 20)

Zátěžová vyšetření

Do této kategorie řadíme metody, které jsou kombinací zátěže organismu a EKG vyšetření. Zátěž dělíme na fyzickou (bicykl, běhátko, hand grip – opakovaný stisk gumového kroužku), lékovou (dobutamin) nebo psychickou, eventuálně fyzikální (chlad, srdeční stimulace). (Sovová, Řehořová, 2004, s. 20)

Holterova monitorace EKG

Forma dlouhodobého monitorování EKG, která je nazývána jako tzv. Holterova monitorace. Tato metoda se používá již od 60. let. Díky zdokonalení, miniaturizací přístrojů a použitím počítačového zpracování lze pacienta monitorovat od 24 hodin až na 14 dní. Tento druh monitorace indikujeme u pacienta při diagnostice (arytmie, ischemie, kardiostimulace) nebo při kontrole účinnosti léčby. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 21)

Echokardiografické vyšetření

Rozdělení:

Jednorozměrná echokardiografie (M mode)

Dvourozměrná echokardiografie (2D)

Dopplerovské metody (pulzní doppler-PW, kontinuální doppler-CW, barevný doppler, tkáňový doppler, intravaskulární doppler). (Sovová, Řehořová, 2004, s. 24)

Při vyšetření záleží na velikosti podkožní tukové vrstvy, tvarem hrudníku, stavem plicní tkáně a u žen velikostí a tvarem prsů. Existují také speciální echokardiografické metody jako např. kontrastní echokardiografie, kdy podáváme látku s mikrobublinami ke znázornění průtoku krve nebo perfúze myokardu. (Sovová, Řehořová, 2004, s. 25)

2.4 Prevence u kardiologických onemocnění

Prevence obecně se dělí na primární, sekundární a terciární. Přičemž se všechny druhy prevencí navzájem prolínají a ovlivňují. Do zásad primární a sekundární prevence můžeme zařadit změnu životního stylu vedoucí k redukci rizikových faktorů.

Úprava životního stylu by měla být zaměřena především na:

- Zákaz kouření
- Snížení tělesné hmotnosti u obézních pacientů a u pacientů s nadváhou.
- Omezení pravidelného příjmu alkoholu u mužů na maximálně 30 ml etanolu a u žen na 20 ml etanolu za den.
- Snížení příjmu kuchyňské soli na 6 g za den.
- Zajištění pravidelného příjmu draslíku, vápníku a hořčíku ve stravě.
- Redukci příjmu nasycených tuků, úpravu hladiny cholesterolu.
- Pravidelné cvičení aerobního charakteru upravené dle věku nemocného
- Profesionální kontrolu dalších onemocnění, jako např. diabetu mellitu I, II (cukrovky), hypertenzní nemoci apod.
- Zajištění farmakologické léčby, prostřednictvím ošetřujícího lékaře. (Špinar, Vítovec a kol., 2003, s. 23)

Samozřejmě závisí na ochotě nemocných nebo zvýšeným rizikem změnit své návyky. Bez aktivní spolupráce nemocného je léčba problematická a zdlouhavá. (Špinar, Vítovec, 2003, s. 323) Důležitá je i spoluúčast ve speciálních primárně preventivních programech a organizace veřejných akcí, zvyšujících všeobecné povědomí populace o této problematice.

Sekundární prevencí rozumíme souhrn opatření, které má předcházet komplikacím a zhoršení zdravotního stavu. Je to nezbytná složka preventivních opatření, zahrnující rehabilitace, fyzický trénink, popř. farmakologickou léčbu. Příznivý důsledek rehabilitace kardiaků se projevuje zvýšením pracovní kapacity, snížením symptomatologie (záchvatů anginy pectoris, dušností a pocitu únavy). (Aschermann, 2004, s. 1421-1422)

Terciární prevence je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné změny svého zdravotního stavu. Jejím cílem je snížení mortality, snížení výskytu recidiv např. infarktu myokardu, zlepšení životní kvality a snížení potřeby chirurgické léčby.

2.5 Determinanty zdraví

Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentuálním zastoupení: Životní styl 50% (jak my se staráme o své zdraví), životní prostředí 20%, genetický základ 20%, péče o zdraví (dostupnost systémové péče) 10%.

Determinanty by mohly být rozděleny na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Co můžeme ovlivnit je právě životní styl, který má nejvyšší procentuální zastoupení, ze všech determinantů. Právě výše uvedena změna životního stylu je velmi důležitá v prevenci

kardiologických onemocnění, a nejen jich. I u tolik diskutovaného tématu jako životní prostředí bylo dokázáno, že souvisí s určitým zdravotním důsledkem onemocnění.

Neovlivitelné rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění jsou faktory, které nepodléhají vlivům zevního prostředí a jejichž výskyt není možné preventivně ovlivnit nefarmakologickými a farmakologickými vlivy. Sem řadíme tedy výše zmíněný genetický základ, věk a pohlaví.

3 Ucelená rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním

Tato kapitola se zabývá jednotlivými složkami rehabilitace, které budou blíže specifikovány pro cílovou skupinu osob s kardiologickým onemocněním.

Problematikou ucelené rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním se blíže zabývá Aschermann. „*V roce 1969 definovala Světová zdravotnická organizace rehabilitaci kardiaků jako komplex prostředků potřebných k zajištění nejlepšího fyzického, mentálního i sociálního stavu, jenž umožní nemocnému plnohodnotné zařazení do společnosti.*“ (Aschermann, 2004, s. 1421)

V poslední době je rehabilitace používána ke zlepšení fyzické výkonnosti u všech kardiaků. Úspěchy se dostávají hlavně v oblasti léčby nejrizikovějších pacientů, u žen a seniorů.

Aschermann zdůrazňuje, že rehabilitace kardiaků vede ke zkrácení hospitalizace a hlavně k snížení četností hospitalizací. Cílem rehabilitačních programů je návrat do normálního způsobu života po fyzické i psychosociální stránce, prevence komplikací a snížení kardiiovaskulární morbiditidy a předčasných úmrtí. (Aschermann, 2004, s. 1421)

3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je ta část rehabilitace, která je poskytována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními. Její účel je léčit, eliminovat následky nemoci či úrazu. Léčebná rehabilitace zabezpečuje lepší funkční stav, tedy odstraňování nebo zmírňování poruchy či disability. Podílí se také na eliminaci handicapů, i když tento záměr přesahuje možnosti zdravotnictví a je třeba, aby se na něm podílely i další složky společnosti. (Votava a kol., 2005, s. 24)

Léčebná rehabilitace je v návrhu zákona chápána jako soubor včasných diagnostických a terapeutických opatření směřujících k optimální funkční zdatnosti organismu. Je-li léčebná rehabilitace zahájena a poskytnuta včas, až jedna třetina osob po těžkém úrazu nebo těžkém onemocnění se vrací zpět do původního prostředí a zaměstnání, tedy do původní kvality života. (Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením)

Na jedné straně se části léčebné rehabilitace propojují s vlastní léčbou, na druhé straně jsou zde jasné prvky interdisciplinárního charakteru z oblasti psychoterapie, arteterapie a dalších (Jankovský, 2006, s. 36).

Z toho také pramení, že léčebnou rehabilitaci nezajišťuje pouze jediný odborník, ale podílí se na ní celá řada odborníků (viz v práci s. 14 – Interdisciplinární tým).

Zdravotnická zařízení sice stanoví diagnózu, zachrání život, poskytnou základní nezbytnou terapii, ale překážka nastává u pacientů, u kterých onemocnění nebo úraz má dlouhotrvající nebo trvalé následky. Zdravotnická zařízení neřeší tyto závažné stavy při zohlednění odborných potřeb jak léčebné, tak ucelené rehabilitace. Právě v těchto situacích je potřeba řešit daný problém individuálně, plynule, koordinovaně a především komplexně. (Votava a kol., 2005, s. 25-26)

Do léčebné rehabilitace patří diagnostika a léčba odborným lékařem, fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie, zajištění prostředků zdravotnické techniky a další. Mezi léčebné metody se řadí např. fyzikální terapie tj. elektroléčba, masáže, léčba ultrazvukem, hydroterapie, magnetoterapie, laseroterapie aj. Můžeme sem zařadit i animoterapii, arteterapii, muzikoterapii či dramaterapii a spoustu dalších. (Jankovský, 2006, s. 37)

Léčebná rehabilitace využívá rozmanité a velké množství léčebných prostředků. V následujících odstavcích jsou vybrané příklady, které jsou nezbytnou složkou právě léčebné rehabilitace v daném zařízení, kde byl proveden výzkum.

3.1.1 Fyzioterapie včetně lázeňské léčby

Fyzioterapie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou pohybového aparátu. Je také součástí léčby dechových obtíží, civilizačních onemocnění, jako jsou právě kardiologická onemocnění.

Obecně se ve fyzioterapii využívá řada různých metod a technik. Nejznámější z nich je Vojtova metoda založená na reflexní odpovědi těla na tlak na určitých místech těla. Dále využívané techniky jsou Bobath koncept, Kabatova metoda, dynamická neuromuskulární stabilizace a další. (Neubauerová, 2011)

Mezi nejvyužívanější fyzioterapeutické metody osob s kardiologickým onemocněním patří dechová cvičení, jelikož oběhový aparát úzce souvisí s dýchacím, dále léčebná tělesná výchova (LTV), spočívající v gymnastických prvcích, které vedou ke zvýšení aktivity pacienta a zlepšení pohyblivosti postižených částí těla. Významnou složkou rehabilitace kardiaků jsou také fyzikální terapie, jejichž podstatou je využití fyzikálních prostředků a přírodních zdrojů.

Fyzikální terapie se dělí podle druhu fyzikálních energií, tedy elektro-, akusto-, magneto-, foto-, mechano- terapie. Záměrem fyzikální terapie je zlepšení zdravotního stavu, především v oblasti pohybového ústrojí. V první řadě příznivě působí na bolest (analgetické účinky), zlepšování trofiky tkání, urychlení hojení ran, jizev po operaci, nebo aktivace a posilování kosterních svalů a v neposlední řadě nesmíme opomenout na pozitivní účinky na psychiku (odstranění stresu, napětí). (Votava, 2005, s. 57)

Výzkumná část práce je zaměřena na rehabilitaci v lázeňském zařízení a proto shledávám jako důležité zmínit i lázeňskou léčbu, kde je hojně využíváno přírodních léčebných prostředků (balneoterapie). V první řadě se zde setkáme s vodoléčbou neboli hydroterapií, která působí opět analgeticky, relaxačně a má vliv na vnitřní orgány a psychiku. Dalšími pomůckami využívanými v lázních je pitná léčba, klimatoterapie, terénní kúra (stupňující se tělesná zátěž), dietoterapie a celkový příznivý vliv příjemného lázeňského prostředí. (Votava, 2005, s. 57)

3.1.2 Ergoterapie

V současné době je další významnou složkou léčebné rehabilitace ergoterapie. V péči o osoby s kardiologickým onemocněním hraje důležitou roli ve všech složkách lidské osobnosti (bio-psycho-sociální). Nejen, že odpoutává pozornost jedince od nemoci a tím zlepšuje jeho psychický stav, tak ale i začleňuje osoby s handicapem do společnosti a na konec zlepšuje i jeho fyzický stav.

Podle České asociace ergoterapeutů (2008) je ergoterapie „profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“

Před zahájením ergoterapie je nutné provést ergoterapeutické vyšetření. To zahrnuje anamnézu, pozorování klienta (zhodnocení reakcí klienta, emočních projevů, péče o zevnějšek, schopnosti zvládat nečekané překážky, projevů postižení) a zhodnocení vývojového stupně. (Votava, 2005, s. 53).

Ergoterapie u osob s kardiologickým onemocněním obvykle zahrnuje kondiční ergoterapii, předpracovní ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění a ergoterapii specializovanou na soběstačnost v oblasti činností denního života.

Cílem ergoterapeutického procesu u kardiaků je udržení duševní pohody, podpora jedince ve zlepšení jeho duševního stavu, odpoutání od negativních myšlenek kvůli nepříznivému dopadu kardiologického onemocnění na jejich život, příprava na změnu zaměstnání z důvodu neschopnosti jedince pracovat v jeho původním zaměstnání (předpracovní ergoterapie). Součástí je také poradenství ohledně úpravy bytu, využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek a dávkování pracovní činnosti.

3.2 Sociální rehabilitace

„Život s postižením neznamena jenom znesnadnění určitých činností a dosahování běžných cílů, znamená také narušení přirozených sociálních vazeb a funkcí jedince i individuálně intenzivní negativní působení na formování a vývoj osobnosti postiženého“ (Michalík, 2011, 58 s.)

Definice z připravovaného zákona o ucelené rehabilitaci uvádí, že: *„Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace.“* Přesto tento pojem není přesně vymezen v právním řádu České republiky. Týká se všech jedinců se zdravotním postižením, bez ohledu na věk a nepochybně je tedy důležitou složkou ucelené rehabilitace. (Votava, 2005, s. 70)

Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1. 1. 2007, *„upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“* (Zákon č.108/2006 Sb., O sociálních službách)

Sféru sociální rehabilitace právě tento zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, v platném znění, upravuje a to jako druh sociální služby. Dle tohoto zákona je definována: *„jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“* (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách)

Jesenský (1995, s. 34) uvádí, že „*podstatou sociální rehabilitace je úsilí o rozvoj uchovaných schopností a na jejich podkladě úsilí o prevenci nebo alespoň zvrácení defektivitu.*“ (neboli následek defektu, který vede k poruše celistvosti jedince). Jedinec, který své postižení získal v průběhu života, je více ohrožen narušením vývoje osobnosti a negativněji vnímá i závislost na pomoci druhých a společnosti jako celku.

Sociální rehabilitace přináší pomoc formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

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

Do prostředků sociální rehabilitace můžeme zařadit nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách)

Rovněž se zabývá specifickými problémy, které vyžadují individuální přístup. Reedukace jako metoda sociální rehabilitace (rozvoj poškozených a zbytkových funkcí), další metodou je kompenzace (náhrada poškozené funkce), a v neposlední řadě akceptace (přijetí života s postižením a naučení se s ním žít). (Jankovský, 2006, s. 35)

3.2.1 Zdravotně-sociální pracovník

Považuji za důležité do oblasti sociální rehabilitace uvést profesi zdravotně-sociálního pracovníka jako nedílnou součást koncepce ucelené koordinované rehabilitace.

Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb klienta/pacienta.

Kompetence zdravotně-sociálního pracovníka

Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka stanoví Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. v § 9: Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může:

- „provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,
- sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
- v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.“

3.2.2 Hmotné zabezpečení osob s kardiologickým onemocněním

Osoby s kardiologickým onemocněním jsou v České republice zabezpečeny z několika zdrojů např. invalidními důchody, dávkami státní sociální podpory, nepojistnými sociálními dávkami (příspěvek na péči, mobilitu), průkaz osoby se zdravotním postižením a nárokem na bezplatnou zdravotní péči a základní zdravotní pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění.

Invalidní důchod

Osoby s kardiologickými onemocněními jsou častými příjemci především invalidních důchodů (udělování částečné nebo trvalé invalidity- invalidity v I., II. nebo III. stupni). Když

opominu zánětlivá kardiologická onemocnění, jde obvykle o onemocnění chronická, tedy doživotní. Nejen kvůli tomu je důležité zmínit právě oblast invalidních důchodů.

Od 1. ledna 2010 platí novelizované ustanovení zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, podle nějž máme tři stupně invalidity a invalidních důchodů. Podle ustanovení § 39 daného zákona platí: „*Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.*“

Invalidní důchod se dělí do tří stupňů, které se určují podle poklesu pracovní schopnosti a to následovně:

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

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

c) *nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.*“ (Aschermann, 2004, s. 1421), (Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění)

3.3 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definována jako „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením*“ (Zákon č. 435/ 2004 Sb., o zaměstnanosti)

Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. (Zákon č. 435/ 2004 Sb., o zaměstnanosti)

Pracovní integrace jedinců se zdravotním postižením je stále více diskutovaným tématem. Integrace je jedním z úkazů rozvoje osobnosti a utváření kvality života osob se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Rozsah integrace především vychází z míry samostatnosti a nezávislosti jedince s postižením. (Pipeková, 2010, s. 236)

Na pracovní rehabilitaci se podílí posudkový lékař, pracovník úřadu práce, ergonom a zaměstnavatel.

Česká republika jako jedna z 24 smluvních stran Evropské sociální charty Rady Evropy je zavázána kromě jiného: „*poskytovat nebo podporovat podle potřeby služby, které pomohou všem osobám, včetně zdravotně postižených, řešit problémy související s volbou povolání*“

a odborným postupem, s náležitým přihlédnutím k jejich osobním schopnostem a možností na trhu práce“. (Pipeková, 2010, s. 239)

S problémem nezaměstnanosti se setkáváme téměř všude, ale největší problémy s pracovním uplatněním mají absolventi odborných učilišť, základních škol, občané starší 50 let, příslušníci romské komunity a v neposlední řadě osoby se zdravotním postižením. S přibývajícím dobou, kdy jedinec se zdravotním postižením zůstává doma bez zaměstnání, pobírající sociální dávky a podporu v nezaměstnanosti, se snižuje motivace jedince o získání zaměstnání. (Pipeková, 2010, s. 239-240)

3.3.1 Rekvalifikační kurzy

Jednou z forem pracovní rehabilitace jsou specializované rekvalifikační kurzy. Specializované rekvalifikační kurzy mohou být organizovány pro osoby se zdravotním handicapem a tyto kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace.

Rekvalifikací se rozumí „získání nové kvalifikace a zvýšení, rozšíření nebo prohloubení dosavadní kvalifikace, včetně jejího udržování nebo obnovování. Za rekvalifikaci se považuje i získání kvalifikace pro pracovní uplatnění fyzické osoby, která dosud žádnou kvalifikaci nezískala. Při určování obsahu a rozsahu rekvalifikace se vychází z dosavadní kvalifikace, zdravotního stavu, schopností a zkušeností fyzické osoby, která má být rekvalifikována formou získání nových teoretických a praktických dovedností v rámci dalšího profesního vzdělávání (§ 108 odst. 1 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů).“
(Zákon č. 435/ 2004 Sb., o zaměstnanosti)

3.4 Pedagogická rehabilitace

Cílovou skupinou této problematiky nejsou pouze děti a dospívající, jak si spousta z nás pod pojmem „pedagogika“ představí, ale díky rozvoji andragogiky a gerontagogiky se začínáme také zaměřovat na vzdělávání dospělých a seniorů. Andragogika by se dala zjednodušeně vysvětlit jako věda o výchově a vzdělání dospělých a gerontagogika zase jako edukace seniorů. Problematikou výchovy a vzdělání jedince s postižením se zase zabývá speciální andragogika a gerontagogika.

Právě pedagogická rehabilitace je další součástí ucelené rehabilitace. I když je nejefektivnější především v dětství a dospívání, kvůli tomu, že edukace a výchova je nejdůležitější právě v těchto životních obdobích, tak i přesto se jedná o celoživotní proces. Jesenský upozorňuje na to, že je velmi důležité rozlišovat, zda se jedná o jedince se získaným

postižením nebo o jedince s vrozeným postižením. U osob se získaným postižením je důležité opětovně obnovit vývoj osobnosti. Ovšem u osob s vrozeným postižením je největším rizikem fakt, že oproti intaktní společnosti mohou v mnohém pokulhávat. (Jankovský, 2006, s. 41)

Cílem pedagogické rehabilitace je vybudování co největší možné pracovní kapacity, vzdělání a kvalifikace postiženého jedince, vymanění se z vlivu např. sociálních služeb a následně jeho osamostatnění.

Legislativu vzdělávání všech osob bez rozdílu a bez ohledu na jejich zdravotní či sociální znevýhodnění vymezuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), dále pak vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

3.5 Psychologická rehabilitace

Deprese a úzkosti pacientů jsou obvykle velmi limitujícím činitelem v procesu rekonvalescence či rehabilitace. Při léčbě o jakéhokoliv pacienta je především důležitá jeho aktivní spolupráce, která je v důsledku těchto nepříznivých emocí značně omezená.

Psychologická rehabilitace usiluje o zvládnutí psychických krizí, které jsou u osob s kardiologickým onemocněním spojeny zejména se změnami zdravotního stavu. Zahrnuje nejen individuální a skupinovou psychoterapii, ale také psychoterapii aplikovanou v podobě muzikoterapie, arteterapie, animoterapie aj.

Psycholog je důležitým a pravidelným členem interdisciplinárního týmu. Psychologický přístup je nutné volit ve všech etapách a druzích rehabilitace, a to ze strany jakéhokoliv pracovníka či rodinného příslušníka. Jde o vstřícnou komunikaci, povzbuzování, pochvalu, pomoc při budování perspektiv apod.

Zásluhou psychologů či psychoterapeutů se během hospitalizace většinou podaří zmírnit tyto nepříznivé stavy, dochází ke zmírnění a přijetí následků poruchy zdraví. Samozřejmě zde také hraje důležitou roli rodina pacienta a jeho vnitřní motivace.

Definice psychoterapie je v publikacích často velmi odlišná. Avšak Kratochvíl (2012, s. 14) psychoterapii definuje jako „*specializovanou metodu léčení, léčebnou činnost, která zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie.*“ Podle něj jde o cílené působení na psychiku a prostřednictvím psychiky na celý organismus. Využívá psychologických

prostředků, jako jsou slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, sugesce, učení, vztahy a interakce. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování klienta (Kratochvíl, 2012, s. 14).

Psychoterapie se indikuje všude tam, kde se na vzniku, rozvoji a udržování nemoci podílejí psychosociální činitelé. Pacient dosáhne pravdivějšího sebepoznání, porozumění sobě, rozsáhlejší akceptaci sebe, zvýšení frustrační tolerance, nalezení a překonání vnitřních rozporů, změní se mu hodnotový systém, názory, postoje, chování.

3.6 Technická rehabilitace

Významnou součástí rehabilitace je pomáhající technika, tedy výběr a předpis vhodných kompenzačních, rehabilitačních pomůcek a tvorba celého bezbariérového prostředí pro osoby s určitou disabilitou. Pomůcky předepisují lékaři, avšak nácvik používání provádějí především ergoterapeuti a fyzioterapeuti. (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012, s. 19)

II Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce na téma „Ucelená rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním“ má kvalitativní charakter.

Dle Hendla (2012, s. 28) vědecký výzkum znamená „*proces vytváření nových poznatků.*“ U výzkumu se jedná „*o systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji daného oboru.*“ (Hendl, 2012, s. 28)

4 Výzkumný vzorek, výzkumný plán, metodologie

Vzhledem k povaze problému i cíli práce se jeví za nejvhodnější volit kvalitativní výzkumnou strategii. Důvodem volby jsou omezené možnosti pro získávání potřebného množství dat kvantitativní metodologií. „V kvalitativní výzkumné strategii výzkumník neměří, nevymezuje proměnné veličiny, ale chce porozumět pojmům, které vytvořili „herci“ (aktéři) na „scéně“ každodenního života“. (Žižlavský, 2005, s. 15).

4.1 Výzkumný vzorek

Skupinou respondentů vybraných do výzkumu bakalářské práce byli zaměstnanci a pacienti lázeňského rehabilitačního zařízení s cílovou skupinou osob s kardiologickým onemocněním. Celkem se výzkumu zúčastnilo 6 respondentů, z čehož 3 byli zaměstnanci a 3 pacienti daného zařízení ve věku 28 – 54 let. Protože pro účely výzkumu nejsou celá jména a další údaje respondentů potřebná, jsou uvedeny u zaměstnanců pouze jejich profese a u pacientů je uveden pouze jejich věk a zaměněná křestní jména.

4.2 Výzkumný plán

Výzkum probíhal formou rozhovoru, pozorování, analýzy dokumentů a zpracováním kazuistik v době od března do konce června roku 2014. Všichni respondenti byli seznámeni s cílem výzkumu a s metodami výzkumu souhlasili.

Rozhovor probíhal v místě, které si respondent vybral. Rozhovory s personálem zařízení jsem nahrávala na diktafon, rozhovory s klienty nejsou zaznamenány z důvodu, že sloužily pouze k zpracování kazuistik. S respondenty probíhalo několik dílčích rozhovorů, které trvaly obvykle od jedné hodiny do dvou. Otázky jsem se v rozhovoru pokusila klást co nejvíce srozumitelně a jasně. Dotazovaný měl vždy možnost se doptat na případné nejasnosti.

Součástí výzkumu bylo také pozorování. Pozorována byla činnost pracovníků, běžný chod zařízení, funkci rehabilitace daného zařízení, péče o pacienty, vzájemná komunikace pracovníků a pacientů. Z těchto konzultací, pozorování a kazuistik byl sestaven návrh metodiky ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení. Přepisy a záznamy z rozhovorů se zaměstnanci jsou na CD. Dokumenty byly shromažďovány v průběhu mých návštěv v zařízení. Po jejich shromáždění došlo k podrobné analýze, která je dále blíže popsána (viz s. 38-40).

4.3 Metodologie

Jako výzkumnou strategii jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum využívá indukce, tedy postupu, který ze získaných dat vyvozuje teorii (Hendl, 2012, s. 48). Na rozdíl od kvantitativního výzkumu si kvalitativní výzkum dopředu nestanovuje žádné hypotézy. Snaží se o získání velkého množství dat od omezeného počtu jedinců, z čehož plyne, že není možné jej generalizovat na celou populaci.

Creswell definuje kvalitativní výzkum jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.*“ (Creswell in Hendl, 2012, s. 48)

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že proces výzkumu probíhá v časovém horizontu delším než je to u kvantitativního výzkumu, ale oproti tomu nám to napomáhá proniknout hlouběji do problematiky daného tématu a pochopení souvislostí v analyzovaném problému.

Jacobová zdůrazňuje, „*že lepší znalost různých směrů v kvalitativním výzkumu může vést k tomu, že výzkumník navrhne zcela novou a případněji metodologii.*“ (Jacobová in Hendl, 2012, s. 53)

Pro naplnění cílů a zodpovězení výzkumných otázek bakalářské práce k tématu ucelené rehabilitace byla zvolena metoda pozorování, sestavení případových studií 3 pacientů, tedy detailní studium případu, na základě naslouchání vyprávění pacienta a zjištění dodatečných informací prostřednictvím zdravotnické dokumentace. Další a poslední metodou bylo dotazování, v našem případě polostandardizovaný rozhovor.

Dotazování je formou vědeckého získávání dat. V případě výzkumu je možno využít rozmanitou a rozsáhlou škálu metod dotazování. Existují značné rozdíly ve výzkumném šetření. Na jedné straně tím může být dotazníkové pevně stanovené až po volný rozhovor, který nemá předem stanovenou strukturu a který se obvykle velmi přibližuje k volnému vyprávění subjektu. (Hendl, 2012, s. 164)

4.3.1 Triangulace

Pojem triangulace je „kombinace různých metod, různých výzkumníků, rozdílných zkoumaných skupin nebo osob, rozdílných lokálních a časových okolností a teoretických pohledů, které uplatníme při zkoumání určitého jevu.“ (Hendl, 2012, s. 147)

Uvedená definice nám naznačuje, že můžeme rozlišovat různé druhy triangulace, např. triangulaci datovou, triangulaci výzkumníků či metodologickou triangulaci (Denzin in Hendl, 2012, s. 147). Ve svém výzkumu budu využívat triangulaci datovou, to znamená, že budu sbírat data z různých zdrojů. Rozhovory jsem provedla s vrchní sestrou, primářem a fyzioterapeutkou z kardiologického oddělení. Pohled na zhodnocení dané problematiky může být od každého zcela odlišný.

4.3.2 Analýza dokumentů

Analýza dokumentů je zcela běžnou výzkumnou technikou nejen v kvalitativním výzkumu. Dokumenty (všechno napsané nebo zaznamenané) mohou být zanalyzovány z různých hledisek. Dokumenty poukazují na osobní nebo skupinové vědomé nebo nevědomé postoje, hodnoty a ideje. (Hendl, 2012, s. 130)

„Rozmanitost dokumentů znamená první výhodu této strategie zkoumání.“

(Mayring in Hendl, 2012, s. 130)

4.3.3 Polostrukturovaný rozhovor

V průběhu výzkumu je využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. To je takový rozhovor, ve kterém má výzkumník dopředu seznam otázek s jejich daným zněním a pořadím. Respondent ale může do jisté míry ovlivnit podobu odpovědi. Výhodou takového rozhovoru je jasná struktura, od které se výzkumník nemůže vychýlit. Na druhou stranu je zde nebezpečí, že někteří respondenti nemusí jasně porozumět otázkám (Žižlavský, 2005).

4.3.4 Pozorování

Tento způsob provedení výzkumu je součástí mnoha výzkumných akcí kvalitativního charakteru. Hendl (2012, s. 192) uvádí, že *„Pozorování lze ve výzkumu využít k různým účelům – může potvrdit výsledky získané pomocí rozhovoru, používá se však i jako hlavní metoda výzkumu, především když výzkum má popisný charakter.“*

Ve výzkumu bakalářské práce je použit jak při rozhovorech, zpracování kazuistik, tak i jako samostatná výzkumná metoda.

Pozorování je snaha výzkumníka zjistit, co se skutečně děje. Pozorování je součástí každodenního života jedince, aniž by si to vždy plně uvědomoval, ale v kvalitativním výzkumu jde o cílené a promyšlené používání. (Hendl, 2012, s. 191)

Hendl (2012, s. 191) uvádí čtyři různé role, které výzkumník v různých fázích výzkumu přijímá, a to jsou: úplný účastník, účastník jako pozorovatel, pozorovatel jako účastník, úplný pozorovatel.

4.3.5 Kazuistika

Kazuistika se řadí mezi výzkumné kvalitativní metody. V kvalitativním výzkumu jde o to, porozumět jednotlivci v prostředí, ve kterém žije a které ho formuje a ovlivňuje. Musilová M. (2003, s. 10) kazuistiku definuje jako: „*Systematické zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovoru, umožňující detailní poznávání chování, vývoje a rozvoje jeho osobnosti. Získané poznatky nelze generalizovat.*“ I když můžeme se pečlivým prozkoumáním konkrétního případů, podobným případům, alespoň trochu přiblížit. Podle Hendla (2012, str. 102) „*Jde v případové studii o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.*“

Když se podíváme např. na statistické šetření, kde kumulujeme poměrně malé množství dat od velkého počtu jedinců (nebo případů), je opakem případová studie, kde sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. (Hendl, 2012, s. 102)

Hendl J. (2012, s. 103) uvádí pět typů případových studií: osobní případová studie, studie komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí, zkoumání událostí, rolí a vztahů.

V praktické části jsem zpracovala osobní případové studie. Osobní případové studie zaznamenávají vztah minulosti, faktory, procesy a zkušenosti, které zkoumané události mohly předcházet (např. stres, špatný životní styl). (Hendl, 2012, s. 102-103) Kritériem pro výběr pacientů byly jejich diagnózy.

Zjišťovala jsem možné souvislosti se vznikem onemocnění, genetickými předpoklady v rodinách a způsobu jejich života do vzniku onemocnění. Dále jsem zkoumala metody léčby, rehabilitace a průběh jejich rekonvalescence.

Informace jsem získala od pacientů pomocí naslouchání a nahlédnutí do jejich dokumentace vedené daným zařízením. Vzhledem k tomu, že se jedná o citlivé informace, zohledňuji etické hledisko a osobní údaje jsou anonymní.

5 Interpretace výsledků výzkumu

Interpretace výsledků výzkumu je podložena principem triangulace, tedy kombinací různých výzkumných metod, různých osob a okolností, které slouží k vyhodnocení výzkumných cílů.

5.1 Analýza dokumentů

5.1.1 Systém ucelené rehabilitace v daném zařízení (lázní)

Časné rehabilitace po kardiochirurgických operacích

Už od počátku roku 2002 se v lázních rozvinul program časné rehabilitace po kardiochirurgických výkonech a prochází jím přibližně 1000 pacientů ročně. Lázně těsně spolupracují s kardiochirurgickými klinikami převážně s pražskými, ale spolupracují i s mimopražskými.

Časná rehabilitace je určena pacientům po kardiochirurgickém výkonu. Ze $\frac{2}{3}$ jde o pacienty po aortokoronárním bypassu, $\frac{1}{4}$ jsou pacienti po operaci chlopně a zbylí jsou po kombinovaném výkonu a jiných kardiochirurgických výkonech.

Z kardiochirurgické kliniky, konkrétněji z kardiologické jednotky intenzivní péče (dále jen JIP), jsou pacienti přeloženi obvykle 5-10 den po operaci k časné rehabilitaci. Při přijetí je čeká vstupní vyšetření lékařem kardiologem a je provedeno elektrokardiografické vyšetření (dále jen EKG) a spirometrie. Pacient je na JIP kardiologem kontrolován nejméně 2x denně. Dále se provádějí odběry krve ke stanovení hodnot minerálů, urey, glykémie, krevního obrazu a další. V průběhu hospitalizace se některé z vybraných testů opakují.

Z počátku hospitalizace jsou pacienti na jednotce intenzivní péče, kde je možnost monitorace základních životních funkcí – tepové frekvence, krevního tlaku, saturace, respirace, EKG, v případě potřeby i umělá plicní ventilace (do doby transportu na odborné pracoviště). Dále se uskutečňuje echokardiografické vyšetření u každého přijatého pacienta. Rovnou na jednotce intenzivní péče se provádí šetrnější pohybová aktivita jako např. dechová cvičení, cvičení do zátěže odpovídající 25W. Nejen u těchto aktivit je přítomen specializovaný rehabilitační pracovník, zaškolený zvláště pro časnou pooperační rehabilitaci. Na jednotce intenzivní péče pacienti bývají obvykle dva až čtyři dny, ale není to samozřejmě pravidlem.

Po ustálení celkového stavu pacienta je provedena bicyklová ergometrie. Na základě výsledků vyšetření je stanovena tréninková tepová frekvence a stupeň tréninkové zátěže.

Formy pohybové aktivity, na které dohlíží specializovaný rehabilitační pracovník, sestávají ze skupinových cvičení, tréninku na rotopedu a vycházek na definovaném okruhu za kontrolu tepové frekvence a krevního tlaku, přičemž je postupně zvyšována zátěž, kdy se dbá na klinický stav a toleranci pacienta.

U většiny pacientů po kardiochirurgických výkonech se setkáme s bolestí zad a s bolestí oblasti jizvy. Z tohoto důvodu jsou součástí rehabilitačního programu masáže zad, elektroléčba a péče o operační jizvy. Také se využívá polarizovaného světla „bioptonové“ lampy k urychlení hojení ran a ke zmírnění lokální bolestivosti. Problémy s dechem a kašel se léčí pomocí inhalace. Balneoterapie zlepšuje celkový stav pacienta, umožňuje relaxaci a také se využívá lokálního působení některých procedur.

Běžně se provádí farmakologická i elektrická kardioverze, punkce pleurálního výpotku, ošetřování operačních ran, EKG i měření krevního tlaku a v případě potřeby i Holterovské monitorování.

Benefity plynoucí z časně rehabilitace získané z mnohočetných zkušeností a podpořené statistickými daty jsou:

- **ZKRÁCENÍ DOBY REKONVALESCENCE PO KARDIOCHIRURGICKÉM VÝKONU** – pro pacienta je operace srdce velice zatěžující výkon a to jak pro nemocného v relativně dobrém předoperačním stavu, tak ještě hůře pro pacienta např. s přidruženými onemocněními. Následkem toho je poměrně dlouhé období rekonvalescence po operaci. Správně vybraná časná rehabilitační léčba může toto období výrazně zkrátit.
- **PREVENCE A LÉČBA POOPERAČNÍCH KOMPLIKACÍ** – v případě tohoto typu operace jsou méně či více závažné komplikace u převážné většiny pacientů. Nejčastěji se setkáme se srdeční arytmií, arteriální hypertenzi či hypotenzi, projevy srdečního selhávání, perikardiální výpotky. Co se týče nekardiálních komplikací, je třeba zmínit bolest s nutností farmakoterapie, ale i nefarmakologické intervence, poruchy hojení. Velkou část těchto zdravotních komplikací je personál s pomocí přístrojů schopný vyřešit, pouze výjimečně nastane nutnost překlady pacienta zpět na kardiochirurgickou kliniku či do spádového zdravotnického zařízení.

- DŮSLEDNÁ LÉČBA ZAMĚŘENÁ NA SEKUNDÁRNÍ PREVENCI – velký důraz je kladen na farmakoterapii i na nefarmakologickou terapii rizikových faktorů. V popředí je edukace pacienta. Pacient je po celou dobu hospitalizace motivován k nekuřáctví, kdy jim je po ruce protikuřácká poradna. Diabetikům je upravován dietní režim a léčba, tak aby bylo dosaženo optimálních hodnot glykémie. Vytváří se optimální dietní a pohybový režim, jejímž následkem by měla být redukce hmotnosti. Cílem je, aby odcházel pacient poučený o režimových a dietních opatřeních s nastavenou racionální farmakoterapií.
- PSYCHICKÁ ROVNOVÁHA – obavy a úzkosti vznikají už jen ze strachu o vědomí základního onemocnění, ze samotné operace a také z nejistoty, jak se bude jejich zdravotní stav dále vyvíjet. Už jen samotný pobyt ve zdravotnickém zařízení s vědomím okamžité pomoci, včasné odborné konzultace je pro pacienta uklidňujícím prvkem.

Jak už vidíme v názvu „Časné rehabilitace“, klíčovým momentem tohoto typu kardiorehabilitační léčby je právě její „časnost“, tj. bezprostřední návaznost na kardiochirurgický výkon.

Časná rehabilitace trvá obvykle tři až čtyři týdny, převážná část pacientů odchází subjektivně, ale i objektivně zlepšena (fyzická výkonnost stoupá u většiny nemocných alespoň o 30% podle výsledků z bicyklové ergometrie, která se provádí před propouštěním). Pacienti vědí, jak mají cvičit, jak se mohou pohybovat a nemají obavy z dalších pohybových aktivit. Pacienti v produktivním věku zvažují rychlý návrat do práce.

Na pooperační péči je třeba brát velký ohled. Komplexní časná lázeňská léčba zahrnující edukaci, správně vedený dietní a pohybový režim, nastavení racionální farmakoterapie a neodkladné řešení případných komplikací je optimálním přístupem v této fázi pacientova onemocnění.

Na základě analýzy dokumentů byl naplněn první výzkumný cíl. Byl **popsán systém rehabilitace v daném lázeňském zařízení, včetně stěžejní rehabilitace léčebné.** Analyzované dokumenty byly interními dokumenty určenými pro potřebu zaměstnanců, ale také bylo čerpáno z dokumentů určených pro a) zájemce o léčbu, b) pacienty v daném zařízení, dále c) z dokumentů určených pro prezentaci zařízení širší společnosti. Informace v použitých dokumentech byly vytvořené a sepsané zkušenými profesionály na základě reálných zkušeností s konkrétní problematikou.

5.3 Analýza rozhovorů

Jak je uvedeno výše v metodologii (viz s. 24) informace byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci zařízení – **vrchní sestra** (respondent 1, **R1**), **primář** (respondent 2, **R2**), **fyzioterapeutka** (respondent 3, **R3**). Všem respondentům jsem kladla stejné otázky, ale v případě potřeby byly rozšířeny doplňujícími otázkami, nebo bylo respondentům podáno vysvětlení na jejich dotazy a nejasnosti.

Rozhovory se zaměstnanci byly zaznamenávány na diktafon a jsou k dispozici na CD včetně jejich doslovných přepisů. Otázky, které byly použity v rozhovorech, jsou k dispozici v příloze práce.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké složky ucelené rehabilitace v péči o osobu s kardiologickým onemocněním dané zařízení realizuje? Cíl č. 2
- 2) S jakými diagnózami pacientů se v rámci své praxe nejčastěji setkáváte?
Cíl č. 3
- 3) Jak probíhá ve Vašem zařízení interdisciplinární spolupráce? Cíl č. 4

5.3.1 Cíl č. 2 Zjistit, zda je v rámci daného zařízení funkční koncepce ucelené koordinované rehabilitace, včetně jejích složek sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace.

Druhý výzkumný cíl má za úkol objasnit, zda v daném zařízení je funkční koncepce ucelené rehabilitace. Zda obsahem péče o pacienta s kardiologickým onemocněním jsou složky sociální, pracovní a popř. pedagogické rehabilitace. K vyhodnocení tohoto cíle byly položeny otázky v rozhovoru číslo 3, 4 a 5.

Otázka č. 3 Jaké složky ucelené rehabilitace jsou realizovány ve Vašem zařízení a jak se prolínají?

Cílem této otázky bylo, zjištění, zda jsou vůbec v daném zařízení složky ucelené rehabilitace - léčebná, sociální, pracovní, pedagogická jako součást péče o osobu s kardiologickým onemocněním a zda se vzájemně prolínají. Tato otázka také dokresluje odborné vědomosti, znalosti a zkušenosti zaměstnanců s danou problematikou. Očekávala jsem, že odpovědi zaměstnanců se nebudou v základních informacích lišit, ale byly pro mě obrovským překvapením.

První reakce všech respondentů byla rozpačitá, jelikož ani jeden nevěděl, co si pod pojmem ucelená rehabilitace představit. Po vysvětlení o čem zhruba pojednává, jsme se dostali k tématu.

Jako první jsem měla rozhovor s vrchní sestrou (respondent č. 1- R1), která zaměřovala své odpovědi spíše do oblasti léčebné rehabilitace, kdy uvedla, že v daném zařízení je funkční program časné rehabilitace zahrnující pouze některé oblasti léčebné rehabilitace. Uvedla, že *„Blíže na tuto otázku opravdu nedokážu odpovědět. Pracuji jako hlavní sestra, která má na starosti ošetrovatelskou péči. Ne rehabilitační, za tu odpovídá lékař nebo vedoucí rehabilitace.“*

Primář oddělení (respondent č. 2 – R2) se k danému tématu přesně nevyjádřil, odkazoval mě na ostatní pracovníky. Uvedl, že se s tímto pojmem dříve nesetkal, přesně bylo řečeno *„nevím, co si pod tím mám představit“*. Nejbliže k tématu mluvila fyzioterapeutka (respondent č. 3 – R3). Přesněji se vyjádřila, že *„tady je jenom ta léčebná, občas mi přijde, že tady občas funguju já jako psycholog a sociální pracovník“*. Sdělila mi spoustu užitečných informací ohledně rehabilitační péče o pacienty v jejich zařízení.

Otázka č. 4 Co vše zahrnuje léčebná rehabilitace ve Vašem zařízení?

Druhá otázka z tohoto okruhu byla zaměřená na oblast léčebné rehabilitace. Jelikož v daném zařízení funguje pouze tato oblast ucelené rehabilitace, odpovědi na ní byly jedny z nejrozsáhlejších a poměrně dost se lišily z hlediska zaměření profese respondentů a jejich pracovní náplně v daném zařízení. Z odpovědí všech respondentů vyplývá, že nemají úplnou představu, co všechno spadá do léčebné rehabilitace.

R1 mě seznámila s celým procesem časné rehabilitace od přijetí pacienta, až po ukončení jeho pobytu, která je podrobně popsána v analýze dokumentů (viz s. 26-28).

R2 se vyjádřil takto: *„Ve stručnosti jsou naše léčebné postupy kombinací léčby interně-kardiologické problematiky a vlastní rehabilitace (tzn. pohybová aktivita, fyzioterapeutické metody, balneoterapie ...)“*.

R3 mluvila o léčebné rehabilitaci především jako o fyzioterapii. Odpověď na otázku od R3 zněla *„Na tu rehabilitaci tady není moc času, jsem tlačena počtem pacientů a velkým přísunem a odsunem. Starám se o ty jizvy, pokud mají nějaké nedostatky, např. po cévních mozkových příhodách, tak se s nimi snažím cvičit, dělám masáže, měkký techniky a hlavně tu chůzi.“*

Otázka č. 5 Co vše zahrnuje sociální, pracovní a pedagogická rehabilitace ve Vašem zařízení?

Odpovědi respondentů na tuto otázku se v základu vůbec nelišily. Z analýzy této otázky vyplývá, že v daném lázeňském zařízení žádná z výše uvedených složek nefunguje.

R2 odpověděl na otázku následovně: „*Těmto aspektům se systematicky nevěnujeme, respektivě součástí naší léčby nejsou...*“.

Když jsem se zeptala, jak postupují např. v případě, kdy se pacient nemůže vrátit do domácího prostředí a je odkázán na pomoc druhého, bylo mi odpovězeno R2 „*tak s tím jsme se tady ještě snad ani neseekali, ale když něco takového nastane, tak to obvykle řeší vrchní sestra*“. R1 tvrdila, že takové služby nejsou v daném zařízení potřeba. Přesněji řekla, že „*Když je nejhůř, tak to řeším já, nebo vrchní sestra.*“ Při rozhovoru s R1 jsem poznala, že má strach, aby neřekla něco, co by zařízení poškodilo. Trvalo to i potom, co jsem ji vysvětlila, že zůstane v anonymitě. R3 už se v předešlé otázce vyjádřila, že v zařízení je v běhu pouze léčebná rehabilitace.

Shrnutí cíle č. 2

K vyhodnocení cíle byly v rozhovoru položeny otázky č. 3, 4 a 5. Odpovědi měly vést k objasnění, zda je v daném zařízení funkční koncepce ucelené rehabilitace u osob s kardiologickým onemocněním. Po shrnutí všech odpovědí můžeme konstatovat, že program ucelené rehabilitace v daném zařízení nefunguje.

Součástí péče o kardiologického pacienta je pouze léčebná rehabilitace, přičemž spatřuji nedostatek v nepřítomnosti psychologické péče, jako nedílné součásti péče o kardiaka a ergoterapie, která by pomohla pacientům v zachování a využívání schopností potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností a podporovala by pacientovu participaci v běžném životě.

Jako zcela nefunkční mohu podle výsledků výzkumu vyhodnotit složku sociální, pracovní a popř. pedagogickou. Zařízení by si mělo uvědomit, že pacienti s kardiologickou diagnózou nejsou pouze lidé ve starobním důchodu, ale i mladí produktivní lidé a nejen kvůli tomu je důležité nezabývat se pouze léčebnou složkou, ale zahrnout do rehabilitace těchto jedinců i složku sociální a pracovní, popř. pedagogickou. Dalo by se předpokládat, že po hospitalizaci budou chtít uspokojovat své potřeby jak sociální a pracovní, tak i ekonomické. Právě koncepce ucelené a koordinované rehabilitace jim to může umožnit.

5.3.2 Cíl č. 3 Zjistit, jaké diagnózy pacientů jsou v daném lázeňském zařízení nejčastější.

Otázka č. 6 S jakými diagnózami jsou Vašem zařízení nejčastěji pacienti umístováni?

Účelem šesté otázky, bylo zjištění, jaké nejčastější diagnózy jsou důvodem hospitalizace pacientů v daném lázeňském zařízení. Odpovědi všech respondentů byly stejné a to, že jsou to pacienti po kardiologických výkonech, přesněji se vyjádřila R3, která odpověděla, že nejčastější jsou: „*Pacienti s vrozenými srdečními vadami (po náhradách chlopní, bypassech, kombinované výkony – bypass + implantace kardiostimulátoru), pacienti po transplantaci srdce, nebo nádorech srdečního svalu.*“

Dalo se to předpokládat, jelikož všichni tři mají v péči stejné pacienty. R1 svou odpověď rozšířila „*Pacienti k nám vlastně nejsou překládáni s diagnózou, ale s indikací a to II, IV, VI a VII. Nejčastěji II/6 a to je indikace s názvem časné rehabilitace po operaci srdce.*“

Otázka č. 7 Jaké diagnózy pacientů jsou nejnáročnější vzhledem k ucelené rehabilitaci?

Sedmá otázka byla položena kvůli zjištění, zda nejsou některé diagnózy komplikovanější a složitější vzhledem k rehabilitaci. Záměrně neuvádím ucelené, jelikož ta v zařízení nefunguje.

Položením této otázky jsem také chtěla zjistit, zda diagnóza pacienta je určujícím faktorem při péči o kardiologického pacienta. Dále byla položena doplňující otázka, zda je rozdílná léčba o pacienta polymorbidního a pacienta s jednou danou kardiologickou diagnózou. Odpovědi respondentů byly téměř stejné. Přičemž se všichni respondenti shodli na tom, že diagnóza pacienta je určující pro další léčbu. R1 a R2 se shodli na tom, že o pacienty s přidruženými chorobami je péče komplikovanější a náročnější. R3 na otázku odpověděla: „*Diagnóza pacienta je určitě důležitá, ale nezáleží na tom, jestli má ještě další onemocnění. Spíše je důležité dbát na to, jak je to srdíčko zdatný, než na diagnózy.*“

Otázka č. 8 Jaké jsou kontraindikace pro hospitalizaci pacientů ve Vašem zařízení?

Od R1 a R2 na tuto otázku bylo odpovězeno stroze. Odpovědi byly výčtem kontraindikací, které jsou vypsány ve „Vyhlášce 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost“. Kontraindikace pro pobyt v daném zařízení, s kterými se respondenti nejčastěji setkávají, jsou infekční nemoci, zhoubné nádory a epileptické záchvaty.

R3 se nad touto otázkou pozastavila a tvrdila, že je to dáno především, tím, co schválí revizní lékaři a jak se k tomu postaví ředitelství. Na daných kontraindikacích prý mnohdy nezáleží. Přesněji řekla, že: „*Kolikrát se nad tím pozastavuju, co všechno sem ti revizní lékaři posílají. Třeba kolikrát tady mám feřáka, kuřáka, nebo alkoholika a přitom ti si ten život ničí sami, tak proč by měli mít právo na časnou rehabilitaci? A pak zase žádá o pobyt člověk, který má rakovinu tlustého střeva a to oni zavrhnou. Opravdu tohle nechápu.*“

Shrnutí cíle č. 3

Výzkumný cíl č. 3 měl za úkol zjistit, jaké diagnózy pacientů jsou v daném zařízení nejčastější. K vyhodnocení tohoto cíle byly v rozhovoru položeny otázky č. 6, 7, 8.

Tato část výzkumu měla sloužit pouze jako informativní složka pro představu složení pacientů v daném zařízení, z čehož se dále odvíjí péče o daného jedince. Při péči o pacienta, vzhledem k ucelené rehabilitaci, je důležité dbát na individualitu a celostní (holistický) přístup k jedinci a právě jedním z důležitých faktorů je jejich diagnóza. Ta obvykle určuje směr dalších postupů a léčby z hlediska bio-psycho-sociálního.

Při analýze odpovědí můžeme usoudit, že došlo ke shodě odpovědí R1 a R2 a mírné odlišnosti odpovědi od R3.

Odpovědi R3 jsou pro mě důvěryhodnější z hlediska toho, že R3 přijde do kontaktu s pacienty každý den, na rozdíl od R1 a R2. Přímý kontakt s pacienty je důležitý především ohledně posouzení náročnosti péče o pacienty (otázka č. 7). Dle mého názoru u této otázky se odpovědi respondentů mírně lišily, hlavně kvůli jejich odlišné pracovní pozici. Takže lze konstatovat, že péče o pacienty se odvíjí od jejich diagnóz a je možná náročnost z hlediska přidružených chorob pacientů. Přičemž do zařízení jsou hospitalizovány osoby po kardiochirurgických výkonech k časné rehabilitaci, s indikací II/6, dle vyhlášky o lázeňských indikacích, od které by se měly odvíjet i kontraindikace.

5.3.3 Cíl č. 4 Zjistit efektivitu spolupráce odborných pracovníků (interdisciplinární spolupráce) v daném lázeňském zařízení v koncepci ucelené rehabilitace.

Zájmem tohoto cíle bylo zjištění v jaké míře a jakým způsobem dochází mezi zaměstnanci ke spolupráci a výměně informací. Zda se pracovníci scházejí jako interdisciplinární tým, který je vnímán jako nezbytná součást koordinované a ucelené rehabilitace.

Otázka č. 9 Jak si vzájemně vyměňuje informace o pacientech?

Tato otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem probíhá výměna informací mezi zaměstnanci zařízení. Odpovědi na tuto otázku byly téměř totožné od všech respondentů.

R2 odpověděl na otázku následovně: *„K výměně důležitých informací dochází, řekl bych, že zcela standardně, tzn. formou lékařských zpráv, ústní domluvy, telefonické domluvy. Když ke mně má přijít určitý pacient, tak se na něj zeptám na sesterně, vezmu si jeho zdravotní dokumentaci a to mi stačí.“* R1 odpověděla takto: *„Pravidelně se nescházíme, ale k výměně informací dochází průběžně. Když někdo z pracovníků potřebuje nějaké informace, tak se zeptá. Jednoduše k výměně informací dochází ústně a prostřednictvím dokumentace lékařské, ošetrovatelské a rehabilitační.“* R3 se k otázce vyjádřila následovně: *„...já si nemám s kým předávat ty informace. Lékař, když chce něco vědět, tak se mě prostě zeptá anebo si to pišeme na tu denní plachtu...“*

Otázka č. 10 Scházíte se jako interdisciplinární tým při řešení určitých případových studií?

Otázka měla sloužit, jako prostředek k zjištění, zda se zaměstnanci schází na týmových poradách, kde je každý pacient individuálně řešen a tím pádem, zda byly složky rehabilitace efektivně koordinovány. Pod termínem koordinace si představuji spolupráci jednak mezi odbornými členy interdisciplinárního týmu, který se podílí na péči a jednak mezi dalšími odborníky, rodinou pacienta a samotným pacientem.

Z předchozí otázky bylo od všech respondentů zjištěno, že týmové porady nejsou součástí výměny informací o pacientech mezi pracovníky. R2 tvrdil že, *„tohle tady už jednou bylo, ale za jiného primáře. Měli více času, nebyla zvýšená kapacita pacientů a nebyl na nás takový tlak z vrchu.“* Širší odůvodnění této skutečnosti od R2 znělo: *„Není čas a nikdo tady nebude pracovat navíc a ještě bez ohodnocení. To je všechno velká ekonomika. My jsme akciová společnost, nám nikdo nedá ani korunu navíc. Ekonomika je v tomhle směru velice důležitá, prostě zkrachujeme a nebude žádná rehabilitace. Tak jako i ostatní zdravotnická zařízení nemáme neomezené prostředky.“* R3 se k tématu vyjádřila podobně jako R2: *„Dříve to fungovalo, ale to byl úplně jiný systém práce a hlavně toho nebylo tady tolik. Bylo jenom 12 lůžek. Nebyl takový strašný tlak z nemocnice a od vedení, od majitele, kdy prostě nemáme čas na tohleto a prostě musíme pracovat, pracovat, pracovat, protože jsou nastavený určitý hodnoty, kdy prostě nesplníme, když neuděláme to, co jsme udělali vloni ve stejný měsíc, většinou se nám to odráží jinde.“* R3 dále v rozhovoru uvedla, že si myslí, že by tyto

interdisciplinární týmy byly efektivní a prospěšné a byla ráda, kdyby byly běžnou součástí provozu jejich zařízení. R1 odpověděla „*Pacienty spolu konzultujeme běžně, ale ne prostřednictvím interdisciplinárního týmu*“.

Doplňující otázkou bylo, zda se na péči mohou podílet samotní pacienti, nebo jejich rodina. Odpovědi byly jednoduché, od všech respondentů bylo řečeno, že se pacient kdykoliv může vyjádřit k průběhu své rehabilitace a k celkové péči o něj. R1 uvedla: „*Když pacienti někoho z nás kontaktují s nějakým problémem nebo požadavkem, podáme jim veškeré informace.*“

Otázka č. 11 Myslíte si, že schůzky interdisciplinárního týmu, na případových studiích jednotlivých pacientů mohou být prospěšné pro efektivní vyřešení případu pacienta?

Zajímá mne názor oslovených respondentů, zda vnímají interdisciplinární tým jako důležitou složku pro efektivní řešení a následné případné vyřešení případu.

Odpověď R2 zněla následovně: „*Předpokládám, že je otázkou míněno lékařské konsilium, které má nepochybně velký význam v léčbě pacientů.*“ Jak již bylo uvedeno výše, R3 by uvítala interdisciplinární spolupráci a zavedení týmu, kde by si jeho členové vyměňovali informace a domlouvali se na dalším postupu péče o konkrétního pacienta. Výsledkem analýzy otázky č. 11 je pozitivní přijetí efektivnosti interdisciplinárního týmu od všech respondentů.

Doplňující otázkou bylo „V čem konkrétně spatřují prospěšnost interdisciplinárního týmu? Respondenti ve svých námětech nejčastěji uváděli zlepšení možností kontaktů s dalšími pracovníky podílejícími se na péči o pacienty. R3 řekla, že by to byl také skvělý způsob supervize mezi pracovníky i skrze např. syndrom vyhoření, ke kterému by díky zavedení týmu nemuselo docházet. Přesněji se vyjádřila takto: „*Fungovali bysme jako tým, ne jako jednotlivci.*“

Shrnutí cíle č. 4

V rámci cíle č. 4 jsem se chtěla dozvědět jakým způsobem a jak často dochází k výměně informací o klientech. Podrobněji jsem se zaměřila na komunikační systém mezi pracovníky daného zařízení.

Dle získaných odpovědí je zjištěno že, komunikace pracovníků probíhá nejvíce v rámci osobního kontaktu, přičemž to není v rámci týmu, ani předem smluvené schůzky, ale např. při setkáních na chodbě nebo „*prostřednictvím dokumentace lékařské, ošetrovatelské a*

rehabilitační...“, což je dle mého názoru nedostatečná forma výměny informací a zejména velice neosobní při péči o pacienty. Zavedení interdisciplinárního týmu shledávali všichni respondenti jako velice prospěšné a efektivní při péči o kardiologického pacienta, ale obraceli se na nedostatek času a s tím spojených financí. R2 uvedl „*Není čas a nikdo tady nebude pracovat navíc a ještě bez ohodnocení.*“

6 Metodika ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení

Metodika je teoreticko-praktické schéma určující postup provádění odborné činnosti (pracovní postup). Vychází z vědeckých poznání a empirie, přesně vymezuje jednotlivé postupy pro výkon dané činnosti.

Na základě polostrukturovaných rozhovorů s vrchní sestrou, primářem a fyzioterapeutkou ze specifikovaného pracoviště lázní zabývající se problematikou osob s kardiologickým onemocněním je navržena následující metodika ucelené rehabilitace osob s kardiologickým onemocněním. Dále byla tato metodika podložena dlouhodobým pozorováním zaměstnanců, chodu zařízení a komunikace s pacienty v důsledku zpracování kazuistik této práce.

Metodika se zabývá pouze nedostatky v oblasti ucelené koordinované rehabilitace v daném lázeňském zařízení. Funkce a činnosti, které v metodice nejsou zmíněny, jsou v zařízení funkční a neshledávám v tom nedostatky, které by bylo třeba zmínit. (viz s. 37-39 této práce)

Pracovní postup:

1) Vznik kooperujícího rehabilitačního interdisciplinárního týmu

- Složení týmu - primář, ošetřující lékař, vrchní sestra oddělení, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, zdravotně-sociální pracovník.

2) Realizace prvního konzilia kooperujícího rehabilitačního interdisciplinárního týmu po příjmu pacienta na oddělení lázní

- Určení složení meziresortního rehabilitačního týmu, který by se konkrétnímu - případu dále věnoval a určení klíčového pracovníka (např. zdravotně-sociální pracovník),
- vytvoření podrobného individuálního scénáře postupu řešení situace daného pacienta, na kterém by se podíleli všichni členové týmu,
- na dodržování individuálního scénáře by dohlížel klíčový pracovník – zdravotně-sociální pracovník,
- sepsání záznamu z každého konzilia a následné zakládání záznamu do pacientova spisu.

3) **Spolupráce interdisciplinárního týmu**

- Zjištění potřeb pacienta ve spolupráci s rodinou,
- zpracování potřebných informací ke konkrétnímu pacientovi,
- navržení řešení případu z oblasti pracovníka týmu,
- na dalším konziliu diskuze k informacím a návrhům,
- návrh individuálního plánu případu.

4) **Četnost konzilií**

- Každý týden v předem určený den a hodinu,
- jelikož jsou pacienti v tomto zařízení hospitalizováni pouze po dobu 3-4 týdnů, byly by konzilia v četnosti maximálně 3-4x za celý pobyt pacienta,
- v mezidobí by koordinační funkci vykonával klíčový pracovník – zdravotně-sociální pracovník.

5) **Poslední konzilium**

- Shrnutí komplexní péče o pacienta,
- celkové vyhodnocení případu.

Funkce a činnosti jednotlivých účastníků týmu:

1) **Ergoterapeut**

- Sestavení individuálního plánu pacienta.
- Zavedení ergoterapie skupinové nebo individuální dle potřeb pacienta.
- Co nejvčasnější zahájení sebeobslužných aktivit pacienta (návčik soběstačnosti v běžných denních činnostech).
- Doporučení rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro usnadnění běžného života a ukázka jejich použití jak pacientovi, tak i popř. jeho rodině.
- Podání informací o preventivních opatřeních.

2) **Psycholog**

- U prvopobytů zavedení psychologického screeningu při přijetí pacienta (známky depresivity, pokles kognitivních funkcí...). Na základě výsledků nabídnuta práce psychologa.

- V průběhu hospitalizace možnost dobrovolných psychologických intervencí.
- Zavedení skupinových edukačních přednášek, sezení (např. rizika kouření, alkoholu apod.)

3) Zdravotně-sociální pracovník

- Možná funkce klíčového pracovníka pacienta.
- Vznik pracoviště zdravotně-sociálního pracovníka.
- Sociální poradenství – na základě indikace některé z členů interdisciplinárního týmu při přijetí pacienta, během hospitalizace, nebo na základě vzniklého požadavku v průběhu pobytu pacienta od něho samotného, jeho rodiny nebo kteréhokoliv člena multidisciplinárního týmu, poradenství ohledně dávek sociální péče (především příspěvek na péči, průkaz pro osoby se zdravotním postižením, mobilitu).
- Sociální pomoc a podpora pacienta, jeho rodiny a blízkých osob, aby se lépe zorientovali v nastalé situaci a nezůstali na řešení svých problémů v souvislosti s onemocněním sami.
- U pacientů v produktivním věku zaměření se na návrat do zaměstnání, eventuálně hledání zaměstnání vhodného vzhledem ke změněnému zdravotnímu stavu (prvky pracovní rehabilitace). Může odkázat pacienty na možnost rekvalifikace.
- Vyhledání vhodného řešení v péči o pacienta po propuštění, popř. vyhledání vhodných terénních sociálních služeb v regionu pacienta (pečovatelská služba, osobní asistence apod.), nebo podání žádosti do pobytového zařízení sociálních služeb.
- Zodpovězení dotazů ohledně nemocenských dávek, invalidních důchodů, legislativních změn v sociální oblasti, možnostech domácí zdravotní péče, možnostech, jak získat pomůcky na pobyt doma.

4) Edukační sestra

- Zavedení edukačních programů
 - Výchova, vzdělání, poučení pacientů o jejich chorobě, preventivních opatřeních.
 - Edukační pracovník učí pacienty přizpůsobovat se novým životním podmínkám.

- Zahrnutí edukace nejen z hlediska kardiologických onemocnění, ale i přidružených chorob (jako je diabetes mellitus I, II, obezita a další).

Ostatní členové interdisciplinárního týmu v daném lázeňském zařízení, kde byl proveden výzkum, fungují a plní svou funkci a není proto třeba jejich funkce zmiňovat v dané metodice. Proces rehabilitace v daném zařízení je podrobně popsán v analýze dokumentů.

Metodika je zaměřena především na léčebnou, sociální, pracovní a psychologickou rehabilitaci. Přičemž v ní můžeme nalézt i aspekty pedagogické (edukace pacientů), ekonomické (zdravotně-sociální pracovník odkazuje pacienty na finanční zabezpečení) a technické rehabilitace (kompenzační, reedukační, rehabilitační pomůcky).

Zdůrazňuji že, pracovní postup (metodika) byl ve výsledku diskutován s pracovníky daného lázeňského zařízení prostřednictvím rozhovorů a díky tomu doplněn o další důležité poznatky.

Ke zpracování metodiky bylo také využito poznatků a zkušeností z vysokoškolské praxe, především z odborného rehabilitačního ústavu, kde je funkční koncept ucelené rehabilitace již delší dobu.

Zpracování této metodiky může být námětem a inspirací pro vznik pracovního postupu v daném lázeňském zařízení. Po zpracování by také metodika mohla sloužit i v jiných specializovaných zařízeních zabývajících se péčí o osoby s kardiologickým onemocněním nebo jinou cílovou skupinu pacientů. Dopomohlo by to k ucelení péče o jedince s disabilitou.

7 Kazuistiky

Možnosti využití metodiky ucelené rehabilitace si můžeme názorně ukázat v následujících kazuistikách. V daném zařízení jsem si vybrala tři případy klientů, kteří tam byli na rehabilitačním pobytu, a následně na tyto klienty bude aplikována zpracovaná metodika. Pro zachování anonymity jsou v kazuistikách uvedena zaměněná křestní jména pacientů.

7.1 Kazuistika 1.

Pacient/klient 1

Paní Božena je 84letá vdova. V důsledku předoperačního vyšetření pro totální endoprotézu kyčelního kloubu v nemocnici zjistili nedomykavost dvojcípých i trojcípých chlopní, což bylo diagnostikováno v listopadu roku 2013.

Před problémy s kyčlí a srdcem byla pacientka velice aktivní, chodila na Univerzitu třetího věku, do klubu důchodců, jezdila s kamarádkou, kterou zná od mládí na ozdravné pobyty na Slovensko. Při rozhovoru byla pacientka velice optimisticky naladěná, nenáročná, pouze si stěžovala na prostředí v nemocnici (žádné světlo, oddělena od mužů i žen, pouze plátnem, chyběl jí vzduch slunce, život).

Osobní anamnéza

Při předoperačním vyšetření (před výměnou kyčelního kloubu) diagnostikována významná nedomykavost chlopní, dále pacientka trpí hypertenzí, která je léta léčená. Asi 5 let je léčená pro sníženou funkci štítné žlázy, dále má oboustranně poškozené kyčelní klouby, v plánu je totální endoprotéza levého kyčelního kloubu (TEP kyčelního kloubu).

Dále zjištěna aneurysma (výdut') břišní aorty, indikováno k operaci dne 24. 3. 2014, kdy byla provedena operace výduti a náhrada protézou. Fyziologický stav odpovídá věku a zdravotnímu stavu pacientky. Pacientka byla přijata k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu překladem z nemocničního lůžka intenzivní péče.

Při přijetí je unavená po cestě. Bolesti v hrudníku a v oblasti jizvy jsou mírné a od operace má zaveden permanentní močový katetr. Asi 14 dní mobilizována na lůžku, je schopna se posadit s dopomocí, z počátku hospitalizace nechodila vůbec, poté v chodítku s dopomocí fyzioterapeutky ušla pár kroků, ale odmítala to kvůli bolavému krčku.

Rodinná anamnéza

Pacientky otec zemřel v 91 letech „stářím“, matka zemřela také v 91 letech „stářím“, bratr zemřel ve 13 letech na dětskou mozkovou obrnu. Pacientka má jednoho syna, který je zdravý.

Sociální anamnéza

Jako nejbližší rodinu pacientka uvádí syna, snachu, dva vnuky a nejlepší kamarádku, která se o ni před operací nejvíce starala. Celý život pracovala jako zootechnička v jedné zoologické zahradě.

Z rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že po pobytu v lázních nemá kam jít. Před hospitalizací bydlela sama v rodinném domě, kam se z důvodu zhoršení jejího celkového stavu bez pomoci druhé osoby nemůže vrátit. Zvažuje pobyt v domově s pečovatelskou službou.

V současné době pobírá starobní důchod a žádné jiné dávky nepobírá. Podala jsem ji informace o možnosti podání žádosti o dávky sociální péče (především příspěvek na péči, průkaz pro osoby se zdravotním postižením, mobilitu).

Abúzus

Pacientka nekouří, alkohol příležitostně

Rehabilitace

Bioptonová lampa, inhalace, dechová cvičení, chůze zatím pouze po chodbě. Cílem léčebné rehabilitace bylo zlepšení pacientky tolerance zátěže, zlepšení celkového zdravotního stavu a tím i kvality jejího života.

Preventivní opatření

Dodržování zásad sekundární prevence ischemické choroby srdeční.

Edukace

Jelikož pacientka trpí obezitou, byla sestrami poučena o dietě a režimových opatřeních, o užívání léků, včetně vhodné pohybové aktivity.

7.1.1 Návrh koordinace ucelené rehabilitace dle metodiky

Podle výše uvedené metodiky bych v tomto případě postupovala takto:

- 1) Po přijetí pacientky (dále jen P1) by se sešel **interdisciplinární tým**, ve kterém by figuroval primář, ošetřující lékař, vrchní sestra, ošetřující personál, rehabilitační pracovníci, psycholog a zdravotně-sociální pracovník.
- 2) Na prvním setkání by se projednal dosavadní stav P1, po celkové bio-psycho-sociální stránce. V čem tým spatřuje nedostatky, na čem je třeba zapracovat. Sestavil by se **individuální tým odborníků**, který by se o P1 nadále staral a který by se scházel, každý týden v předem určený den a hodinu. **Psycholog** by vyhotovil do dalšího setkání **psychologický screening** P1, který by byl řešen na další schůzce interdisciplinárního týmu.
- 3) Dále by bylo navrženo zkontaktování **rodiny** P1, z důvodu neschopnosti návratu P1 do domácího prostředí (nebude schopna se sama o sebe postarat).
- 4) Na druhé schůzce by se hodnotilo zlepšení zdravotního stavu P1, výsledek psychologického screeningu, nová zjištění o sociálním stavu pacientky od zdravotně-sociálního pracovníka a výsledek kontaktu s rodinou P1.
- 5) Na poslední schůzce (v případě, že by tam P1 nebyla 4 týdny) by se zjistilo, zda všechny navržené kroky jsou v realizaci. **Ošetřující lékař** by zhodnotil zlepšení zdravotního stavu. Psycholog by zhodnotil psychický stav P1 před propuštěním a popř. P1 navrhl následnou psychologickou intervenci u psychologa v místě jejího bydliště.
- 6) Z každého setkání interdisciplinárního týmu by se sepsal **záznam**, který by se ukládal do P1 spisu.
- 7) Významnou roli by zde sehrál zdravotně-sociální pracovník, jelikož P1 nemá kam jít po propuštění z daného lázeňského zařízení. Zajištění terénních služeb - pečovatelské služby (nákupy, úklid domova, zajištění stravy...), osobní asistence (na styk s širším okolím, procházky apod.). Podání informací ohledně domácí péče (zdravotní služby na indikaci praktického lékaře – aktivizace v domácím prostředí, nácvik chůze, cvičení na lůžku...)
- 8) Další funkce zdravotně-sociálního pracovníka
 - Spolupráce s rodinou a nejbližšími P1.

- Psychosociální pomoc a podpora pacienta a jeho bližší rodiny.
 - Sociální poradenství – např. poskytnout informaci, že minimálně 3-4 měsíců od zdravotní události je možnost požádat o nepojistné sociální dávky (příspěvek na péči, mobilitu...)
 - Spolupráce s rodinou pacienta – vyhledání vhodného řešení v péči o P1 a po propuštění, případně hledání vhodného pobytového zařízení sociálních služeb (např. Domov pro seniory).
- 9) Součástí péče o P1 by byl i **ergoterapeut**, jehož funkce by spočívala v nácviku soběstačnosti v běžných denních činnostech a další funkce ergoterapeuta popsané ve výše zmíněné metodice (viz s. 32 této práce)

7.2 Kazuistika 2.

Pacient/klient 2

Pan Darek je 33letý muž. Má několik diagnóz, které blíže specifikuji níže, ale jeho hlavní diagnózou je vrozená srdeční vada - aortální stenóza. V lázních byl již podruhé hospitalizován v důsledku kardiochirurgického zákroku – náhrada aortální chlopně (poprvé před 6 lety).

Tvrdil, že jediné z čeho má obavy, je samota. Chtěl by mít děti a svoji vlastní rodinu, ale problémem je, že ho prý nikdo nechce a také zohledňuje svůj zdravotní stav jako možnou příčinu jeho samoty.

Pacient se jevil jako optimisticky naladěný, dokonce tvrdil, že ho nic nerozhází, že je se svým onemocněním smířen, ale realita byla jiná. Chyběla mu sebedůvěra, měl nízké sebevědomí, v určitých oblastech (jako např. škola, zaměstnání, jeho vzhled) si vůbec nevěřil. Trvalo dlouhou dobu, než jsme se na tyto témata nasměřovali. Osobnostně jsme si velice sedli a důvěřoval mi. Po krátké době rozhovoru se mi svěřoval s intimitami jeho života, rodiny aj.

Za možnost pobytu v lázních je moc rád, byl s rehabilitací velmi spokojený a také říkal, že je to lepší, než jít z nemocnice hned domů, kde se musí starat sám o sebe, nedává na sebe takový pozor, nerelaxuje a nikdo ho nehlídá. Cítí se klidnější, když ví, že v případě komplikací se o něj lékaři a sestry postarají.

Osobní anamnéza

Od narození známá vrozená aortální stenóza, sledován na dětském Kardiocentru nemocnice XY, rozšíření aortální stenózy v r. 1992 tj. v pacientových 11 letech. Sledován svoji doktorkou od r. 2003 s nálezem restenózy aortální chlopně. 21. 7. 2008 podstoupil náhradu aortální chlopně, náhrada pulmonální chlopně, náhrada ascendentní aorty protézou. Pacient má léčenou hypertenzi, dušnost NYHA II a je po vážném úraze kolene v lednu 2009.

Pacient je orientovaný, spolupracující, mobilní, bez zjevných známek traumatu. Operace bez komplikací, pooperační průběh přiměřený, kontrolní echokardiografické vyšetření s dobrým výsledkem.

Rodinná anamnéza

Babička má kardiostimulátor, rodiče jsou zdraví, 2 sourozenci zdraví, je svobodný, bezdětný. Má vystudovanou střední průmyslovou školu potravinářskou, studoval vysokou školu obor geologie, ale nedokončil ji, nyní je zaměstnán jako prodejce sportovního oblečení, žije v bytě s rodiči.

Sociální anamnéza

Pacient je svobodný, bezdětný a žije v bytě s rodiči. Je zaměstnaný jako prodejce sportovního oblečení ve sportovním velkoobchodu už 11 let. Pokud nastane nutnost hospitalizace např. v důsledku operace, je vždy na dlouhodobé neschopence, obvykle až 4 - 5 měsíců. Pokud by se jeho zdravotní stav nezlepšoval, zvažoval by požádání o plný invalidní důchod.

Abúzus

Pacient je kuřák a tvrdil, že alkohol požívá jen příležitostně.

Rehabilitace

Z nemocnice má doporučenou intenzivní dechovou a lehkou tělesnou rehabilitaci, masáže, chůzi, bandáže při chůzi po dobu 6 týdnů. Omezení námahy horních končetin po dobu 8 týdnů. Léčba jizev pomocí bioptronové lampy.

Preventivní opatření

Vzhledem k operaci na srdeční chlopni je nutné dodržovat zásady prevence infekční endokarditidy dle doporučení České kardiologické společnosti.

Edukace

Pacient byl před propuštěním z nemocnice poučen o užívání léků a jejich interakcích včetně potravinových, o dietě a režimových opatřeních včetně vhodné pohybové aktivity, s navrženými opatřeními souhlasí.

7.2.1 Návrh koordinace ucelené rehabilitace dle metodiky

Podle výše uvedené metodiky bych v tomto případě postupovala takto:

- 1) Postup by byl v základních záležitostech primárně stejný jako to bylo v případě první kazuistiky. Opět bych zavedla schůze interdisciplinárního týmu (3-4 x za pobyt). Postup by se lišil vynecháním bodů č. 3, 7, 8, jelikož pacient (dále jen P2), je schopný se sám o sebe postarat.
- 2) Případ by se lišil především v pojetí psychologické intervence. Více se zaměřit na psychický stav pacienta, jelikož trpěl úzkostnými a depresivními stavy. Měl nízké sebevědomí a sebehodnocení, s čímž souvisela jeho potřeba kouřit a nevyhýbal se ani konzumaci alkoholu v nepřiměřeném množství, což napomáhalo k zhoršování jeho zdravotního stavu. Takže bych opět navrhovala psychologický screening a dále **psychologickou intervenci** podle potřeb P2.
- 3) Po rozhovoru s ním, bylo zjištěno, že by měl zájem o **ambulantní odvykací léčbu** od kouření. Tudíž bych navrhovala předání kontaktů na tyto služby v místě jeho bydliště.
- 4) Z hlediska sociální práce, se P2 zajímal o možnost získání **invalidního důchodu**.
 - Poskytnutí informací o této problematice – kde se žádá, jaké doklady jsou potřeba, informace o způsobu posuzování invalidity posudkovým lékařem (procentní ztráta pracovní schopnosti), možnosti o souběhu invalidity a výdělku
 - Podání informací o sdruženích zabývajících se osobami s kardiologickým onemocněním (vyhledání nových osobních kontaktů, výměna zkušeností, lidí s obdobným zdravotním omezením k posílení svých životních kompetencí – samostatný život bez rodičů, nalezení partnera, samostatné bydlení).

7.3 Kazuistika 3.

Pacient/klient 3

Pan Stanislav je ženatý 77 letý muž, který byl kvůli srdeční slabosti přijat do nemocnice, a díky nemocničnímu vyšetření mu byla zjištěna významná degenerativní aortální stenóza, kvůli které musel podstoupit kardiologický zákrok – náhrada aortální chlopně. Hospitalizaci a následný zákrok pro rodinný stav (zdravotní stav manželky) delší dobu odmítal. Až po rozhovoru s psychologkou dané nemocnice k operaci svolil.

Zákrok byl proveden bez komplikací. Jelikož pacient po operaci nebyl schopen se sám o sebe postarat, byl mu nabídnutý překlád do lázeňského rehabilitačního zařízení k časné rehabilitaci. Pacient s návrhem souhlasil a po stabilizaci jeho stavu byl tedy přeložen na oddělení lázeňského rehabilitačního zařízení, kde byl proveden výzkum.

V lázeňském zařízení po přijetí pacienta nastaly komplikace. Pacient byl dezorientovaný a trpěl značnými delirantními stavy. Po vstupním vyšetření byla zjištěna hypertenze a vysoká glykémie. Pacient si stěžoval, že nemůže spát. Dezorientace a delirantní stavy se časem projevovaly pouze při stresovém vypětí pacienta nebo při únavě. Hypertenze byla srovnána antihypertenzivy (léky na snížení patologického tlaku krve), nespavost psychofarmaky a glykémie léky na normalizaci hladiny cukru v krvi.

Osobní anamnéza

- Od roku 1990 – diabetes mellitus II. typu (aplikuje si inzulin).
- Od roku 2014 – sledován pro významnou degenerativní aortální stenózu, v jejímž důsledku provedena náhrada aortální chlopně.
- V lázeňském zařízení zjištěna hypertenze, vysoká glykémie, dezorientace a delirantní stavy.

Rodinná anamnéza

Pacientův otec zemřel v 41 letech na pneumonii, matka v 75 letech v důsledku anemie, měl dva sourozence, přičemž oba dva zemřeli na rakovinu tlustého střeva, má dvě děti, dceru a syna, oba jsou zdraví.

Sociální anamnéza

Pan Stanislav je ženatý a má dvě děti. Pacient celý život pracoval na inspekci ministerstva životního prostředí a jako hajný. Práce ho bavila a naplňovala. Do hospitalizace žil v bytě

ve druhém patře se svou manželkou, která má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu v pokročilém stádiu.

Pacient se o svou ženu staral, jak sám řekl, 24 hodin denně po dobu 6 let. Byla důvodem odkládání pacientovi hospitalizace v nemocnici, i když měl velké zdravotní potíže (nateklé, zavodněné nohy, dušnost, nespavost). V počátku pacientovi hospitalizace se o manželku staral syn, ale nezvládal to a zařídil ji tedy ústavní zařízení zabývající se problematikou Alzheimerovy choroby.

Z rozhovoru s pacientem jsem zjistila, že po pobytu v lázních nemá kam jít. Dříve bydlel v bytě ve druhém patře s manželkou, kam se teď není schopen bez pomoci druhé osoby dostat. Představa, že neví, co s ním bude, v něm vyvolává úzkosti, depresivní stavy a následně nemůže spát, což se projevuje na jeho celkovém zdravotním stavu (je oslabený, zmatený). Když jsem se zeptala na variantu, jestli by nemohl jít bydlet ke svým dětem, tvrdil, že syn má malý byt a dcera ho doma nechce. Bylo na něm znát, že je to citlivé téma proto jsem to téma dále nerozvíjela. Pouze se sám zmínil, že přemýšlel o bydlení v domově pro seniory, který je kousek od jeho bydliště a mohl by tam být i se svým pejskem, ale nejlepší variantou by pro něj bylo bydlení u jeho dcery.

V současné době pobírá starobní důchod a žádné jiné dávky nepobírá.

Abúzus

Pacient je již 25 let exkuřák, dříve kouřil 45 let až 60 cigaret denně. Občas si dá pivo.

Rehabilitace

Na oddělení mu bylo zapůjčeno chodítko. Lékařem předepsána inhalace, biolampa, chůze a dechová cvičení, lehká rehabilitační cvičení na podporu tvorby svalové hmoty.

Edukace

Pacient byl před propuštěním z nemocnice poučen o užívání léků a jejich interakcích včetně potravinových, o diabetické dietě a režimových opatřeních včetně vhodné pohybové aktivity.

7.3.1 Návrh koordinace ucelené rehabilitace dle metodiky

Podle výše uvedené metodiky bych v tomto případě postupovala takto:

- 1) Postup by byl ve všech bodech stejný jako to bylo v případě první kazuistiky.
- 2) **Funkce zdravotně-sociálního pracovníka**
 - Spolupráce s rodinou a nejbližšími.
 - Podání informací a kontaktů na pobytová zařízení sociálních služeb, popř. terénních služeb do té doby než se vyhledá vhodné pobytové sociální zařízení.
- 3) **Psycholog**
 - Provedení psychologického screeningu a dále možnost **psychologické intervence** podle potřeb P3.
 - Psychická podpora a pomoc v důsledku, depresivních, úzkostných a delirantních stavů a dezorientace.
 - Možná **konzultace psychologa s psychiatrem** o postupu další léčby.
- 4) **Ergoterapeut**
 - **Ergoterapeut společně s fyzioterapeutem** - zajištění kompenzačních pomůcek do domácího prostředí, do doby než budou zajištěné sociální pobytové služby a rehabilitačních pro možnost rehabilitace mimo zařízení.
 - Co nejvčasnější zahájení sebeobslužných aktivit pacienta (nácvik soběstačnosti v běžných denních činnostech).
 - Podání informací o preventivních opatřeních.

8 Diskuze

V následující části práce jsou výsledky výzkumu dávány do souvislostí s teoretickými poznatky a tím pádem je propojována výzkumná a teoretická část a jsou rozváděny hlavní dosažené výsledky.

Zákony specifikují pouze jednotlivé složky ucelené rehabilitace, nikoliv ucelenou rehabilitaci jako celek. V důsledku toho je v běhu „Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením“, který má být podkladem pro právní ukotvení koncepce ucelené rehabilitace.

S významem ucelené rehabilitace se setkáváme v řadě publikací od několika autorů jako např. Votava, Jankovský, Neubauerová a průkopník ucelené rehabilitace Jesenský a mnoho dalších. Právě díla těchto odborníků sloužila z velké části jako podklad pro vytvoření teoretické části této práce a získané poznatky pak posloužily k porovnání s výsledky výzkumu.

Nejen autoři publikací se zabývají pojmem ucelené rehabilitace, ale i různé organizace. Dle Světové zdravotnické organizace je ucelená rehabilitace chápána jako „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“. Z toho vyplývá, že pojem ucelená rehabilitace zahrnuje jak charakteristiku samotné rehabilitace, tak i popis, jejíchž jednotlivých složek (léčebná, sociální, pracovní, pedagogická a dalších).

Jedním z výzkumných cílů bylo „Zjistit, zda je v rámci daného zařízení funkční koncept ucelené koordinované rehabilitace, včetně jejich složek léčebné, sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace, jako nedílné součásti ucelené rehabilitace“. Pomocí strukturovaného rozhovoru, pozorování a analýzy dokumentů bylo zjištěno, že v daném lázeňském zařízení s cílovou skupinou osob s kardiologickým onemocněním není součástí péče koncept ucelené a koordinované rehabilitace, ale pouze jedna z jejich složek a to léčebná rehabilitace, kde je shledáno několik nedostatků, které spočívají, především v nepřítomnosti odborných pracovníků, jako např. psycholog, ergoterapeut, popř. edukační pracovník.

Složky ucelené rehabilitace by se měly vzájemně prolínat a být následně včasné a plynule koordinovány a k tomu může sloužit interdisciplinární tým, jehož podstatou je spolupráce všech odborníků podílejících se na péči, v našem případě o kardiologického pacienta.

V daném lázeňském zařízení bylo prostřednictvím výzkumných metod zjištěno, že na péči o pacienta se podílí tým odborných pracovníků v tomto složení: primář oddělení, lékaři, hlavní sestra, vrchní sestra, zdravotní asistentky, ošetrovatelský personál a fyzioterapeut. Dle informací zdůrazňovaných v teoretické části práce nelze o daném týmu hovořit, jako o interdisciplinárním.

Nedostatky jsou shledány v nepřítomnosti psychologa, zdravotně-sociálního pracovníka a popř. ergoterapeuta a edukačního pracovníka. Tito odborníci jsou dle mého názoru nedílnou součástí péče o kardiologického pacienta. Když jsem zjišťovala důvod jejich nepřítomnosti, bylo mi řečeno, že v předešlých letech, za funkce jiného primáře, byl v zařízení psycholog, ale pacienti neměli o tuto službu zájem a dalším problémem byla ekonomická náročnost. Z těchto důvodů byla psychologická péče zrušena. Pokud bychom měli dbát na ekonomiku, samozřejmě je pro ni přínosnější co nejméně možných odborných pracovníků, ale to bychom potom nemohli mluvit o celostním přístupu k jedinci, který je ve všech publikacích tolik vyzdvihován.

Dalším výzkumným cílem bylo „Zjistit, jaké diagnózy pacientů jsou v daném lázeňském zařízení nejčastější?“. Tento cíl je informativní výzkumnou složkou a měl by sloužit především pro představu, o jaký typ pacientů pracovníci pečují. Již teoretická část této práce poukazuje na důležitost individuality a holistického přístupu k jedinci a právě diagnóza je jedním z důležitých faktorů při komplexní péči o jedince. Přičemž odpovědi respondentů se významně nelišily. Výsledkem cíle je, že diagnózy pacientů jsou rozhodující při volbě léčby o daného pacienta.

Jako poslední výzkumný cíl bylo stanoveno „Na základě zjištěných teoretických a výzkumných informací navrhnout efektivní systém ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení.“ V práci je tento návrh nazýván „metodika ucelené rehabilitace“.

Metodika se zaměřuje především na léčebnou, sociální a pracovní rehabilitaci a zabývá pouze nedostatky v oblasti ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení. Funkce a činnosti, které v metodice nejsou zmíněny, jsou v zařízení funkční a neshledávám v tom nedostatky, které by bylo třeba zmínit. Funkce a průběh rehabilitace je podrobně popsán prostřednictvím analýzy dokumentů (viz s. 37-39 této práce). Metodika je vytvořena tak, aby zahrнула jednotlivé funkce a činnosti pracovníků, kteří v zařízení nefungují. Dalším úkolem metodiky je vznik interdisciplinárního týmu, kde jsou popsány jeho jednotlivé kroky a je tam nastíněna práce jednotlivých pracovníků.

Vytvořená metodika ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení pro osoby s kardiologickým onemocněním je sestavena tak, aby zefektivnila péči odborných pracovníků zařízení o dané pacienty. Jednotlivé body mají být návodem, jak řešit individuální případy pacientů, tak aby byly co nejefektivněji vyřešeny v jeho prospěch.

Metodika může být prostředkem ke zkvalitnění péče o pacienty s kardiologickým onemocněním, a v ní navržená spolupráce mezi jednotlivými členy zdravotního týmu (interdisciplinárního) může sloužit jako inspirace nejen v daném zařízení, ale ve všech ústavech, zabývajících se péčí o osoby s kardiologickým onemocněním.

Závěr

Tato bakalářská práce je prací teoreticko-praktickou. Byla tak zvolena z důvodu zjištění, zda koncept ucelené rehabilitace efektivně funguje v rámci specializovaného lázeňského zařízení u osob s kardiologickým onemocněním. Teoretické poznatky v této práci byly podkladem pro vznik kvalitativního šetření ve výzkumné části.

Z teoretické části vyplývá, že smyslem ucelené rehabilitace je úplné, nebo částečné zapojení osob s handicapem do běžného života a pokud možno, co nejúplnější začlenění handicapovaných do majoritní společnosti. O jedince se pečuje ve všech stránkách jeho lidské osobnosti (bio-psycho-sociální přístup), nahlíží se na něj, jak v léčebné, tak v sociální, pracovní a pedagogické (vzdělávací) stránce a mnoha dalších.

Výskyt kardiologických onemocnění omezuje společnost ve značné míře, i když bychom se nezaměřili na jejich závažnost, tak tento typ onemocnění se řadí mezi nejčastější příčiny úmrtí. Cílová skupina osob s kardiologickým onemocněním tvoří významnou část naší populace a kvalita péče o ně je odrazem zájmu společnosti.

U cílové skupiny osob s kardiologickým onemocněním je cílem především rozvoj samostatnosti v sebeobslužných denních činnostech, snížení dopadu a kompenzace vlivu kardiologického onemocnění na daného jedince a u osob v produktivním věku i o možnost uplatnění se na trhu práce a s ním možnost rekvalifikačních kurzů a celoživotního vzdělávání.

Avšak setkáváme se pořád se stejným problémem. Pojetí ucelené rehabilitace je stále zapovězeno a součástí péče o pacienty v České republice je pouze léčebná rehabilitace a ne vždy je tato rehabilitace komplexní.

Praktická část byla metodologicky zpracována na základě polostandardizovaných rozhovorů, pozorování, analýzy dokumentů a kazuistik. Jedním z výzkumných cílů bylo navržení efektivního systému ucelené rehabilitace v daném lázeňském zařízení (metodika ucelené rehabilitace), která byla aplikována ve zpracovaných kazuistikách pacientů.

Tato práce může sloužit jako návrh ke zkvalitnění péče o pacienty, spolupráce mezi jednotlivými členy zdravotního týmu (interdisciplinárního) a to nejen v daném zařízení, ale ve všech ústavech, zabývajících se péčí o osoby s kardiologickým onemocněním.

Soupis bibliografických citací

Tištěné zdroje

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce, aneb, Nemoc není bezmoc*. Vyd. 1. Brno: Facta Medica, 2010, 152 s. ISBN 978-809-0426-078.
2. ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie 1. a 2. díl*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004, 1481 s. ISBN 80-7262-290-0.
3. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-802-6202-196.
4. HRADEC, Jaromír a Jiří SPÁČIL. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Editor Pavel Klener. Praha: Karolinum, 2001, 359 s. Scripta. ISBN 80-7262-106-8.
5. HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění: (primární a sekundární prevence)*. 1. vyd. Brno: Neptun, 2004, 190 s. ISBN 80-902-8968-1.
6. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-725-4730-5.
7. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-706-6941-1.
8. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Editor Jarmila Pipeková. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-807-3151-980.
9. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012, 403 s. ISBN 978-80-262-0302-5.
10. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008, 280 s.; ISBN 978-80-247-1587-2.
11. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.
12. MUSILOVÁ, Marcela. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. 2., upr. vyd., Ve Vydavatelství UP 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 42 s. Skripta (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-0749-3.
13. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 133 s. Recenzované monografie, 8. ISBN 978-807-4351-099.

14. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 153 s. ISBN 80-247-1009-9.
15. ŠPINAR, Jindřich. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 361 s. ISBN 80-247-0500-1.
16. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2008, xv, 518 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7345-159-2.
17. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
18. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2012, 43 s. ISBN 978-807-4210-525.
19. Žižlavský, M. 2005. *Metodologie výzkumu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.

Zákony

1. Česko. Zákon č. 435 ze dne 23. července 2004 o zaměstnanosti. In Sbíрка zákonů České republiky. 2004. částka 143 s. 8 270 – 8 316.
2. Česko. Zákon č. 155 ze dne 4. srpna 1995 o důchodovém pojištění. In: Sbíрка zákonů České republiky. 1995. částka 41, s. 1 986 – 2 011.
3. Česko. Zákon č. 329 ze dne 14. listopadu 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011. částka 115, s. 3 970 – 3 994. ISSN: 1211 – 1244.
4. Česko. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MPSV *Zákon č 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. MPSV, ©2006 [cit. 23. 6. 2013]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf
5. Česko. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbíрка zákonů České republiky*. 2004 [cit. 23. 6. 2013]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=96~2F2004~20Sb.&rpp=15#seznam>

Internetové zdroje

1. *Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2010 – 2014*. In: [online]. [cit. 2014-06.21]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/np-ozp.pdf>
2. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2012 [cit. 2014-07-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
3. *Věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením* [online]. 2010 [cit. 2014-07-09]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/vzz-o-rehabilitaci-ozp.pdf>

Přílohy

Příloha A <i>Rozhovorové otázky</i>	70
---	----

Příloha A – Rozhovorové otázky

- 1) Jakou pracovní pozici zastáváte?
- 2) Co je náplní Vaší práce?
- 3) Jaké složky ucelené rehabilitace jsou realizovány ve Vašem zařízení a jak se prolínají?
- 4) Co vše zahrnuje léčebná rehabilitace ve Vašem zařízení?
- 5) Co vše zahrnuje sociální, pracovní a pedagogická rehabilitace ve Vašem zařízení?
- 6) S jakými diagnózami jsou Vašem zařízení nejčastěji pacienti umísťováni?
- 7) Jaké diagnózy jsou nejnáročnější vzhledem k ucelené rehabilitaci?
- 8) Jaké jsou kontraindikace pro hospitalizaci pacientů ve Vašem zařízení?
- 9) Jak si vzájemně vyměňují informace o pacientech?
- 10) Scházíte se jako interdisciplinární tým při řešení určitých případových studií/ případů/ pacientů?
- 11) Myslíte si, že schůzky interdisciplinárního týmu, na případových studiích jednotlivých pacientů mohou být prospěšné pro efektivní vyřešení případu pacienta? V čem konkrétně?