



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Klíšťová aseptická meningoencefalitida a návrat nemocných zpět do běžného života

Vypracovala: Jarošová Eva
Vedoucí práce: MUDr. Tišlerová Drahoslava

České Budějovice 2014

Abstrakt

Klíšťová meningoencefalitida je závažné virové infekční onemocnění centrální nervové soustavy, jehož prevalence stále narůstá. Nebezpečí nákazy není vázáno jen na přímý pobyt v nedotčené přírodě, ale nevyhýbá se ani městským parkům. I když se tato nemoc vyznačuje celkem nízkou mortalitou, tak konečné důsledky spojené s přechodnými i trvalými následky nemocné ovlivní a vyřadí z aktivního života na delší časový úsek. Zároveň jsou zdrojem různých dopadů psychických, sociálních i ekonomických, a to nejen jedince, ale i celé rodiny. Problémy nemocní nemají pouze v akutní fázi, ale spousta problémů s sebou přináší právě období rekonvalescence, která je většinou zdrojem dlouhé pracovní neschopnosti. Nejvíce ohroženi jsou senioři a osoby ve středním, tedy produktivním věku. Přitom prevence u této nemoci existuje, a to v podobě nepovinného očkování. Vzhledem k nárůstu počtu nemocných zdravotní pojišťovny začaly stále více finančně podporovat toto očkování, i když rozmezí finanční podpory je velmi rozdílné v návaznosti na jednotlivé zdravotní pojišťovny.

Cílem této práce bylo zmapování ovlivnění kvality života u pacientů s aseptickou klíšťovou meningoencefalitidou s bio, psycho, sociálním a spirituálním dopadem. Zjistit časový úsek potřebný k návratu ke svým běžným aktivitám, v souvislosti k premorbidnímu stavu a průběhu onemocnění. A v neposlední řadě také zjistit, zda respondenti byli očkovaní a popřípadě důvod negativního přístupu k očkování. V návaznosti na tyto cíle, byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Co bylo nemocí nejvíce ovlivněno v návaznosti na bio, psycho, sociální a spirituální oblast?
2. Jak dlouhá doba je třeba k návratu nemocných ke svým běžným aktivitám? Je dostačující 1 rok od onemocnění a byl zdravotní stav před onemocněním významným faktorem pro rekonvalescenci?
3. Věděli nemocní o možnosti očkování, a popřípadě jaký měli důvod k negativnímu přístupu k očkování?

V bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum, který byl proveden metodou dotazování, za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Sběr dat pro zpracování výzkumu probíhal v období od listopadu 2013 do února 2014. Osloveni byli pacienti

infekčního oddělení Thomayerovy nemocnice Prahy 4. Zkoumaným souborem bylo 8 respondentů (4 ženy a 4 muži) ve věku 28 – 62 let po onemocnění aseptické klíšťové meningoencefalitidy v letech 2012 – 2013. Výběr byl proveden pomocí kriteriálního vzorkování.

Výzkumná část sestává z rozhovorů s respondenty, zpracovaných do kazuistik a pro lepší přehlednost sumarizovaných do tabulek. Pro získání informací jsem použila otázky rozčleněné na bio, psycho, sociální i spirituální. Ve své práci porovnávám klienty po akutní fázi onemocnění do jednoho roku a nad jeden rok. Sleduji vývoj stavu, jeho stabilizaci, popřípadě eventuální vyléčení, s celkovým dopadem na jedince i jeho rodinu. V diskuzi jsem shrnula získané informace a docházím k odpovědím na své výzkumné otázky. Zároveň jsem výzkumem shledala jedno zajímavé zjištění, týkající se spojitosti nemoci a pohlaví.

Onemocnění klíšťovou meningoencefalitidou výrazně ovlivní fyzickou stránku a z důvodu holistického vnímání celého organismu, dochází k ovlivnění i stránky psychické, sociální a spirituální. Na určitou dobu dochází ke změnám aktivit v rámci rodiny, zaměstnání, volnočasových aktivit, což vede k mnoha problémům a komplikacím, nejen osobním, společenským, sociálním, ale i ekonomickým, tedy existenčním. Proto u většiny respondentů dochází ke změnám ve vnímání vlastní kvality života. Celková rekonvalescence se odvíjí od věku, vlastního průběhu onemocnění, přítomnosti chronických nemocí, pohlaví i osobnostních charakteristik. Přibližně do jednoho roku dochází ke stabilizaci nemoci, i když ještě stále přetrvávají drobná zdravotní omezení, která postupně ustupují. I tak však respondenty stále omezují, zvláště po stránce vykonávání volnočasových aktivit, respondenti se shodli, že své koníčky museli přehodnotit, někteří je pouze omezili a druzí je nahradili aktivitami, které jim nečiní problémy. Pokud pomineme ekonomický dopad celé nemoci, tak právě změna v trávení volnočasových aktivit má dopad i na celou rodinu, pokud byli zvyklí trávit volný čas společně. Ačkoli všichni respondenti byli znalí možnosti očkování, většina se shodla, že jim to připadalo zbytečné, pro sociálně slabší skupinu i nákladné.

Předpokládané využití poznatků by bylo dobré využít jako informační zdroj zvláště pro laickou veřejnost.

Abstract

Tick-born meningo-encephalitis is a severe viral infectious disorder of central nervous system with growing prevalence. The likelihood for acquiring the disease is not connected only to the stays in the untouched nature but is also quite high in city environment, e.g. in city parks. Although the mortality is rather low the final outcome with either temporary or permanent disablements impacts patients' lives for longer time period. The handicaps could be psychological, social and economical impacting the individuals and also their families. The various symptoms are present not only in the acute phase of the disease but also during the recovery phase and are quite often the cause for long term job disability. The highest risk is for people in elderly and middle (productive) age. However there is a vaccination available as prevention for this disease. Considering the growing incidence of this disease the Health Insurance companies started to co-pay for this vaccination although the level of contribution differs depending on the company.

In my assignment I aim to map the influence on the quality of life for patients with tick-born meningo-encephalitis and the impact on the physical health as well as on the psychological, social and spiritual area. The aim is also to find the time interval needed for the return to common daily activities in correlation to the patient status before the onset of the disease and also to course of the disease. Last but not least I want also to find if the patients were vaccinated and in case of negative answer the reason for not being vaccinated. In correlation to the research goals the following questions were defined:

1. Which area was the most impacted by the disease: physical health, psychological, social or spiritual?
2. How long is the interval needed to come back to common daily activities? Is one year enough and was the health status before disease onset important determinant for the recovery?
3. Were the patients aware of the possibility for vaccination and what was the reason for negative attitude to this option?

In this bachelor assignment the qualitative research was chosen using the technique of semi structured interview. The data were collected from patients in the Infection ward of Thomayer Hospital, Prague 4 during November 2013 to February 2014. The research sample consists of 8 responders (4 males and 4 females) being 28 to 62 years old who underwent the tick-born meningo-encephalitis in 2012 or 2013. The criteria sampling was used for the selection. After the evaluation of the data the case reports were prepared and summarized into the tables.

The research part consists of the responders' interviews, which were compiled into the case reports and summarized into the tables. For data collection I used the questions grouped by the topics: physical health, psychological, social and spiritual. In my assignment I compare patients that are either within one year or beyond one year after the acute phase of the illness. I follow up the disease progress and recovery phase and the impact on the patients and their families. In the discussion I summarized collected information that brings answers to the research questions. I also revealed one interesting finding related to the disease and gender.

The meningo-encephalitis disease has a significant impact on the physical health and from the holistic point of view it affects also the psychological, social and spiritual area. The various areas like the job and occupation, family interactions and free time activities are changed for certain time period. This means a lot of difficulties and problems not only in the personal or social life but also of economical nature thus being potentially existential issue. Apparently most responders have changed the perception of their quality of life. The overall recovery period is dependent on the course of disease as such, the age, concurrent chronic diseases, gender and also individual features. The disease is usually stable within one year although some minor handicaps may persist and usually gradually disappear. The minor residual difficulties still mean some limitations for patients, especially for the free time activities. The responders are in agreement that they had to re-evaluate their activities; some just have reduced them while the others replaced them with different ones. If we disregard the economical impact of the disease then the changes in free time activities have influence on the entire family (if they used to spend their free time together). While the responders were aware

of the vaccination most of them were thought it has not been needed at that time. Additionally for some responders with lower social status the vaccination was too expensive option as well.

It will be beneficial if the knowledge from this research would be used as the information for general public.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Klíšťová aseptická meningoencefalitida a návrat nemocných zpět do běžného života“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

Eva Jarošová

Poděkování

Chci touto cestou poděkovat paní primářce MUDr. Drahoslavě Tišlerové za čas, ochotu, odborné vedení a podporu při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji respondentům za ochotu spolupracovat na této práci a v neposlední řadě také mé rodině za projevenou trpělivost a podporu k mé osobě v období celého studia vysoké školy.

Obsah

Úvod	11
1. Současný stav	12
1.1 Charakteristika onemocnění	12
1.1.1 Původce	12
1.1.2 Epidemiologie	13
1.1.3 Etiologie	13
1.1.4 Přenos	14
1.2 Klíště obecné	14
1.2.1 Vývoj klíštěte	14
1.2.2 Výskyt	15
1.3 Klíšťová meningoencefalitida	15
1.3.1 Inkubační doba	16
1.3.2 Patogeneze	16
1.3.3 Klinický obraz	17
1.3.3.1 Formy TBE	17
1.3.4 Diagnostika	18
1.3.5 Terapie	19
1.3.6 Následky onemocnění	19
1.3.6.1 Vliv onemocnění na aktivity běžného života	20
1.3.7 Prevence	22
2. Cíle práce a výzkumné otázky	23
3. Metodika	24
3.1 Použitá metodika	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	26
4. Výsledky	27
4.1 Kazuistiky na podkladě rozhovorů s pacienty	27
4.1.1 Kazuistika 1	27
4.1.2 Kazuistika 2	29
4.1.3 Kazuistika 3	32

4.1.4 Kazuistika 4	34
4.1.5 Kazuistika 5	36
4.1.6 Kazuistika 6	38
4.1.7 Kazuistika 7	40
4.1.8 Kazuistika 8	42
4.2 Tabulky na podkladě rozhovorů	44
4.2.1 Identifikační údaje dotazovaných klientů	44
4.2.2 Osobnostní charakteristika dotazovaných klientů	45
4.2.3 Vliv onemocnění TBE na biologickou oblast zdraví	46
4.2.4 Vliv onemocnění TBE na psychické zdraví	47
4.2.5 Vliv onemocnění TBE na rodinný život	48
4.2.6 Vliv onemocnění TBE na PN a vztahy v zaměstnání	49
4.2.7 Vliv onemocnění TBE na volnočasové aktivity	50
4.2.8 Hodnocení současné kvality života a přístup k očkování proti TBE	51
5. Diskuse	52
6. Závěr	59
7. Seznam použitých zdrojů	61
8. Klíčová slova	64
9. Přílohy	65

Motto: „Teprve, když zdravý onemocní, uvědomí si, co měl.“

Thomas Carlyle

Úvod

Klíšťová meningoencefalitida je závažné infekční virové onemocnění centrální nervové soustavy, které má v České republice stále vzrůstající tendenci. Nebezpečnost této nemoci nespočívá jen v problémech v akutní fázi, ale spousta problémů přináší právě období rekonvalescence, která nemocným změní kvalitu života a z aktivního života nemocné vyřadí na různě dlouhé období. Prevence před touto nemocí existuje, a to v podobě nepovinného očkování, které je avšak v naší zemi stále nedostatečné, statistiky uvádějí pouze asi 17% proočkovanost našeho obyvatelstva. Klíšťová meningoencefalitida se stává nejen problémem zdravotním, ale působí také na celkový stav psychický, sociální, a to samotného nemocného, ale i celé jeho rodiny

V první části bakalářské práce popisuji teoretickou problematiku této nemoci, s krátkým popisem akutní fáze a také neopomím zmínit možnost očkování. Podstatná je druhá praktická část, kde sleduji nemocné v době rekonvalescence a zabývám se kvalitou života v holistickém pojetí celého organismu. Chtěla jsem zjistit, jakým způsobem klíšťová meningoencefalitida nemocné ovlivní v jejich každodenních aktivitách, ať již v rámci zaměstnání, rodiny, sociálních vztahů či volnočasových aktivit. Mým cílem bylo také zjištění důvodu negativního přístupu k očkování proti této nemoci.

Téma této bakalářské práce jsem si zvolila proto, že se domnívám, že v naší zemi je tato problematika stále aktuálnější a mnoha problémů by byli nemocní ušetřeni, kdyby se chovali zodpovědněji ke svému zdraví. Chtěla jsem upozornit na závažnost této virové neuroinfekce, i když z mého výzkumu je patrné, že lidé tuto nemoc podceňují a nevěří v její nebezpečnost až do doby než sami onemocní.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika onemocnění

Klíšťová encefalitida, onemocnění způsobené virem klíšťové encefalidity, představuje v oblastech střední a východní Evropy a v Rusku jednu z nejdůležitějších a nejzávažnějších infekčních chorob postihujících centrální nervový systém (dále CNS) člověka (Palus, 2013).

Klíšťová meningoencefalitida (Tick-born encephalitis, dále TBE) byla dlouho podceňovaným onemocněním, přestože je známa již prakticky 80 let. Stále jsou země, kde je klasifikována jako nespecifická virová encefalitida, ale na straně druhé v zemích, kde se vyskytuje endemicky, patří k obávaným hrozbám. V České republice je stredo-evropská TBE nejčastější virovou infekcí nervového systému u dospělé populace (Smíšková, 2011). Základní a nejúčinnější možností prevence proti klíšťové encefalidě je aktivní imunizace (Prymula, 2012). Průměrný počet případů klíšťové meningoencefalidity v Evropě se za sledované období 18 let pohybuje kolem 2 805 případů/rok. V České republice je zaznamenáváno 500-800 diagnostikovaných případů ročně, celosvětově se pak eviduje přibližně 10-12 tis. případů za rok (Palus, 2013). Hlášení národních států dokumentuje od roku 2007 trvale zvýšenou incidenci (Špliňo, 2012).

Za zmínku stojí, že v posledním desetiletí se mění postupně specifická věková nemocnost dospělých věkových skupin, resp. dochází k přesunu nemoci do vyšších věkových skupin. Podílí se na tom jistě zvyšující se proočkovanost mladších věkových skupin a změna životního stylu starších věkových skupin (Kříž, Beneš, 2013).

1.1.1 Původce

Klíšťová meningoencefalitida je závažná akutní neuroinfekce způsobená RNA virem ze skupiny klíšťových encefalitid (rod *Flavivirus*, čeleď *Flaviridae*). Na našem území jde o evropský subtyp tohoto viru, jehož hlavním přenašečem je klíště obecné

Ixodes ricinus. Jedná se o zoonózu – tzn. nákazu volně žijících zvířat, kolující prostřednictvím přenašeče v přírodě nezávisle na lidech, avšak přenosnou na člověka (Kříž, Beneš, 2013).

Klinická forma onemocnění byla popsána u 18 druhů volně žijících savců, také u 8 druhů ptáků i zvířat domestikovaných (ovce, koza, kráva, pes). Sám člověk pokud onemocní TBE, tak se nestává nosičem tohoto onemocnění (Roháčová, 2012).

1.1.2 Epidemiologie

K nákaze virem TBE dochází především po přisátí infikovaného klíštěte. Proto také počet onemocnění kolísá i podle výskytu přenašeče, pro kterého je příznivé vlhké klima. Vzhledem k tomu, že v našich podmínkách přežívají klíšťata 2 roky, je pro lepší přežití samiček, které kladou na jaře vajíčka, příznivější mírná zima. Onemocnění mohou přenášet i zárodečné formy klíšťat, tj. larvy a nymfy, jež jsou malé a lehce přehlédnutelné. Doba přisátí není rozhodující. I po krátkém sání klíštěte může dojít k přenosu viru. Poměrně hodně osob, u nichž je onemocnění potvrzeno, neudává vůbec přisátí klíštěte. Důležitý epidemiologický údaj je tedy i pobyt v přírodě (Roháčová, 2012).

1.1.3 Etiologie

Vyvolavatel onemocnění je arbovirus z čeledi Flaviviridae ze skupiny togavirů. Do čeledi flavivirů se řadí též virus benigní skotské encefalidity, virus západonilské horečky, horečky dengue, japonské encefalidity, Saint Louis encefalidity. Ve 30. letech dvacátého století byly případy encefalidity označovány jako jaro-letní encefalitida. Zmínka o samotné klíšťové meningoencefalitidě se v literatuře objevila až v roce 1948 (Roháčová, 2012).

Virus TBE byl v Evropě prvně izolován českými virology Galliou a Rampasem z klíšťat chycených na několika místech v Čechách a na Moravě. Tito autoři také publikovali první laboratorní nákazu tímto virem. V 50. a 60. letech minulého století se

TBE hojně vyskytovala v Rakousku, bývalém Československu a Bavorsku. Od té doby se však vyskytuje téměř ve všech evropských zemích, ale i v Asii od Uralu až po japonský ostrov Hokkaido (Havlík, 2010).

1.1.4 Přenos

V našich podmínkách onemocnění přenáší klíště obecné. Rezervoárem jsou četné druhy lesní a polní zvěře. Ale přenos je možný i požitím kontaminovaného nepasterizovaného mléka a z něho vyrobených mléčných výrobků, které nejsou dále tepelně zpracovány. Virus ve viremické fázi vylučují domácí nakažená volně se pasoucí zvířata do mléka – např. kozy, ovce, krávy (Kleinerová, 2013).

1.2 Klíště obecné

Klíšťata jsou cizopasníci, přenášející řadu velmi vážných onemocnění. Máme mnoho druhů klíšťat, u nás je však pro člověka nejvýznamnější klíště obecné - *Ixodes ricinus*. Patří do kmene členovců, podkmene klepítkavců, třídy pavoukovců, řádu roztočů a podřádu klíšťat (Roháčová, 2006).

1.2.1 Vývoj klíštěte

Klíště prochází třístupňovým vývojem, který dle vnějších podmínek trvá od vajíčka do dospělého jedince 1 -5 let. Všechna stádia se živí krví, každé stadium saje jen jednou. Parazituje na savcích, plazech i ptácích. Z nakladeného vajíčka se vyvine larva – pouhým okem neviditelná, která má tři páry končetin. Saje většinou několik dní na drobných zvířatech. Po nasátí se promění v nymfu, která má stejně jako dospělý jedinec – imago, čtyři páry končetin. Krev sají samičky, které se nasátím krve mohou zvětšit z původních 3-4 mm až na 1cm. Samečci měří jen 2-2,5mm. Všechna tři vývojová stádia mohou přenést choroby přenášená klíšťaty. Svoji oběť si klíště „nevyhlédne“ zrakem, je totiž slepé, ale používá speciální orgán, kterým detekuje vydechovaný oxid

uhličitý. Na svoji oběť neskáče, jak si mnozí myslí, ale zachytí se nebo padá z rostliny, na které před tím číhá i dlouhou dobu. Zajímavé je i sací ústrojí, které má zpětné hroty, které brání vypadnutí klíštěte. Po přisátí vylučuje sekret, který funguje jako cement a zpevní tak uchycení klíštěte v rance. Sliny obsahují antikoagulační a vazodilatační látky, dále látky s antiflogistickým účinkem a inhibitory zánětu. Proto klíště zprvu nevnímáme a jeho přisátí svědí až po několika hodinách (Šimková, 2013).

1.2.2 Výskyt

Klíšťata nakažená virem encefalitidy se vyskytují ve vhodných biotopech listnatých a smíšených lesů s křovisky, nacházíme je i na rekultivovaných výsypkách a v městských parcích. Ideálním místem je listnatý les s dostatečným podrostem. Prospívá jim vlhké a teplé počasí. Klasický sezónní výskyt je od května do října. Klíšťová meningoencefalitida je typická zoonóza, vyskytující se v endemických oblastech jak v Evropě, tak v Asii (Kleinerová, 2013). Klíště jednou infikované zůstává nakaženo po celý život (Prymula, 2013).

1.3 Klíšťová meningoencefalitida

V ČR má onemocnění TBE nadále vzrůstající tendenci a výskyt této nemoci u nás je nejvyšší z celé Evropy. Souvisí to s několika faktory. V souvislosti s vlivem klimatických změn dochází k rozšíření této nemoci i do vyšších poloh, tudíž se nevyskytuje jen v nížinách, ale i středně položených oblastech nad 1000 m n. m. a dalším faktorem je u nás nízká proočkovanost. V proočkovanosti patříme v Evropě na 3. nejhorší místo s 17%. Nejlépe je na tom Rakousko s 85% - 88% proočkovaných obyvatel. Dalším neopomenutelným faktorem je vzrůstající tendence onemocnění u vyšší věkové skupiny (50 let a více). Populace stárne a zároveň mění svůj životní styl. Aktivita přetrvává i ve vyšším věku (zdravější životní styl s častými sportovními, či rekreačními aktivitami v přírodě, spolu s dětmi či vnoučaty, včetně stále více

populárních výletů na kolech), ale tím se zvyšuje i u této skupiny riziko infekce TBE (Jílková 2012, Kříž, Beneš 2013).

Tato infekce patří mezi ohniskové nákazy, kdy se onemocnění vyskytuje v ohraničených přírodních oblastech, v nichž v průběhu evoluce došlo ke speciálním vztahům mezi mikroorganizmem, tj. virem, a jeho nosičem-vektorem, což je klíště (Manoušová, 2010).

1.3.1 Inkubační doba

Inkubační doba činí většinou 10 – 20 dnů. Toto období je dostatečně dlouhé, aby umožnilo nástup specifické imunitní odpovědi. Začátek tvorby protilátek se proto obvykle kryje s prvními klinickými projevy nemoci (Beneš, 2009).

1.3.2 Patogeneze

Po přisátí infikovaného klíštěte se virus spolu s jeho slinami dostává do kůže, v níž se množí a vytváří se specifické protilátky, i když nedošlo k manifestnímu onemocnění, ale jen k bezpříznakové infekci. Tímto způsobem vzniká latentní přemořenost populace. U zbývajících třetiny postižených vir pronikne mízou do lymfatických uzlin. Zde proběhne další replice viru a ten se za 7 – 10 dnů dostane do krevního oběhu a nastane primární viremie, která přináší mnoho necharakteristických příznaků. Pokud takový stav trvá jeden, či dva dny a potíže končí, takový průběh označujeme jako abortivní. Jestliže onemocnění pokračuje, tak se jednalo o prodromální příznaky. Po krátkém bezpříznakovém období dojde k sekundární viremii, virus se dostal do mozku a začíná druhá fáze manifestního onemocnění s neurologickými příznaky (Havlík, 2010 a, b).

Dle nejnovějších poznatků, se objevují práce, které poukazují na význam imunopatologických reakcí při encefalitidách způsobených flaviviry. Samotný průběh nemoci je ovlivněn řadou faktorů, mezi něž patří i genotyp pacienta (Palus, 2013).

1.3.3 Klinický obraz

Onemocnění může probíhat i v jedné době, ale často je průběh dvoufázový, po němž následuje rekonvalescence. Tyto fáze nemoci se liší svými příznaky a přinášejí nemocnému odlišné obtíže (Roháčová, 2012). Onemocnění probíhá s různou závažností a to má další důsledky pro subjektivní vnímání nemoci (Chmelík, 2004). Začátek je necharakteristický. Objeví se chřipkové příznaky, kterými jsou artralgie, myalgie, pobolívání hlavy, subfebrilní teploty (Roháčová, 2012). Toto může trvat 4-7 dnů, příznaky postupně odeznívají a u většiny nemocných dochází k uzdravení. Toto období se nazývá fáze latence a trvá zpravidla 2-5 dnů. U pacientů se postupně objeví projektivní hladina protilátek proti TBE. Poté přichází vlastní fáze neuroinfekce. Obecně lze tuto fázi charakterizovat opětovnými bolestmi hlavy, které se postupně zesilují, bolestí za očima, slabostí, závratěmi, nauzeou, zvracením. Nemocní vyhledávají klid, vadí jim hluk nebo silné světlo, špatně se soustřeďují, psychická i fyzická práce je vyčerpává. Někteří jedinci se snaží tyto obtíže vůlí překonat, ale dosáhnou tím jen další progresse příznaků. Může se objevit pocit rozmazaného vidění a poruchy paměti. Časté jsou poruchy spánku, ať somnolence nebo naopak nespavost. Někdy dochází i ke spánkové inverzi. Při těžším průběhu se obvykle objevují kvalitativní a kvantitativní poruchy vědomí, spastické parézy, psychické poruchy, delirantní stavy, křeče fokální i generalizované. Všechny tyto projevy se mohou libovolně kombinovat (Beneš, 2009).

1.3.3.1 Formy TBE

Dle charakteru a intenzity příznaků se mohou rozvinout různé formy infekce, které lze dělit na:

- Abortivní – nemoc proběhne jen pod obrazem viremického stádia
- Meningitická – má klinický obraz syndromu aseptické meningitidy
- Encefalitická – manifestují se mozkové příznaky. Dochází k psychickému útlumu, poruchám spánku, někdy i amentním stavům. Časté jsou projevy

extrapyramidové (hypokinéza, třes jazyka, brady, rukou) a mozečkové (ataxie, adiadochokinéza, nystagmus). Mohou být poruchy mozkových nervů (okohybné, VII., VIII., postranní smíšený systém), spastické příznaky a vzácněji i lehké hemiparézy

- Encefalomyelitická – dochází k postižení předních rohů míšních, někdy i kořenů, hlavně v krční, ale i lumbální intumescenci. Projeví se bolestmi a postupným rozvojem chabé parézy ramenního pletence, obvykle jednostrannou a atrofií především proximálních kořenových svalů.
- Bulbární – nejzávažnější forma, při níž může dojít ke kvadruparéze, porušení činnosti sfinkterů, může dojít k selhání životně důležitých center a tím je vždy ohrožen život postižených (Ambler 2004, Havlík 2010).

1.3.4 Diagnostika

Základní diagnóza se opírá o anamnézu a klinický obraz, zvláště nález meningeálního dráždění. Etiologie nemoci se zpravidla určuje nepřímou, průkazem specifických protilátek v krvi - na začátku druhé fáze již bývají zvýšené specifické IgM a do druhého odběru stoupají i IgG. Rozhodujícím vyšetřením je pak nález v mozkomíšním moku, kde je zvýšená bílkovina s normální či lehce vyšší glukózou a nezvýšeným laktátem. Někteří mají nápadně vysoký počet leukocytů a zvýšený relativní počet polynukleárů. Z diferenciální diagnostiky sledujeme krevní obraz, kde je patrná leukopenie a trombopenie. Zvýšená sedimentace erytrocytů a leukocytů mohou vést k úvaze, že se jedná o hnisavou neuroinfekci (absces mozku, purulentní meningitis) a tím k chybnému podání antibiotik. V případě, kde chybí údaje o přísátí klíštěte a první serologické vyšetření je neurčité, je nutné vyloučit encefalitidu způsobenou herpes virem, enterovirovou, či jinou. V nejednoznačných situacích je třeba dalšími vyšetřeními vyloučit demyelinizační a cévní onemocnění mozku (Chmelík, 2007a).

1.3.5 Terapie

Pro léčbu TBE neexistuje specifické virostatikum. Léčba je spíše symptomatická. Patří do ní antipyretika, analgetika, antiedematózní přípravky, antiemetika, v případě potřeby také podávání kortikosteroidů. Důležitý je klid na lůžku a dostatečná hydratace. Hospitalizace se pohybuje okolo 14 dní, při komplikacích se pobyt v nemocnici prodlužuje. Pracovní neschopnost v průměru dosahuje 9 měsíců. Sledování po onemocnění trvá 1 rok. Stav po proběhlé TBE je spojen s množstvím jednotlivých dysfunkcí, které je třeba řešit komplexně, a to dlouhodobou rehabilitací v nejširším slova smyslu, vč. možné lázeňské léčby, spojenou s podáváním analgetik, nootropik, sedativ, antidepresiv, či neuroleptik. Pro některé nemocné je vhodná psychoterapie. Léčení je vždy dlouhodobé, ale výsledky jsou ne vždy uspokojivé (Chmelík 2007a,b).

1.3.6 Následky onemocnění

Následky onemocnění jsou uváděny různé. Hlavními obtížemi jsou popisovány bolesti hlavy, závratě – zvláště ve věkové skupině nad 65 let, třes, problémy s koncentrací, problémy se spánkem. Trvalé následky jsou v literatuře popisovány zhruba v 5%. Zvláště pak fyzické funkce s fyzickým omezením rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, mentální zdraví, všeobecné vnímání vlastního zdraví. Vitalita nebyla významně ovlivněna (Chmelík, 2004).

Úmrtnost na klíšťový zánět mozku je nízká. Pohybuje se kolem 1-2%, vyšší je u starších osob. Obecně je lehčí klinický průběh popisován u dětí, naopak u starších osob může být velmi závažný, častěji přetrvávají následky, což úzce souvisí se stárnutím imunitního systému a nemoc může doživotně postiženého invalidizovat. (Roháčová, 2012).

Výrazně je však ovlivněna kvalita života. Pojetí „kvality“ je dáno kulturním a sociálním prostředím (Chmelík, 2004).

Šamánková (2011, s. 31) definovala kvalitu života slovy: „*Přestože je hodnocení kvality života poměrně složitý proces, kvalita v sobě vždy odráží pocit pohody vycházející nejen z tělesného, ale i ze sociálního a duševního stavu každého jedince*“.

1.3.6.1 Vliv onemocnění na aktivity běžného života

„Zdraví podle WHO je stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha. Můžeme říci, že zdraví je takový stav, který umožňuje člověku uspokojovat všechny jeho tělesné, duševní a společenské potřeby, tedy funkce biologické, psychické a sociální.“ (Strejčková, 2007, s. 50)

Nelze pohlížet na nemoc jen z hlediska zdravotního poškození - omezení. Vždy se musíme člověkem zabývat v jeho holistickém celku. I TBE nemocného ovlivní v jeho bio, psycho, sociálním a spirituálním kontextu. Maslowova hierarchická pyramida potřeb nám jasně říká, že pokud nejsou uspokojeny základní fyziologické potřeby, kam patří i zdraví, tak další potřeby, jako je potřeba bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, úcty a uznání a v neposlední řadě i potřeba seberealizace nemohou být uspokojeny v plné výši.

TBE výrazně ovlivní kvalitu života, zvláště v prvních dnech a týdnech onemocnění, ale není výjimkou, že toto omezení trvá i delší časový úsek. Každý budeme kvalitu vnímat jinak, budeme preferovat jiné hodnoty v návaznosti na své potřeby a svůj vlastní hodnotový systém. Šamánková (2011, s. 13) říká: *„Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech.“*

Většina nemocných se potýká nejen s problémy fyziologickými, které jim činí potíže, ale na tyto problémy navazují problémy psychické, sociální i spirituální, které ovlivní jejich denní aktivity v rámci rodinného života, zaměstnání, sociálních vztahů i volnočasových aktivit. Toto by měl mít na mysli každý, kdo pochybuje o závažnosti onemocnění. Nelze necitovat slova Aristotela: *„Zdraví je nejdůležitější kvalita těla.“*

Rodinný život

Rodina je pro většinu lidí společenství lidí, které mu poskytuje pocit bezpečí, jistoty, prostor pro nejhlubší prožívání svých emočních citů. Většina z nás rodinu vnímá jako přístav, kam se ubírá se svými problémy, radostmi, kde dochází k prožívání největšího partnerského štěstí např. při narození dětí, ale i prožívání společných tragických zážitků, jako je narození postiženého dítěte či ztráta rodinného příslušníka. Zároveň zde řešíme problémy běžných dní nebo společně plánujeme trávení našeho volného času. Vztahy v kruhu rodinném stavíme na prioritní místo ve svém hodnotovém žebříčku, přispívají k našemu osobnímu štěstí a pocitu smysluplnosti – dávají nám smysl života. Zároveň je nutné podotknout, že každý člen je v tomto společenství jedinečný, sehrávající zde podstatnou úlohu a soužití ovlivní každého druhého člena. Každý má zde svá práva a povinnosti. A proto v okamžiku změny celkového zdravotního stavu jednoho člena rodiny, dochází zásadně k ovlivnění životů ostatních členů rodiny. Zvláště při dělbě práce v rodině i její celkové úrovni.

Zaměstnání

Zaměstnání je po rodině, pro většinu lidí nejdůležitějším faktorem pro žití spokojeného života. Nejen, že v zaměstnání dochází k podstatné seberealizaci, získávání sebevědomí a sebehodnocení, ale hlavně se jedná o existenční zajištění. Každá dlouhodobá nemoc toto velmi ovlivní, ohrozí finanční zajištění celé rodiny, zvláště rodiny disponujícími nižšími příjmy. Většina lidí se snaží si udržet své zaměstnání, dobré postavení i výdělek, a proto v případě PN mnohdy dochází k disimulaci, zkracování doby PN a tím k prohlubování a prodlužování zdravotních problémů.

Volnočasové aktivity

Volný čas je chápán jako prostor pro vykonávání aktivit, které si každý zvolí dle svých koníčků a priorit. Každý má o trávení volného času jiné představy. Někdo dává přednost pasivnímu odpočinku, někdo zábavě, někdo seberealizaci. Volné trávení času také závisí na finanční situaci jednotlivce, jeho preferencích, pohlaví, věku, vzdělání a samozřejmě zdraví. Výběr činnosti se také odvíjí od typu zaměstnání. Ten, kdo pracuje

fyzicky, vyhledává pasivní zábavu, jako je čtení, ruční práce, poslech hudby. A naopak ten, kdo pracuje duševně, vyhledává aktivní odpočinek, jako je sport, či jiné aktivní činnosti. Zásadou však je, že volnočasové aktivity každý vykonává ze své vůle a odměnou mu je uspokojení a prožívání příjemných zážitků. Plnohodnotné trávení volného času je důležitou součástí duševní hygieny.

1.3.7 Prevence

Prevenci lze rozdělit na vlastní preventivní chování v přírodě, které spočívá v zabránění klíštěti, aby se na nás přisálo, a to v používání vhodného oblečení a repelentů. Avšak jedinou skutečnou a účinnou metodou, jak předcházet vzniku onemocnění je očkování. Nejvhodnější doba pro očkování jsou chladné měsíce, kdy není nebo je nízká aktivita klíšťat, ale přesto lze očkování provést kdykoli během roku. Ovšem v případě očkování v teplejších měsících roku je nutné mít na paměti, že člověk je chráněn až za 14 dnů po aplikaci druhé dávky vakcíny, a je tedy třeba přizpůsobit tomu i schéma očkování. (Prevence 2013, Manoušová 2010).

Původní pokusy očkovat proti klíšťové encefalitidě započaly v Rusku již v roce 1937, další pokusy byly podnikány v 60. letech v Československu. První bezpečná vakcína s dostatečnou účinností byla připravena Kunzem a Heinzem, kdy byl použit kmen Neudörfl. Tato vakcína byla v roce 1973 v Rakousku poprvé licencována jako inaktivovaná vakcína proti klíšťové encefalitidě. Očkování může mít zásadní vliv na incidenci TBE v populaci, ovšem proočkovanost musí být na dostatečné úrovni. A právě jedinou zemí s proočkovaností 85% – 88% je Rakousko. Základní konvenční očkování se skládá ze tří dávek, aplikovaných do deltového svalu podle schématu: první dávka den 0, druhá dávka za 1 – 3 měsíce a třetí dávka za 5 - 12 měsíců (FSME – IMMUN) nebo 9 – 12 měsíců (Encepur) po druhé dávce. Přeočkování se provádí jednou dávkou po 3 letech, zejména u osob starších 60 let. U mladších osob je přeočkování možné i po 5 letech (Prymula 2012). V současné době je však velké úsilí vynakládáno na vývoj živé atenuované vakcíny, u které by pro vytvoření dlouhodobé imunity postačovala jedna vakcinační dávka (Palus, 2013).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem č. 1 bakalářské práce bylo zmapování ovlivnění kvality života u pacientů s aseptickou klíšťovou meningoencefalitidou s bio, psycho, sociálním a spirituálním dopadem.

Výzkumná otázka 1: Co bylo nemocí nejvíce ovlivněno v návaznosti na bio, psycho, sociální a spirituální oblast?

Cílem č. 2 bakalářské práce bylo zjistit časový úsek potřebný k návratu ke svým běžným aktivitám v souvislosti k premorbidnímu stavu a průběhu onemocnění

Výzkumná otázka 2: Jak dlouhá doba je třeba k návratu nemocných ke svým běžným aktivitám? Je dostačující 1 rok od onemocnění a byl zdravotní stav před onemocněním významným faktorem pro rekonvalescenci?

Cílem č. 3 bakalářské práce bylo zjistit, zda respondenti byli očkovaní proti TBE a popřípadě důvod negativního přístupu.

Výzkumná otázka 3: Věděli nemocní o možnosti očkování, a jaký měli důvod k negativnímu přístupu k očkování?

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro získání informací byl použit kvalitativní výzkum, a to metodou dotazování s technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor je metoda, která se vnějšími znaky podobá běžnému rozhovoru. Důraz je kladen na přirozenost a volnost konverzace, nenásilný průběh, čímž se vytváří přirozenější, uvolněnější kontakt mezi tazatelem a dotazovaným. Je charakteristický tím, že je připraven soubor otázek, které budou během výzkumu použity, aniž by předem bylo dáno jejich pevné pořadí. Tazatel může pokládané formulované otázky částečně modifikovat, musí však mít jasno, na jakou otázku hledá odpověď. Zároveň je nutné, aby všechny otázky byly probrány (Kutnohorská 2009).

Rozhovory probíhaly na základě předem připravených otevřených otázek. Pořadí nebylo nijak přesně stanovené, otázky byly pokládány tak, aby nebyla narušena plynulost hovoru a pacienti si měli možnost sami volit rozsah i obsah odpovědí. U některých otázek pokud měli potřebu, se mohli rozpovídat, jiné otázky mohli odpovědět stručněji. Někdy se k jednotlivým otázkám zpětně navraceli. Nutné však bylo zodpovězení všech otázek. Rozhovory probíhaly na infekčním oddělení TN nemocnice nebo v prostorách, které si pacienti sami určili, a to buď v domácím prostředí či zaměstnání. Vždy bylo však zaručeno soukromí, klid a dostatek času. Každý rozhovor trval od 60 do 90 minut. Během rozhovoru jsem si všechny odpovědi zapisovala, později utřídila a zkompletovala.

Úvod rozhovoru se týkal sociodemografických údajů, jako je věk, pohlaví, rodinný stav, počet dětí, typ bydlení, vzdělání, zaměstnání. Dále jsem pokládala otázky rozčleněné na bio, psycho, sociální a spirituální tak, jak pacienty nejvíce ovlivnily. Sběr dat proběhl v období od listopadu 2013 do února 2014 u pacientů onemocnělých v letech 2012 – 2013. Celkem jsem provedla osm rozhovorů, které jsem následně

zpracovala v kazuistiku, aby bylo možné data porovnat. Pro lepší přehlednost jsem výsledky zpracovala do tabulek podle jednotlivých oblastí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní výzkum byl proveden na infekčním oddělení Thomayerovy nemocnice Prahy 4. Výzkumným souborem byli pacienti, kteří byli hospitalizováni pro onemocnění klíšťovou aseptickou meningoencefalitidou. Oslovila jsem osm pacientů, čtyři ženy a čtyři muže, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor a spolupracovat na výzkumu. Výběr byl proveden pomocí kriteriálního vzorkování. Jedná se o výběr za splnění určitých kritérií. V tomto případě byl podmínkou - pacient infekčního oddělení, stav po onemocnění TBE, věk 30-60 let. V konečné fázi došlo k lehkému posunu ve věkové skupině, a to na věk 28 – 62 let.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky na podkladě rozhovorů s pacienty

4.1.1 Kazuistika 1

Klientka 1 (53 let) v době rozhovoru byla již 17 měsíců po onemocnění TBE. Sedmnáctidenní hospitalizace proběhla bez komplikací. Celková doba pracovní neschopnosti trvala 8 měsíců. Jinak je zdravá, pouze se již několik let léčí pro hypothyreosu (snížená funkce štítné žlázy) – Letrox 75mg 1 tbl. denně.

Klientka je vdaná, žije s manželem a dvěma dospělými, studujícími, nezaopatřenými syny v rodinném domě na menším městě. Klientka 1 má středoškolské vzdělání a pracuje jako vychovatelka ve školní družině.

Mezi záliby klientky 1 patří především rodina, ruční práce, práce na zahradě, rekreačně sport, zvláště cyklistika, lyžování a pilates. Se svým psem chodí ráda na procházky, které bývaly dlouhé i několik kilometrů.

Rozhovor:

V první části rozhovoru jsem pokládala otázky týkající se fyzického zdraví. Klientka 1 na otázku, zda pociťuje změnu v rámci zdravotního stavu, odpověděla: „Trochu ano, ale nepřipouštím si to,“ má nějaké jiné zdravotní problémy: „Dodnes mě brní prsty a zdá se mi, že v nich nemám tolik citu. Taky hůř vidím, ale to si myslím, že už může být i vlivem věku, nechci si říkat, že to je kvůli té nemoci,“ trpí následnými bolestmi hlavy: „Ano, občas ano, hlavně v návaznosti na fyzické vypětí. To jsem dřív neměla.“ Změnil se spánkový rytmus: „Ano, jsem spavější, k odpočinku stále potřebuji více času.“ Zhoršila se fyzická výkonnost: „To určitě ano, nezvládám to co dřív, nejde to, bojím se, protože pak mám problémy, hlavně bolesti hlavy. Ale zkouším si zátěž přidávat. Snažím se poslouchat své tělo.“ Partnerský intimní život byl určitým způsobem ovlivněn: „Zpočátku určitě ano, ale manžel je velice tolerantní a nikdy mi nedal najevo nějakou svoji nevělu. V současné době se vše vrací do normálu.“

V další části jsem kladla otázky zaměřené na psychický stav. Nemoc ovlivnila klientku 1 psychiku: „*Nemyslím si, že jsem se nějak změnila, možná jsem jen citlivější. Asi si víc všechno беру, ale není to zase tak hrozné.*“ Byly ovlivněny mentální schopnosti: „*Asi mám lehké výpadky paměti, takové to... co jsem to chtěla udělat? Nebo co jsem chtěla?... tak to se mi občas stává.*“

Největší část rozhovoru se věnovala otázkám v sociální oblasti.

Nemoc ovlivnila i rodinný život klientky 1: „*Všichni se tvářili, že ne, že je vše v pořádku, ale dnes vím, že došlo k podstatnému omezení celé rodiny. S manželem jsme společně trávili hodně času na kolech, v zimě na lyžích, když toto chce, tak musí jet sám. Já to zatím nezvládám. Našich společných chvil je nyní méně.*“ Rodinní příslušníci převzali některé povinnosti v rámci domácích prací: „*Mám štěstí, že mám skvělou rodinu, myslím tím i tu rozšířenou, v počátcích pomáhala celá rodina, dvě švagrové, dvě sestry, které nám navařily, vypraly, vyžehlily, takže já jsem byla těchto prací ušetřena. O zahradu a takový ten běžný úklid se postarali kluci s manželem. Když jsem chtěla něco dělat, tak mě k ničemu nepustili a jen mi říkali – běž si lehnout, odpočiň si,... už jsem na to byla alergická. Ale vím, že to mysleli dobře.*“ Pro klientku 1 je důležité rodinné zázemí. „*Jsem šťastná, že mám tak fajn lidi okolo sebe, moc mi pomohli i po psychické stránce.*“

Dlouhodobá pracovní neschopnost (dále PN) ovlivnila klientce 1 vztahy v zaměstnání: „*Neměla jsem problém s nadřízenými. Byli ke mně všichni vstřícní, nikdo se mě neptal, kdy už půjdu do práce. Špatné pocity jsem spíš měla já, bála jsem se, že se na mě budou koukat skrz prsty.*“ Po návratu do zaměstnání došlo k výkonnostním problémům: „*Měla jsem velké štěstí, když jsem se vrátila do práce, dostala jsem třídu hrozně hodných dětí, takže můj rozjezd byl pozvolný a tudíž mi to nečinilo problémy. Pravda je, že jsem domů chodila unavená, musela jsem si lehnout a chvíli si pospat.*“

Dlouhodobá PN ovlivnila rodinný rozpočet: „*Mít dneska PN, to je velká odvaha. Ale když vám je tak zle, tak to neřešíte. Měli jsme něco našetřeno, tak to bylo použito na chod rodiny, zvláště na podporu synů na VŠ. Finanční rezerva se velmi ztenčila, jsem ráda, že již chodím do práce.*“

Klientka 1 změnila své volnočasové aktivity: „V současné době nemůžu dělat vše tak, jako dříve. Ráda jsem lyžovala, jezdila na kole. Teď dokážu jet na kole na malé vzdálenosti a jen v klidném tempu. Lyžování jsem raději ještě nezkoušela. Teprve před měsícem jsem byla cvičit a neudělalo mi to dobře, opět jsem byla unavená, slabá, taková roztřesená. Chvilí vynechám, ale určitě budu chodit, tělo si na to musí zvyknout. Práci na zahrádce jsem hodně omezila, vadí mi práce v předklonu, to mě pak zase začne bolet hlava. A mé oblíbené ruční práce, tak ty naštěstí můžu dělat, jen se nesmím rozptylovat tím, že mě brní prsty.“ Klientka 1 je ovlivněna v řízení automobilu: „Auto již řídím normálně, ale netroufnu si do většího města, bojím se, že bych to nezvládla.“

Klientka 1 hodnotí změnu kvality svého života: „Ano, pociťuji změnu, ale nemůžu si to tak brát. Vadí mi ty bolesti hlavy, to je hodně nepříjemné, ale uvědomuji si, že jsem na tom ještě docela dobře, mohlo by být ještě hůř.“

Klientka 1 změnila názor na očkování: „Nebyla jsem očkovaná proti klíšťatům, klíšťata na mě nejdou, za celý život jsem měla snad 5 klíšťat, tak mi to přišlo zbytečné, ale kdybych věděla, jak je nemoc omezující, tak bych to řešila jinak. Na základě této zkušenosti jsou děti i manžel očkováni.“

4.1.2 Kazuistika 2

Klientka 2 (39 let), rozhovor proběhl 18 měsíců po onemocnění TBE. Akutní onemocnění proběhlo bez komplikací se čtrnáctidenní hospitalizací. Po třech měsících na vlastní žádost PN ukončena. Žádná chronická onemocnění neudává, je bez jakékoli farmakoterapie.

Klientka 2 je vdaná, žijící v rodinném, rekonstruovaném domě s manželem a nezaopatřenými dcerami 13 a 17 let. Má středoškolské vzdělání, v současné době studující VŠ, pracuje jako farmaceutický obchodní zástupce.

Mezi koníčky klientka 2 řadí, v první řadě rodinu, práce na zahradě, ruční práce, společenský tanec a zároveň svoji práce. Ráda chodí do lesa na procházky se svým psem.

Rozhovor:

V úvodní části rozhovoru jsem pokládala otázky týkající se fyzického zdraví. Klientka 2 na otázku, zda pociťuje změny v rámci zdravotního stavu, odpověděla: „Myslím si, že to celkem jde,“ má nějaké jiné zdravotní problémy: „Jsem hodně unavená, nevydržím tolik, co dříve,“ trpí následnými bolestmi hlavy: „Ano, mám poměrně časté takové ty běžné bolesti hlavy, hlavně v návaznosti na nějaké vypětí, pracovní zatížení, řízení auta. Snažím se dodržovat dostatečný pitný režim, ten bolesti hlavy trochu zmírní. Alespoň mi to tak připadá. Co mám nově, co jsem dříve neměla, tak to jsou sklony k migrénám. To mi tedy trochu vadí.“ Došlo k ovlivnění spánkového rytmu: „Ano, pokud jsem unavená, musím si jít lehnout, nemůžu to přemáhat.“

Fyzická výkonnost se zhoršila: „Zcela určitě. Když jsem se po 14 dnech vrátila z nemocnice, došlo k velké úlevě a dostala jsem chuť „normálně fungovat“. Nerespektovala jsem doporučení lékařů o dodržování klidového režimu, myslela jsem si, že jsem už zdravá, a proto jsem se začala věnovat rodině a domácnosti s plným nasazením. Můj zdravotní stav se opět rapidně zhoršil, úplně mě to vyřadilo na další tři dny. Pak jsem si vše uvědomila a začala jsem se šetřit. Dneska je to už vcelku dobré.“ Partnerský intimní život byl určitým způsobem ovlivněn: „Ano, sex mi dlouhou dobu nic neříkal. A pak zase ta hlava. Měla jsem strach, že to ovlivní náš vztah, ale manžel měl o mě strach, tak naštěstí toto moc neřešil. Dnes je situace již lepší.“

Druhá část otázek byla zaměřená na psychický stav. Nemoc ovlivnila psychiku klientky 2: „Na začátku jsem měla pocit takové beznaděje, smutku, řekla bych skoro deprese. Myslím si, že nyní jsem ale úplně v pořádku.“ Byly ovlivněny mentální schopnosti: „Asi ano, mám psychicky náročné zaměstnání a tam jsem to pocítila, zdá se mi, že nejsem tak výkonná.“

Třetí část rozhovoru byla věnována otázkám v sociální oblasti.

Nemoc ovlivnila rodinný život klientky 2: „Život celé rodiny se změnil. Manžel si po mém propuštění z nemocnice a mém zhoršení stavu musel vzít 14 denní volno z práce - ošetřování člena rodiny (OČR) a dovolenou, přebíral na sebe veškeré domácí práce. Starší dcera si zrušila brigádu a zůstala doma a také pomáhala s domácností. Manžel si

následně vždy bral volno z práce a vozil mě na kontroly. Takto to trvalo asi půl roku. V současné době se stav dostává do normálu. Mám hodného muže a holky.“

PN ovlivnila klientce 2 vztahy v zaměstnání: *„Já jsem nebyla dlouhodobou dobu doma, již po třech měsících, jsem se nechala na vlastní žádost uschopnit. Měla jsem strach ze ztráty zaměstnání. Dneska vím, že to byla hloupost, bylo to příliš brzy. Vzhledem k tomu, že pracuji ve farmaceutické firmě, tak jsem neměla v práci problém. Byli znalí věci a vůči mně velice tolerantní.“* Po návratu do zaměstnání došlo k výkonnostním problémům: *„Na čas mi změnili pracovní náplň, nechali mě pracovat v kanceláři, nemusela jsem jezdit autem. To ježdění mě dost vyčerpávalo. Byli na mě všichni hodní. A já jsem toho také nezneužívala. Zároveň jsem měla strach, že by mě přeřadili a již nevrátili zpět, a to jsem nechtěla. Bála jsem se. Opravdu hned, jak to bylo možné, jsem chtěla vše vrátit zpět.“* PN ovlivnila rodinný rozpočet: *„Finanční tíseň jsme dalece nepocítili, měli jsme něco našetřeno, i když na něco úplně jiného a přeci jen moje PN nebyla zase tak dlouhodobá.“*

Klientka 2 změnila volnočasové aktivity: *„Tak v této oblasti u mě došlo k největšímu omezení. Přestavovali jsme barák, tak to šlo všechno mimo mě. Všechny koníčky, které jsou spjaté s nějakou fyzickou činností, jsem musela opustit. Dobře rok jsem si netroufla jít tancovat. Co mi nemoc však nejvíce ovlivnila, bylo mé studium VŠ, kdy jsem musela studium přerušit. To mi vadí asi nejvíc. I dnes mám ve škole problémy hlavně s koncentrací. Přemýšlela jsem o ukončení, ale pro svoji práci dostudovat potřebuji. Ale nevím, jestli to dokážu.“* Klientka 2 je ovlivněna v řízení automobilu:

„V současné době již řídím bez problémů, pokud řídím delší dobu, tak bývám hodně unavená a bolí mě hlava. Měla jsem také období, kdy jsem měla problémy na semaforech. Nevěděla jsem, co tam mám dělat.“

Klientka 2 hodnotí změnu kvality svého života: *„Nevěřila bych, že bych vůbec onemocněla touto chorobou a zároveň bych nevěřila, že mi to takto změní život. Ale jsem optimista a doufám, že se to postupně vrátí do původního stavu.“*

Klientka nezměnila názor na očkování: *„Nebyla jsem očkovaná proti klíšťové encefalitidě, ačkoli vím, že existuje. Nevnímala jsem hrozbu infekce, nepřikládala jsem tomu důležitost. Navíc jsem měla informaci, že klíště, které je odstraněno do 32 hodin,*

tak riziko nákazy je minimální. Ale hlavně, mám od několika lékařů informaci, že toto očkování u pacientů nastartovalo roztroušenou sklerózu. Takže i dnes, po mé vlastní zkušenosti, bych se očkovat nenechala. A ani nikdo z rodiny očkován není.“

4.1.3 Kazuistika 3

Klientka 3 (44let), v době rozhovoru byla pouze 7 měsíců po onemocnění TBE. Akutní fáze s hospitalizací trvala 22 dnů. Průběh onemocnění byl komplikován subjektivními výraznými problémy (závratě, neschopnost vyjádřit se, třes celého těla) a blokádou krční páteře. Ač to lékaři nedoporučují, tak po 3 měsících na vlastní žádost ukončuje PN.

Klientka je vdaná, žije s manželem, synem 9 let a dcerou 13let v mezonetovém bytě. Klientka je vysokoškolsky vzdělaná a pracuje jako manažerka v soukromé firmě, kde je pracovně velmi vytížená.

Mezi záliby klientka 3 na prvním místě řadí děti, práci, všestranný sport – běh, lyže, cyklistiku, ale hlavně geocaching, který provozuje s celou rodinou.

Rozhovor:

První část rozhovoru se týká fyzického zdraví. Klientka 3 na otázku, zda pociťuje změnu v rámci zdravotního stavu, odpověděla: „*Ano, výraznou*“ má nějaké jiné zdravotní problémy: „*Bolí mě kolenní klouby a ještě stále se mi točí hlava, i když se to pomalu lepší,*“ trpí následnými bolestmi hlavy „*Ano, hlava mě bolí velmi často, zvláště po nějakém vypětí, po čtení, sledování TV či PC.*“ Spánkový rytmus byl ovlivněn: „*Velmi, byla jsem zvyklá spát tak 5 hodin, dnes spím jednou tolik.*“ Zhoršila se fyzická výkonnost: „*O nějaké fyzické výkonnosti se v současné době nedá vůbec mluvit, jsem úplně jiný člověk.*“ Partnerský intimní život byl značně ovlivněn: „*Ano, do této chvíle od nemoci jsem ještě žádný intimní vztah neměla. Nic mi to neříká. Jen doufám, že to příliš nevadí manželovi.*“

Druhá část je zaměřena na otázky z psychické oblasti. Nemoc značně ovlivnila klientky 3 psychiku: „*Ano, necítím se dobře, paní doktorka mi nabízela antidepressiva,*

ale to já jíst nebudu, ve svém postavení si nemůžu dovolit užívat takové léky, nemohla bych vykonávat pracovní pozici, jakou mám. Nabízela mi i návštěvu psychologa, ale tam já nepůjdu, okolí by si myslelo, že jsem blázen. Musím to zvládnout sama.“ Byly ovlivněny mentální schopnosti: *„Ano, špatně si vybavuji slova a ještě trpím dysgrafií.“*

Třetí část se věnovala otázkám v sociální oblasti. Nemoc ovlivnila i rodinný život klientky 3: *„Vidím, jak je všechno jiné, nejsem spokojená. Je mi líto, že jsme naše společné chvíle museli velmi omezit.“* Rodinní příslušníci převzali některé povinnosti v rámci domácích prací: *„Hodně mi pomáhá má maminka, která by spíš sama potřebovala pomoci. Manžel je také velmi pracovně vytížený, tak to moc nejde, aby obstarával celou rodinu.“* Pro klientku 3 je důležité rodinné zázemí: *„Jsem ráda, že je všechny mám, ale mrzí mě, že se nemohu účastnit rodinného života jako dřív.“*

PN neovlivnila klientce 3 vztahy v zaměstnání: *„To ani ne, jsem si vlastně sama sobě šéfm.“* Po návratu došlo k výkonnostním problémům: *„Vadí mi, že nezvládám své pracovní tempo, na jaké jsem byla zvyklá. Připadám si k ničemu, jsem unavená, po práci si vždy musím odpočinout.“* PN neovlivnila rodinný rozpočet pacientce 3: *„Nebyla jsem dlouho doma a manžel má dobrý příjem, takže toto nebyl takový problém.“*

Klientka 3 změnila své volnočasové aktivity: *„Tak nyní vlastně nedělám nic, co jsem dělala před nemocí. Jezdili jsme s rodinou na kolech, běhala jsem tak 5km denně, o víkendech jsme celá rodina provozovali geocaching, v zimě to byly lyže. Bohužel, zatím jsem nic z tohoto neprovozovala. Mé aktivity jsou nyní pouze relaxace, odpočinek a snažím se i trochu meditovat.“* Klientka 3 je ovlivněna v řízení automobilu: *„Již jsem zkusila řídit auto, zvládla jsem to, ale mám problém během řízení se soustředit na více věcí.“*

Klientka 3 hodnotí změnu kvality svého života: *„Tento život se nedá srovnat s tím, jak jsem žila dříve. Nemůžu se smířit se sníženou fyzickou i psychickou výkonností. Ale mám načteno z internetu, že by se to po roce mělo nebo spíš mohlo zlepšit. A tomu musím věřit. Kdyby to mělo takto zůstat, tak to si nedovedu představit.“*

Klientka 3 změnila názor na očkování: *„Nebyla jsem očkovaná proti klíšťatům, my žijeme takovým přírodním, alternativním způsobem života, obecně nejsem pro různá*

očkování. Klíšťat jsem měla díky geocachingu stovky a nevěděla jsem, že je to tak závažné onemocnění, protože před rokem dcera také onemocněla a za 2 měsíce byla úplně v pořádku. Ale děti mají asi lehčí průběh. Když manžel viděl, jak jsem dopadla já, tak se už nechal naočkovat. Ale u syna ještě váháme.“

4.1.4 Kazuistika 4

Klientka 4 (62 let) v době rozhovoru byla již 21 měsíců po akutní fázi. Během hospitalizace došlo k dekompenzaci diabetu, který se těžko korigoval, a proto délka hospitalizace trvala 21 dní. Klientka je obézní, diabetička 2. typu na PAD (perorální antidiabetika) – Metformin 1000mg, s léčenou hypertenzí – Prenessa 4mg, Amiclodon 1tbl., Stilnox na spaní a jako potravinový doplněk užívá Condrosulf forte.

Klientka je vdaná, žije v rodinném domku na vesnici za Prahou. Má dva dospělé zajištěné syny nežijící ve společné domácnosti. Klientka je vyučená, nyní již ve SD.

Mezi záliby pacientka 4 řadí vnoučata, práci na zahrádce, ruční práce, sledování televizních seriálů, luštění křížovek a sudoku.

Rozhovor:

První část otázek byla zaměřených na fyzické zdraví. Klientka 4 na otázku, zda pociťuje změnu v rámci zdravotního stavu, odpověděla: „*Musím říci, že ano, stále se cítím se slabá, roztřesená*“ má nějaké další problémy: „*Po onemocnění jsem začala špatně slyšet. Až tak, že pokud nechci být vyloučena ze společnosti, tak musím nosit naslouchátko.*“ Byl ovlivněn spánkový rytmus: „*Ano, hrozně špatně spím, abych si trochu odpočinula, tak беру Stilnox.*“ Trpí následnými bolestmi hlavy: „*Ano, mám sklon k migrénám. Nejdřív jsem si myslela, že to je kvůli mému vysokému tlaku, ale nakonec je to asi po té klíšťovce.*“ Zhoršila se fyzická výkonnost: „*No, to nedokážou tak posoudit, víte, já té fyzické námaze moc nedám a nikdy jsem taky nedala, bolí mě klouby, to už jsem měla i před nemocí, ale teď je to výraznější, proto беру Condrosulf, z tohoto důvodu jsem musela omezit práci na zahrádce.*“ Partnerský intimní život

klientky 4 nebyl nemocí ovlivněn: „Víte, mám o deset let staršího manžela, takže náš intimní život už prakticky žádný není. To s nemocí nemá žádnou souvislost.“

Otázky druhé části byly zaměřeny na psychický stav. Nemoc ovlivnila psychiku klientky 4: „Nevím, ale jsem taková smutnější, jako bych ztratila radost ze života. Jedině kdo mě rozveselí, jsou vnoučata.“ Byly ovlivněny mentální schopnosti: „Já už blbnu asi stárím. Mám horší výbavnost slov při luštění křížovek, ty mi teď moc nejdou.“

Třetí část byla věnována otázkám v sociální oblasti. Nemoc ovlivnila rodinný život klientky 4: „Ano, víte, manželovi je přes 70 let a je ze staré školy, není zvyklý moc pomáhat s domácími pracemi, vlastně je ani neumí. Stará se o vše okolo baráku, ale doma nic neudělá. To byl velký problém, měla jsem pocit, že se na mě zlobí, že jsem nemocná, trápilo mě to.“ Rodinní příslušníci převzali některé povinnosti v rámci domácích prací: „Hodně pomohly děti a snachy, ale bydlí mimo, takže to bylo takové nárazové. Ale mají své životy, nechtěli jsme je ještě tímto zatěžovat. Také pomohla sousedka, která když uvařila, upekla, tak nám občas něco donesla. Myslím si, že moji nemoc těžce nesl hlavně manžel, že neměl takový servis, na jaký byl u mě zvyklý. Neříká se mi to lehce, ale dneska to tak vidím.“

Vzhledem ke starobnímu důchodu, nelze oblast ohledně pracovní neschopnosti a vztahy v zaměstnání u této pacientky hodnotit.

Klientka 4 změnila své volnočasové aktivity: „Jediné, čemu se nevyhýbám, jsou moje čtyři vnoučata, ale nemohu je všechny hlídat najednou. Nejraději hlídám pětiletou vnučku, která je hodná, klidná, s tou nemám skoro žádnou práci. Ostatní vnoučata se ještě bojím sama hlídat. S mým sluchovým omezením se necítím jistá, bojím se, že něco díky tomu zanedbám a něco se jim stane. Ale pokud přijedou se svými rodiči, tak je všechny ráda vidím. Zároveň jsem ráda, když pak všichni odjedou. Je jich plný barák a někdy mě to unavuje. Ruční práce zvládám už vlastně bez omezení, křížovky a sudoku mi jdou pomaleji, někdy je nedoluštím. Už se tolik nekoukám na televizi, programy si trochu vybírám, ale seriálů se nedokážu úplně vzdát, mám je ráda. A na zahrádce jsem některé práce omezila, prostě dělám jen to, co zvládám. Tím se moc netrápím.“ U klientky 4 došlo k ovlivnění v řízení automobilu: „Auto jsem přestala řídit, vůbec si nevěřím, bojím se, že to nezvládnou. Toto je pro mne ale zásadní omezení, protože na vsi

se bez auta neobejdete a na manžela se také již nemohu úplně spolehnout, přeci jen je také ve věku a má své zdravotní neduhy.“

Klientka 4 hodnotí změnu kvality svého života: *„Jsem jiný člověk, zestárla jsem, jsem unavená, bez života, musím nosit naslouchátko, maskuji to vlasy, stydím se za to, nemůžu si na to zvyknout. Jediným mým sluncem jsou vnoučata.“*

Klientka 4 změnila názor na očkování: *„O očkování jsem věděla, ale připadalo mi to zbytečné, navíc to není zase tak levná záležitost. Ono nechat se třikrát za sebou očkovat a za každou zaplatit okolo 600 Kč, to není málo. I když dnes, po mých zkušenostech, bych peníze ráda obětovala. Lidé by měli vědět, jaké jsou následky této nemoci. Možná by měli obvodáři víc očkování nabízet, připadá mi, že se o to sami moc nestarají.“*

4.1.5 Kazuistika 5

Klient 5 (49 let), rozhovor byl prováděn 7 měsíců po akutní fázi. Šestnáctidenní hospitalizace proběhla bez komplikací a v normálním režimu. Celková doba pracovní neschopnosti trvala 5 měsíců, po té ještě jedna ataka zhoršení příznaků a opět PN v rozsahu jednoho měsíce.

Klient je ženatý, žije s manželkou a třemi nezaopatřenými dětmi 20, 17 a 7 let v panelovém bytě. Má středoškolské vzdělání a pracuje jako strojvedoucí v nepravidelných směnách.

Mezi záliby klienta 5 patří sport – zvláště fotbal a četba literatury faktu.

Rozhovor:

V první části klient 5 odpovídal na otázky zaměřených na fyzické zdraví. Klient 5 na otázku, zda pociťuje změnu v rámci zdravotního, odpověděl: *„Dnes se cítím již zdrav,“* má jiné zdravotní problémy: *„Myslím si, že ne,“* Spánek nebyl ovlivněn: *„Už i dobře spím,“* trpí následnými bolestmi hlavy: *„To ano, ale není to tak, že by mě to nějak výrazně omezovalo.“* Zhoršila se fyzická výkonnost: *„Myslím si, že to jde, i když se*

ještě přeci jen šetřím, například ve sportu se tolik nehoním. Vadil mi hluk a ostré světlo.“ Partnerský intimní život nebyl ovlivněn: „Myslím si, že je vše v pořádku.“

V druhé části byly pokládány otázky zaměřené na psychický stav. Nemoc příliš neovlivnila psychiku klienta 5: *„Zpočátku jsem se necítil příliš dobře, ale nyní po 7 měsících je vše tak, jako před onemocněním.“* Byly ovlivněny mentální schopnosti: *„Řekněme tak do těch šesti měsíců, jsem měl problémy, kdy jsem si špatně vzpomínal na některá slova.“*

Největší část rozhovoru jsem věnovala otázkám v sociální oblasti.

Nemoc ovlivnila rodinný život klienta 5: *„To určitě ano, nemohl jsem trávit volné chvíle s rodinou a hlavně nejmladší syn tím nejvíc trpěl. Jsme na sebe dost fixováni. V době, kdy jsem byl opravdu hodně unaven, tak to nemohl pochopit, že se mu nevěnuji tolik, jako dřív. Měl dojem, že o něj nemám zájem.“* K ovlivnění domácích prací příliš nedošlo: *„Běžné domácí práce jsou spíše na manželce, takže problém nebyl, ale práce na chalupě stály. I mužské práce musela zastat převážně žena a starší děti. Bylo vidět, že je toho na ní opravdu moc. A také, přeci jen ženy jsou citlivější, bylo vidět, že má o mě strach, byla hodně unavená.“*

Dlouhodobá PN neovlivnila klientovi 5 vztahy v zaměstnání: *„Mojí dlouhodobou PN v zaměstnání respektovali. Nadřazení neřikali nic, ale věděl jsem, že to kluci táhnou za mě, a proto jsem PN ukončil na vlastní žádost po pěti měsících.“* Po návratu do zaměstnání došlo k výkonostním problémům: *„Po prvních dvou směnách jsem zjistil, že to zatím nejde. Jezdím jako mašinfíra a navíc ve směnném provozu. Je to hodně náročná a zodpovědná práce, při mém selhání by to mohl být pěkný malér, mohl bych někoho i zabít. Musel jsem si přiznat, že to zatím nezvládám. Proto mi byla opět vystavena PN. Po měsíci došlo k dalšímu posunu a PN mi mohla být ukončena. Dnes jsem již v plném nasazení a myslím, že to zvládám dobře.“* Dlouhodobá PN ovlivnila rodinný rozpočet: *„Velmi, je to opravdu almužna to, co dostanete jako nemocenskou. A pokud máte rodinu a děti, je to fakt hodně náročné pak vystačit. Museli jsme se hodně uskromnit.“*

Klient 5 změnil své volnočasové aktivity: *„V této době již dělám vše tak, jako dříve, jen ještě nechodím hrát fotbálek, sice s chlapama jdu, zakopu si, ale ne celou hru.“*

Ale čtení mých knih a časopisů mi už nedělá problémy.“ U klienta 5 nedošlo k ovlivnění řízení automobilu: „ *S tím nemám problém.*“

Klient 5 hodnotí změnu kvality svého života: „*Dnes již nepociťuji změnu v mém životě, ale věřím, že to je tím, že mě žena po celou dobu hýčkala a opravdu mě nechala odpočívat. Je zlatá. Nebýt jí, nevím, jak bych to zvládl.*“

Klient 5 změnil názor na očkování: „*Očkovaný jsem byl 3x, poslední očkování jsem měl asi před deseti lety a myslel jsem si, že to stačí. Asi mi někdy někdo řekl, že je třeba přeočkování, ale už si to nepamatuji. Byla to chyba.*“

4.1.6 Kazuistika 6

Klient 6 (28 let), v době rozhovoru byl 9 měsíců po onemocnění TBE. Hospitalizace byla dlouhá 14 dnů, s běžným průběhem, bez komplikací, avšak s výraznými encefalitickými příznaky, jako byl třes a závratě. Celková doba pracovní neschopnosti byla 6 měsíců dlouhá. Jinak je zdravý, bez jakékoli chronické medikace.

Klient je svobodný, bezdětný, věřící, žijící s přítelkyní v pronajatém bytě. Klient je vysokoškolsky vzdělaný a pracuje jako vědecký pracovník u zahraniční firmy.

Mezi záliby klienta 6 patří všestranný sport.

Rozhovor:

V první části jsem pokládala otázky týkající se fyzického zdraví. Klient 6 na otázku, zda pociťuje změnu v rámci zdravotního stavu, odpověděl: „*Stále mám jemný třes prstů a bolí mě pravá paže,*“ trpí následnými bolestmi hlavy: „*Stále mívám bolesti poloviny hlavy v souvislosti s delší zrakovou zátěží.*“ Pociťil změnu spánkového režimu: „*Ano, jsem pořád unavený, potřebuji víc spát.*“ Zhoršila se fyzická výkonnost: „*Nezvládám to, co dříve, sport jsem velmi omezil, necítím se na to. Snažím se trochu sportovat, ale moc to nejde, jsem pak hodně unavený.*“ Nepřipouští si, že by byl partnerský intimní život ovlivněn: „*To by byla ostuda, kdyby to v mých 28 letech nefungovalo.*“

Dále byly pokládány otázky zaměřené na psychický stav. Nemoc ovlivnila psychiku: „Cítím výraznou únavu, nesoustředěnost,“ mentální schopnosti byly ovlivněny: „Pořád špatně nacházím slova, jako bych je ztratil.“

Otázky ze sociální oblasti zahrnovaly největší část rozhovoru. Nemoc ovlivnila celou rodinu: „Ano, tak partnerka převzala všechny povinnosti i technické na sebe. Po propuštění jsem na čas odjel k rodičům na venkov na rekonvalescenci. Všichni dělali všechno za mě. Byl jsem úplně vyřazen ze hry.“ Klient 6 si uvědomuje důležitost rodinného zázemí. „Mám štěstí, že mám tolerantní partnerku, navíc zdravotní sestřičku a taky rodiče, kam se můžu uchýlit. Jsem ze čtyř dětí, tak tam jsme si vždycky všichni navzájem pomáhali.“

Dlouhodobá PN ovlivnila vztahy v zaměstnání: „Nikdo mi nic neřekl, ale dělám zodpovědnou práci a tudíž si ji museli rozebrat kolegové. Vím, jak je to zatěžující dostat ke své práci ještě další povinnosti za někoho druhého. Měl jsem vůči nim výčitky svědomí.“ Po návratu do zaměstnání došlo k výkonnostním problémům: „Po návratu jsem měl pozvolný rozjezd, kolegové si stále přenechali část mé agendy a tím mi vlastně pomáhali. I tak to pro mne bylo velké vypětí, zpočátku jsem chodil domů unavený. Když jsem viděl, že to nejde, tak jsem do práce chodil na pár hodin, spíš abych si zvykal. Máme fajn kolektiv.“ PN ovlivnila rodinný rozpočet. „Tak určitě to je velký rozdíl, ale já mám slušný plat, jsme bezdětní, tudíž mám vždy něco naspořeno a zase tolik pro svoji každodenní potřebu nepotřebuji.“

Klient 6 změnil své volnočasové aktivity: „Ano, zásadně. Zatím nic z mých koníčků neprovozují. Sport nezvládám tak, jak jsem byl zvyklý. Zatím sportovní aktivitu nahrazuji pasivní aktivitou. Nejčastěji poslechem hudby a trochu četbou, ale to jen střídavě.“ Klient 6 již není ovlivněn v řízení automobilu: „Auto už řídím normálně, ale chvíli to trvalo, než jsem si byl jistý.“

Klient 6 hodnotí změnu kvality svého života: „Velká, myslím si, že se časem všechno dostane do normálu, ale i těch pár měsíců, které jsem zažil, byly pro mě velmi omezující a zároveň poučné. Z plného zdraví se najednou dostanete někam, kde byste se nikdy neviděli. Jsem věřící a myslím si, že toto je takové varování shůry. Beru to jako poučení.“

Klient 6 změnil názor na očkování: „*Očkován jsem nebyl, bydleli jsme u lesa, a proto jsem se v něm celý život pohyboval, klíšťat jsem měl mraky a nikdy se nic nestalo. Myslel jsem si, že jsem tak nějak přírodně očkovan. Jo, kdybych to věděl, zařídil bych to jinak. Klidně bych si očkování zaplatil, i když to není nejlevnější. Tak necelé 2.000 přeci stojí za to, být zdravý.*“

4.1.7 Kazuistika 7

Klient 7 (36 let), akutní fáze nemoci proběhla bez komplikací za čtrnáctidenní hospitalizace. V době rozhovoru byl klient již 16 měsíců po onemocnění TBE. Celková doba pracovní neschopnosti trvala 6 měsíců. Žádná chronická onemocnění ani medikaci neudává.

Klient je ženatý, žije s manželkou a 6letým synem v bytě panelového domu. Je vyučený a pracuje jako automechanik.

Mezi záliby klienta 7 patří sport, zvláště cyklistika, před onemocněním jezdil 100 km každý den a rád tráví volné chvíle se svým šestiletým synem.

Rozhovor:

První část rozhovoru byla zaměřená na fyzické zdraví. Na otázku, zda pociťuje změnu v rámci zdravotního stavu, odpověděl: „*Ano, huře vidím, už jsem objednaný k očnímu lékaři. Jsem stále unavený a občas mívám pocity na omdlení, ty jsem dříve nikdy neměl,*“ trpí následnými bolestmi hlavy: „*Ano, hlava mě bolívá i tři dny, byl jsem s tím na neurologii a řekli mi, že je to bolest migrenózního charakteru.*“ Změnu spánkového režimu nepocítil: „*Spím dobře, myslím, že možná trochu víc než dřív, ale připadá mi to být v normě.*“ Zhoršila se fyzická výkonnost: „*To stoprocentně. Nezvládám nic, jako dřív.*“ Klient 7 nechtěl komentovat ovlivnění partnerského intimního života: „*K této záležitosti se nechci vyjadřovat.*“

Druhá část byla zaměřena na psychický stav. Nemoc ovlivnila psychiku klienta 7: „*Ano, jsem labilnější, náladový, citlivější, jsem hodně citlivý na hluk, na více zvuků, bojím se nového onemocnění. Vadí mi, že ještě nejsem v pořádku, vždyť je to už taková*

doba. Po psychické stránce nejsem v pohodě. Nabízeli mi nějaký prášky na nervy, nevím co, ale hned jsem to odmítl. Nejsem blázen.“ Byly ovlivněny mentální schopnosti: „Mám ještě trochu problém se soustředěním, připadám si jak malé dítě, které nevydrží u jedné věci sedět delší chvíli, ale lepší se to.“

Otázky ze sociální oblasti, tvořily největší část rozhovoru. Nemoc ovlivnila i rodinný život klienta 7: *„Určitě ano, pro manželku jsem dalším dítětem, doma nic neudělám a ještě mám často blbou náladu. Se synem jsme dřív hodně dováděli, ale vzhledem k mým poměrně častým i třídním migrénám, to nelze a spíš se sám straním všech okolo.“* Rodinní příslušníci převzali některé povinnosti v rámci domácích prací: *„Tak naštěstí klasické domácí práce já nemusím vykonávat, spíš jsem vždycky já pomáhal manželce. V tomto změna moc není, spíš já jí s ničím nepomohu. Když to jde, tak se věnuji synovi.“*

Dlouhodobá PN ovlivnila klientovi 7 vztahy v zaměstnání: *„Pracuji v soukromé firmě, takže tady problém trochu byl. Už po třech měsících se ptali, kdy se vrátím, ale když viděli, jak jsem jiný než před tím, tak jim asi došlo, že to není tak jednoduché.“* Po návratu do zaměstnání došlo k výkonnostním problémům: *„Ano, pracuji jako automechanik, takže jsem celý den na nohách a v různých polohách a to mi zpočátku dělalo velké problémy. Některé pracovní pozice jsem musel nechat udělat kolegům. Ale to víte, nemůžete moc ukazovat, že něco nejde, měl jsem strach, že by mě vyhodili.“*

Dlouhodobá PN ovlivnila rodinný rozpočet: *„Ano, a to zásadně, manželka bere pár korun na kase v supermarketu, z toho sotva zaplatíme nájem. Nic našetřeno nemáme, není z čeho. Nebýt rodičů mých i manželčinych, kteří nám půjčili nějakou korunu, tak nevím, jak bychom vyšli.“*

Klient 7 změnil své volnočasové aktivity: *„Zásadním způsobem. Vracím se ke svému milovanému kolu, ale jde to hrozně pomalu. Nedokážu ještě ujet svých 100km denně. Jezdím menší vzdálenosti.“* Klient 7 je ovlivněn v řízení automobilu: *„Teď už to asi jde, spíš mám trochu strach. Ale já v návaznosti na moji práci, musím řídit auta. Když je opravuji, tak je pak také musím projet. Proto jsem byl celkem dlouho doma, protože mi pobyt v autě nedělal dobře, stačilo mi jet jen jako spolujezdec a byl to pro mne velký zdravotní problém, měl jsem závratě a bylo mi špatně.“*

Klient 7 hodnotí změnu v kvalitě svého života: „*To se nedá ani popsat, velký skok dolů.*“

Klient 7 změnil názor na očkování: „*Velká chyba nebýt očkovan, manželka i syn jsou už očkovaní. Víc k tomu nelze dodat. V práci dělám osvětu a dávám sebe za odstrašující příklad. A funguje to, dva kolegové začali v zimě s očkováním. Tak alespoň k něčemu ta nemoc bude dobrá.*“

4.1.8 Kazuistika 8

Klient 8 (55 let), hospitalizace proběhla bez komplikací a po 14 dnech mohl být propuštěn do domácího prostředí. Rozhovor byl prováděn již v době, kdy byl klient 18 měsíců po akutní fázi onemocnění. Celková doba PN trvala 4 měsíce. Klient je silný kuřák, hypertonik – užívá Prestarium 4 mg 1x denně.

Klient je rozvedený, z manželství má dvě dospělé děti, se kterými se stýká jen svátečně. Nyní žije v partnerském svazku s přítelkyní v rodinném domě na okraji města. Klient 8 má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako vědecký pracovník.

Mezi své záliby klient 8 uvedl historii, v jakékoli formě. Sport a jakékoli fyzické aktivity mu nic neříkají.

Rozhovor:

V první části otázky týkající se fyzického zdraví, klient 8 na otázku, zda pociťuje změnu v rámci zdravotního stavu, odpověděl: „*Mám pocit, že se mi zhoršil zrak a jsem citlivější na ostré světlo,*“ má nějaké jiné zdravotní problémy: „*V současné době je vše v normě, vlastně mi ještě přetrvává třes prstů, to je jediný, co mi zatím zůstalo,*“ trpí následnými bolestmi hlavy: „*Občas mám takový divný tlak v zátylku, ale klasická bolest hlavy to není,*“ došlo ke změně spánkového režimu: „*Ano, špatně usínám, ale pak spím vcelku dobře.*“ Zhoršení fyzické výkonnosti nepozoruje: „*Já jsem nikdy žádný sportovec nebyl, jsem vědec, který jen sedí, tak tady rozdíl nepoznám. Asi je všechno dobré.*“ Došlo k ovlivnění partnerského intimního života: „*No, nevím, jestli to je nebo není nemocí, ale apetit ustává.*“

V druhé části jsem kladla otázky zaměřené na psychický stav. Nemoc ovlivnila psychiku klienta 8: „*Ano, jsem klidnější, pozitivně laděný, trochu flegmatik. Já jsem byl vždycky spíš cholerik a teď mi každý říká, že jsem jiný, ale jsou spokojení.*“ Byly ovlivněny mentální schopnosti: „*Pouze z počátku, jsem byl takový zpomalený, ale myslím, že toto je pryč.*“

Největší část rozhovoru se týkala otázek v sociální oblasti. Klient 8 nepozoroval změnu v rámci partnerského soužití: „*Já se nepodílím na domácích pracích, to je vše na přítelkyni, já jsem do noci v práci, anebo pokračuji doma, takže vše ostatní jde mimo mne. Tudíž za mne ani nikdo nepřevzal žádné povinnosti.*“

Dlouhodobá PN nijak neovlivnila klientovi 8 vztahy v zaměstnání: „*Neměl jsem žádný problém, vše bylo, jakoby se nic nedělo.*“ Po návratu do zaměstnání došlo k výkonnostním problémům: „*Určitě na začátku to nebylo úplně dobré. Nemohl jsem se tolik soustředit, nevydržel jsem pracovat svých obvyklých 10-13 hodin denně. Přidával jsem si jen tolik, kolik jsem unesl.*“ Dlouhodobá PN příliš neovlivnila rodinný rozpočet: „*Tak jistě, že nemocenská není rovnoprávným příjmem, ale já nikdy nejsem finančně na nule. Tak prostě nepojedu na dovolenou. Toto mě netrápí.*“

Klienta 8 volnočasové aktivity nebylo nutné příliš měnit: „*Zůstal jsem u svých historických knih, jen jsem do nich nekoukal celé večery, více jsem odpočíval. A vzhledem k tomu, že fyzicky nic nedělám, tak tady k omezení nebylo nutné přistoupit.*“

Klient 8 zvládá řídit automobil bez problémů: „*Řízení automobilu mi dělalo problém řekněme během pracovní neschopnosti, byl jsem za volantem nerozhodný, ale nyní řídím, jako dřív.*“

Klient hodnotí kvalitu života: „*Nemohu říct, že bych se teď měl hůř než před nemocí. Ano, nejhorší byla doba v nemocnici, to mi dobře nebylo, ale pak se to pomalu začalo zlepšovat. Já jsem vědec, já nikam nespíchám, takže ani v tomto případě jsem nikam nespíchal a ono to samo nějak odešlo, ani nevím, jak.*“

Klient 8 se vyjádřil k očkování: „*Nebyl jsem očkovaný a nikdy mě to ani nenapadlo se nechat očkovat proti klíšťatům. Ani nevím, jestli to je nutné. Mně to zase tolik problémů nepřineslo, jako některým, o kterých jsem četl na internetu. Kdyby mi to někdo nařídil se nechat očkovat, tak to udělám, ale sám bych se do toho asi nepustil.*“

4.2 Tabulky na podkladě rozhovorů

Tabulka 1: Identifikační údaje dotazovaných klientů

	Pohlaví	Věk	Délka PN	Rekonvalescence v době rozhovoru
K1	Žena	53	8 měsíců	17 měsíců
K2	Žena	39	3 měsíce	18 měsíců
K3*	Žena	44	3 měsíce	7 měsíců
K4	Žena	62	SD	21 měsíců
K5*	Muž	48	5+1 měsíc	7 měsíců
K6*	Muž	28	6 měsíců	9 měsíců
K7	Muž	36	6 měsíců	16 měsíců
K8	Muž	55	4 měsíce	18 měsíců

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

Bylo osloveno 8 klientů, 4 ženy a 4 muži ve věku 28 – 62 let.

U 2 žen byla PN dlouhá 3 měsíce, 1 žena měla PN 8 měsíců a jedna žena PN neměla z důvodu starobního důchodu. U 3 mužů byla PN 6 měsíců, u jednoho muže byla PN dlouhá 4 měsíce.

Rozhovory byly prováděny v různé době rekonvalescence. U 2 klientů (1 žena, 1 muž) to bylo 7 měsíců, u 1 muže 9 měsíců, u 1 muže 16 měsíců, u 1 ženy 17 měsíců, u 2 klientů (1 žena, 1 muž) 18 měsíců, u 1 ženy 21 měsíců.

Tabulka 2: Osobnostní charakteristika dotazovaných klientů

	Stav	Soužití	Bydlení	Vzdělání	Zaměstnání
K1	Vdaná	Manžel 2 syni (20,22)	Rodinný dům zahrada	SŠ	vychovatelka ve ŠD
K2	Vdaná	Manžel 2 dcery (13,17)	Rodinný dům zahrada	SŠ Stud. VŠ	obchod.zástupce farmaceut.firmy
K3*	Vdaná	Manžel 1 syn,1 dcera (9, 13)	Bytový dům	VŠ	manažerka v soukr.firmě
K4	Vdaná	Manžel dospělí syni	Rodinný dům zahrada	SOU vyučena	starobní důchodkyně
K5*	Ženatý	Manželka 3dětí (7,17,20)	Byt v panelovém domě	SŠ	vlakový strojvedoucí
K6*	Svobodný	Přítelkyně bezdětný	Garsoniéra v panel. domě	VŠ	vědecký pracovník
K7	Ženatý	Manželka 1 syn (6)	Byt v panel. domě	SOU	automechanik
K8	Rozvedený	Přítelkyně dospělé děti	Rodinný dům	VŠ	vědecký pracovník

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

Všichni klienti žijí v partnerském svazku, z toho 6 klientů žije v manželském svazku (4 ženy, 2 muži), 1 muž je svobodný, žijící s přítelkyní, 1 muž je rozvedený, společně žijící s přítelkyní. Společně se svými dětmi žije 5 klientů (3 ženy, 2 muži), 1 muž je bezdětný, 2 klienti mají samostatné dospělé děti. V bytě panelového domu bydlí 3 klienti (3 muži), v bytovém domě 1 klient (1 žena), 4 klienti bydlí v rodinném domě (3 ženy, 1 muž). 2 klienti (1 žena, 1 muž) jsou vyučeni – prodavačka, automechanik. Středoškolské vzdělání mají 3 klienti (vychovatelka, obchodní zástupkyně farmaceutické firmy, vlakový strojvedoucí), 3 klienti dosáhli vysokoškolského vzdělání (manažerka, 2 muži jsou vědeckými pracovníky). 1 klient (žena) nyní studuje vysokou školu (farmaceutická zástupkyně).

Tabulka 3: Vliv onemocnění TBE na biologickou oblast zdraví

Odpovědi klientů	K1	K2	K3*	K4	K5*	K6*	K7	K8	C	Ž	M
„trpím bolestmi hlavy“	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	4
„nově mám migrény“		1		1			1		3	2	1
„zhoršil se mi zrak“							1	1	2	0	2
„zhoršil se mi sluch“				1					1	1	0
„mám třes, brnění prstů“	1			1		1		1	4	2	2
„mám bolesti kloubů“			1	1					2	2	0
„fyzicky jsem méně výkonný/á“	1		1	1	1	1	1		6	3	3
„došlo ke změně spánku“	1	1	1	1		1		1	6	4	2
„jsem unaven/á, slabá/ý“	1	1		1		1	1		5	3	2
„došlo ke změně v intimní oblasti“	1	1	1				-	1	4	3	1
Počet odpovědí	6	5	5	8	2	5	5	5	41	24	17

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

Ženy Muži

Všech 8 dotázaných klientů trpí bolestmi hlavy, migrenózními bolestmi hlavy následně trpí 3 klienti (2 ženy a 1 muž). Ke zhoršení zraku došlo u 2 klientů (mužů), sluch má zhoršen 1 žena. Třes a brnění prstů horních končetin uvádí 4 klienti (2 ženy a 2 muži), bolestmi kloubů trpí 2 ženy. Fyzické omezení shledává 6 klientů, v návaznosti na sport či práce na zahradě (3 ženy a 3 muži). Narušení spánku ať již v podobě špatného spaní či naopak nutnosti navýšení spánkové doby udává 6 klientů (4 ženy, 2 muži), celkovou únavu a slabost uvedlo 5 klientů (3 ženy a 2 muži). Poruchu sexuálního apetitu hodnotili 4 klienti (3 ženy a 1 muž), ale ze 7 dotázaných, 1 klient odmítl odpovídat.

Tabulka 4: Vliv onemocnění TBE na psychické zdraví

Odpovědi klientů	K1	K2	K3*	K4	K5*	K6*	K7	K8	C	Ž	M
„cítím smutek, beznaděj, depresi“			1	1					2	2	0
„mám výpadky paměti“	1								1	1	0
špatně si vybavuji slova“			1	1		1			3	2	1
„trpím dysgrafií“			1						1	1	0
„psychicky nejsem výkonná“		1							1	1	0
„jsem citlivější, víc si všechno беру“	1								1	1	0
„jsem labilnější, náladový/á“							1		1	0	1
„mám problém se soustředěním“						1	1		2	0	2
„jsem klidnější, pozitivně naladěný“								1	1	0	1
jsem citlivý/á na hluk“							1		1	0	1
„chtěli mi dát antidepresiva“			1				1		2	1	1
„chtěli mě poslat k psychologovi“			1						1	1	0
Počet odpovědí	2	1	5	2	0	2	4	1	17	10	7

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

□ Ženy

□ Muži

Smutek, beznaděj či depresi zmínili 2 klienti (2 ženy), výpadky paměti má 1 klient (žena), špatnou vybavnost slov trpí 3 klienti (2 ženy a 1 muž). 1 klient (žena) trpí dysgrafií. 1 klient (žena) si stěžuje na psychickou nevýkonnost. 1 klient (žena) je citlivější vůči okolí. 1 klient (muž) udává náladovost a celkovou labilitu, 2 klienti (muži) mají problém se soustředěním. 1 klient (muž) naopak udává zklidnění své povahy a pozitivní naladění. 1 klient (muž) je citlivý na hluk. Antidepresiva byla nabídnuta 2 klientům (1 žena a 1 muž), konzultace u psychologa byla navržena 1 ženě. Klient K5, nemá žádné problémy v této oblasti.

Tabulka 5: Vliv onemocnění TBE na rodinný život

Odpovědi klientů	K1	K2	K3*	K4	K5*	K6*	K7	K8	C	Ž	M
„netrávíme spolu tolik volných chvil“	1		1		1		1		4	2	2
„nejbližší převzali některé činnosti“	1	1	1	1	1	1	1		7	4	3
„manžel měl OČR a dovolenou, bral si volno na mé kontroly u lékaře“		1							1	1	0
Počet odpovědí	2	2	2	1	2	1	2	0	12	7	5

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

□ Ženy

□ Muži

4 klienti (2 ženy a 2 muži) uvedli, že již netráví tolik společných chvil s partnerem nebo dětmi, z důvodu jejich onemocnění. 7 klientů (4 ženy a 3 muži) potvrdilo, že členové rodiny převzali některé činnosti v rámci rodiny a je jedno, zda se jednalo o tzv. ženské práce nebo práce na zahradě či okolo domu. 1 klient (žena) uvedla, že manžel využil OČR (ošetřování člena rodiny) a dovolené na pomoc při její rekonvalescenci. K8 potvrdil, že se neúčastní prakticky žádných prací v rámci rodiny a tudíž neshledává omezení ani neschopnost v této oblasti.

Tabulka 6: Vliv onemocnění TBE na PN a vztahy v zaměstnání

Odpovědi klientů	K1	K2	K3*	K4	K5*	K6*	K7	K8	C	Ž	M
„Měl/a jsem špatný pocit z dlouhodobé PN“	1	1	1			1			4	3	1
„Měl/a jsem výkonnostní problémy“	1	1	1		1	1	1	1	7	3	4
„Došlo ke změně mé pracovní doby či náplně“		1						1	2	1	1
„PN nám velmi ztenčila rodinný rozpočet“	1				1		1		3	1	2
„Měl/a jsem strach ze ztráty zaměstnání“		1					1		2	1	1
Počet odpovědí	3	4	2	0	2	2	3	2	18	9	9

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

Ženy

Muži

4 klienti (3 žena a 1 muž) měli špatný pocit z dlouhodobé PN. Na otázku, zda došlo k výkonnostním problémům, odpovědělo kladně 7 klientů (3 ženy a 4 muži). Klientka 4 neodpovídala, z důvodu SD. Ke změně pracovní doby či náplně došlo u 2 klientů (1žena, 1 muž). Otázka financí při PN trápila 3 klienty (1 ženu, 2 muže). Strach o ztrátu zaměstnání projevíli 2 klienti (1 žena a 1 muž).

Tabulka 7: Vliv onemocnění TBE na volnočasové aktivity

Odpovědi klientů	K2	K2	K3*	K4	K5*	K6*	K7	K8	C	Ž	M
„Omezil/a jsem sport“	1	1			1		1		4	2	2
„V současné době vůbec nesportuji“			1			1			2	1	1
„Omezil/a jsem práce na zahradě“	1			1					2	2	0
„V řízení auta, si nejsem jistý/á“	1		1	1			1		4	3	1
„Mám problém se studiem VŠ“		1							1	1	0
„Mám strach hlídat všechna vnoučata“				1					1	1	0
„Nezvládám vyluštit všechny křížovky, jako dřív“				1					1	1	0
„Aktivní zábavu jsem nahradil/a zábavou pasivní“			1			1			2	1	1
Počet odpovědí	3	2	3	4	1	2	2	0	17	12	5

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

■ Ženy

■ Muži

Z celkového počtu 8 dotázaných, sport omezili 4 klienti (2 ženy, 2 muži), vůbec nesportují 2 klienti (1 žena, 1 muž), práci na zahradě omezily 2 ženy. Řízení automobilu nezvládají jako dřív 4 klienti (3 ženy a 1 muž), studium na VŠ velmi ovlivnilo 1 ženu, 1 žena si netroufá hlídat všechna vnoučata najednou, 1 žena je omezena v mentálních schopnostech, nezvládá bez problémů luštit vědomostní hry. 2 klienti aktivní zábavu nahradili zábavou pasivní (1 žena, 1 muž).

Tabulka 8: Hodnocení současné kvality života a přístup k očkování proti TBE

Odpovědi klientů	K1	K2	K3*	K4	K5*	K6*	K7	K8	C	Ž	M
„Ano, cítím změnu k horšímu“	1	1				1			3	2	1
„Nemůžu se smířit se sníženou výkonností“			1				1		2	1	1
„Zestárla jsem, vadí mi nedoslýchavost“				1					1	1	0
„Nyní již nepociťuji změnu v kvalitě života“					1			1	2	0	2
„Nebyl/a jsem očkovan/a, nyní bych se očkovat dal/a“	1						1		2	1	1
„Nebyl/a jsem očkovan/a, přišlo mi to zbytečné, nyní bych se očkovat dal/a“				1		1			2	1	1
„Nebyl/a jsem očkovan/a a očkovat bych se nedal/a“		1						1	2	1	1
„Nebyl/a jsem očkovan/a, vyznávám alternativní způsob života, nejsem pro různá očkování“			1						1	1	0
„Očkovaný/á jsem byl/a, ale bez přeočkování“					1				1	0	1
Počet odpovědí	2	2	2	2	2	2	2	2	16	8	8

Zdroj: Vlastní výzkum

* = klienti po akutní fázi do 1 roku

■ Ženy

■ Muži

Změnu k horšímu cítí 3 klienti (2 ženy, 1 muž), se sníženou výkonností se nedokážou smířit 2 klienti (1 žena, 1 muž), 1 žena cítí, že zestárla, v současné době již zhoršenou kvalitu života nepociťují 2 klienti (2 muži).

2 klienti nebyli očkovaní a dnes by se očkovat dali (1 žena, 1 muž). 2 klienti nebyli očkovaní, bylo to pro ně zbytečné a dnes by očkování podstoupili (1 žena, 1 muž), 2 klienti očkovaní nebyli a očkovat by se stejně nedali (1 žena, 1 muž), 1 žena nebyla očkována a bez této příhody by se očkovat nedala, 1 klient (muž) byl očkován, ale neproběhlo u něj přeočkování.

5. Diskuse

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jak onemocnění TBE ovlivní kvalitu života nemocných, co bylo nejvíce ovlivněno v návaznosti na bio, psycho, sociální i spirituální kontext a jak dlouhý časový úsek je třeba k návratu do běžného života. Zároveň bylo také cílem zjistit, jak na tom byli respondenti ohledně očkování proti TBE, zda byli očkovaní, zda o očkování věděli a popřípadě co je vedlo k negativnímu rozhodnutí. Výzkumným souborem byli pacienti, kteří byli hospitalizováni pro onemocnění TBE v Thomayerově nemocnici v Praze 4, doba rekonvalescence se pohybovala od 7 do 21 měsíců. Pro lepší posouzení míry potíží, v návaznosti na celkovou dobu nemoci s rekonvalescencí, jsem klienty rozdělila do dvou skupin, a to na klienty do jednoho roku po onemocnění a klienty nad jeden rok po akutní fázi onemocnění. Obecně se dá předpokládat, že nemocní, kteří onemocní aseptickou formou TBE, se po čase vyléčí a bez jakýchkoli následků se navrátí do svého běžného života. K tomu, aby se tak stalo, je třeba souhra několika důležitých faktorů, jako je věk, pohlaví, průběh akutní fáze, dodržování léčebného režimu, typu osobnosti a celkovém pozitivním přístupu.

Výzkumný soubor tvořilo osm klientů ve věku 28 – 62 let. Jedná se o období střední a pozdní dospělosti, kdy je člověk z hlediska vývojové fáze v této době nejproduktivnější, na vrcholu svých mentálních i fyzických sil. V období střední dospělosti (od 30 – 45 let), se veškerý čas dělí mezi rodinu, zaměstnání a volný čas. V období pozdní dospělosti (45 – 60 let), kdy dochází k odchodu dětí z rodiny, se priority lehce mění, a to na zaměstnání, rodinu a volný čas. Každý jedinec v této době řeší mnoho problémů v oblasti zaměstnání, rodiny, volnočasových aktivit i sociálních vztahů. A právě nemoc může ovlivnit kvalitu života ve všech jeho sférách.

Polostrukturovaný rozhovor jsem vedla s každým klientem zvlášť. V úvodu byly kladeny sociodemografické otázky, které zjišťovaly základní údaje o pohlaví, věku, rodinném stavu, druhu bydlení, vzdělání a současném zaměstnání. Dále jsem otázky rozdělila na oblast biologickou, psychickou a sociálně-spirituální.

Nejprve bych se chtěla zaměřit na klienty a jejich rekonvalescenci, kteří jsou po onemocnění déle než 1 rok. Celkem se to týká 5 klientů (3 ženy a 2 muži). Za pomoci otázek týkajících se biologického zdraví jsem zjistila, že všichni stále trpí bolestmi hlavy, dvě ženy a jeden muž v návaznosti na onemocnění trpí migrenózními bolestmi, na které dříve nebyli zvyklí. V této souvislosti došlo také ke změnám partnerského intimního soužití u dvou žen a jednoho muže. Jeden muž na tuto otázku nechtěl odpovědět. Celkovou únavou a sníženou výkonností trpí tři ženy a jeden muž. Poruchami visu trpí dva muži, kteří museli vyhledat očního lékaře. Jedna žena si také postěžovala na zhoršení zraku, ale ta to nevidí v souvislosti s onemocněním, ale spíš fyziologicky s věkem. U jedné klientky došlo k poškození sluchu takovou měrou, že je nucena nosit naslouchátko, pokud nechce být vyčleněna ze svého sociálního prostředí. Zde se může také jednat o komplikaci v návaznosti na věk a chronická onemocnění, jako je diabetes a hypertenzní choroba, kterými 62letá klientka trpí. Pohybové problémy, ať již v podobě bolestí kloubů nebo třesu končetin mají dvě ženy, které je ovlivňují při vykonávání zvláště volnočasových aktivit. Poruchu spánkového rytmu ohodnotili tři ženy a jeden muž, většinou všichni trpí nadměrnou potřebou spánku, jen jedna klientka trpí nespavostí, kterou musí řešit hypnotiky.

Z rozhovorů vyplynulo, že psychickými problémy jsou více ovlivněny ženy než muži. S pocity smutku, beznaděje až depresí se potýká jedna žena, což ani jeden muž nepotvrdil. Antidepresiva byla však nabídnuta jednomu muži pro jeho labilitu a náladovost, což mu činí problémy v soužití, ale on užívání těchto léků odmítl. Tento muž má také problémy se soustředěním a stále mu vadí hluk. Ženy více trpí poruchami výpadků paměti se špatnou výbavností slov, toto potvrdily dvě ženy. Zajímavým zjištěním byla výpověď jednoho muže, který si stav po onemocnění pochvaloval s tím, že se cítí klidnější a s dobrou náladou, což kladně ohodnotili i jeho nejbližší. On sám sebe před nemocí označil za cholerika.

Souhlasím s Vágnerovou (2008), která uvádí, že onemocnění ovlivní celou rodinu, nejen nemocného jedince. Dochází k ovlivnění a změnám rolí v rodině, ke změně životního stylu, hodnot i norem. Zároveň bych dodala, že dojde k ovlivnění i psychiky rodinných příslušníků, kdy cítí úzkost, strach a obavy o zdraví svého partnera.

Při vykonávání každodenních prací v domácnosti (úklid, praní, žehlení,...) byly v rámci rodiny zastoupeny všechny ženy. Žena K 4 využila i sousedské výpomoci. Muži, jak sami potvrdili, se domácích prací příliš neúčastní, proto se nevyjadřují, zda je někdo z rodiny musel nahradit. Pouze muži bydlící v rodinných domech nebo mající rekreační objekt se cítili být omezeni v péči o dům a jeho okolí a tuto povinnost převzala většinou partnerka, anebo odrostlejší děti. Muž K 7 spíše uvedl, že přestal pomáhat a tak vše zůstalo na manželce. Manžel klientky 2 využil i možnosti tzv. „paragrafu“, tedy Ošetřování člena rodiny a dovolené k tomu, aby mohl být se svojí ženou po propuštění z nemocnice doma, aby její rekonvalescence byla bezproblémová. Ale k ovlivnění rodiny nedošlo jen v oblasti povinností, ale také trávení společných chvil a volného času. Na tento fakt si postěžovali dva klienti (1 žena, 1 muž). Na tento problém si nestěžoval klient 8, protože ani v období plného zdraví se do rodinného soužití příliš nezapojoval.

Nemoc má také velký vliv na sociálně – spirituální oblast. Souhlasím s Trachtovou (2001, s. 145), která říká: *„Postavení člověka v zaměstnání, v rodině, spokojenost s plněním rolí jsou sociálně kulturním faktorem, který má význam pro pocit jistoty, bezpečí. Splněním pracovní role každého člověka je spojeno finanční ohodnocení, ekonomické zajištění rodiny.“*

Neméně důležitá je otázka zaměstnání, jež člověka vede k udržování kontaktu s okolím, seberealizaci, sebehodnocení a zároveň existenčnímu zajištění sebe i celé rodiny. Čtyři klienti (2 ženy, 2 muži) byli v době nemoci zaměstnaní, a tudíž využívali pracovní neschopnost. Jedna žena byla již ve starobním důchodu. Z výzkumu je patrné, že dvě ženy využívají kratší dobu PN než muži. Ženy více než muže trápila dlouhodobá PN. Dle mého pozorování je to dáno tím, že ženy jsou stále ovlivněny genderovým rozdělením rolí. Jedna žena měla jen tři měsíční PN, do práce se vracela na vlastní žádost, i když jí běžné pracovní tempo nebylo lékařem doporučováno. Po ukončení PN byla dočasně přeřazena na jinou, méně náročnou práci. Obava ze ztráty své pracovní pozice a také pocit neschopnosti, byly velké. Zároveň měla pocit, že se již nehodí být doma a musí se plnohodnotně postarat o svoji rodinu. V rozhovoru přiznala, že návrat byl ukvapený. Jen jedna žena byla doma osm měsíců. Muži čerpali delší dobu dávky

v pracovní neschopnosti. Jeden klient byl doma 6 měsíců, velmi ho stresovala myšlenka, že by mohlo dojít ke ztrátě zaměstnání, které vykonává v soukromé firmě. Toto je situace, kdy může dojít k disimulaci a bagatelizaci problémů. Jeden muž měl PN dlouhou jen čtyři měsíce, ale vzhledem ke své pracovní náplni, době a podmínkám, mohl PN bez obav ukončit. Oba klienti se vyjádřili, že v začátku došlo v zaměstnání k výkonnostním problémům, zároveň všichni potvrdili, že byli velice unavení a po práci si museli pravidelně odpočinout. Z výzkumu vyplynulo, že všichni čtyři klienti měli v počátku pracovní výkonnostní problémy, které se časem upravily. V současné době se klienti shodují, že se stav dostává do své původní podoby. Každá PN má také své finanční dopady, kdy dojde k ovlivnění rodinného rozpočtu. Většina rodin je závislá na příjmech obou partnerů, proto výpadek jednoho z nich, pokud nejsou v rodině vytvořeny nějaké finanční rezervy, může ohrozit jejich existenci. Respondenti toto potvrdili, ale je třeba říci, že záleží na vzdělání a tím i na výši příjmů. Ti, kteří disponují vyššími příjmy, mají určité úspory, dokážou určitou dobu pracovní neschopnosti překonat s využitím svých finančních rezerv. Pouze jeden muž, který sám není příliš finančně ohodnocen a i jeho partnerka pobírá jen o něco více než je minimální mzda, byl nucen si vypůjčit nějaké finanční prostředky od rodičů.

Asi každého z nás volnočasové aktivity běžně doprovázejí, jsou součástí naší duševní hygieny, proto mě zajímal dopad onemocnění na tuto oblast. Z výzkumu vyplynulo, že u čtyř klientů došlo k posunu ve výkonu volnočasových aktivit. Byly ovlivněny volnočasové aktivity spojené se sportem, či jinou fyzickou námahou, jako jsou práce na zahradě. Tři klienti sport omezili. Dvě klientky mající rády práci na zahradě, tuto svou zálibu velmi omezily. Problémem jsou pro jednu ženu také aktivity spojené s mentálními schopnostmi, jako jsou vědomostní záliby, luštění křížovek a zároveň vidí jako velké omezení, že si netroufá pohlídat všechna svá vnoučata, která jinak velmi miluje. Jedna žena má problém pro poruchu koncentrace se studiem na VŠ. Přemýšlela i o ukončení studia, ale její zaměstnavatel vysokoškolský titul vyžaduje. Zde dochází k velkému vnitřnímu boji, což ji frustruje. Sledovala jsem také schopnosti klientů v řízení automobilu. Dvě ženy a jeden muž si při řízení nejsou jisti. Jedna žena

přestala pro strach řídit úplně, což z důvodu bydlení na vesnici a tudíž malé dostupnosti infrastruktury, pociťuje jako sociální problém.

Na závěr došlo k celkovému hodnocení současné kvality života. Souhlasím s Gurkovou (2011), která říká, že koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušeností člověka – od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožívání životního štěstí. V návaznosti na toto čtyři klienti (3 ženy, 1 muž) hodnotili zhoršenou kvalitu života. Z toho jeden muž se s tím zatím nemůže smířit, jedna žena popisuje, že celkově zestárla a stydí se za své sluchové postižení. Jeden muž již nyní nepociťuje žádná omezení, která by mu bránila v kvalitně prožívaném životě.

Zde je porovnání s klienty, kde rekonvalescence nedosáhla 1 roku. Jedná se o 3 klienty (1 žena a 2 muži). Bolestmi hlavy trpí všichni tři klienti. Sklony k migrénám nemá ani jeden. Změnu partnerského intimního soužití přiznala žena, muži tvrdí, že je vše v pořádku. Na únavu a celkovou slabost si stěžují všichni tři klienti, zvláště žena, která to hodnotí slovy, že je úplně jiný člověk. Žena si také stěžuje na bolesti kloubů, kdežto muži se po této stránce cítí dobře. Narušený spánek má žena a jeden muž.

Psychické zdraví nejvíce ovlivnilo ženu, která udává smutek až deprese a v návaznosti na toto byla klientka poslána k psychologovi, kde jí byla doporučena podpůrná léčba antidepresivy, což ze společenského hlediska odmítla. Tato žena potvrdila, že je psychicky nevykonná, taková zpomalená, špatně si vybavuje slova a trpí dysgrafií. V oblasti ovlivnění psychického zdraví se vyjádřil pouze jeden muž, že se mu vybavují špatně slova a má trochu problémy se soustředěním. Klient 5 potvrdil, že se necítil úplně dobře tak do 6 měsíců, ale nyní je vše jako před nemocí.

U všech třech klientů došlo také k pomoci v rámci rodiny, kdy rodinní příslušníci převzali určité činnosti. U mužů to byly povinnosti spíše okolo domu, zahrady, anebo technických povinností v rámci bytu, které za ně převzaly partnerky a odrostlejší děti. Ženu a jednoho muže velmi trápí, že se nemohou tolik věnovat rodině, kde jsou ještě poměrně malé děti. Muž navíc uvádí, že se cítí provinile vůči rodině, že

se nevěnuje synovi tolik, jak byli oba zvyklí, což i syn špatně nese, vadí mu, že je závislý na manželce, připadá si „*jak malé dítě*“.

U klientů do 1 roku se problémy s PN velmi podobaly problémům skupiny klientů nad 1 rok. Výkonnostní problémy měli všichni tři klienti. U jednoho muže došlo po 5 měsících k ukončení PN, ale vzhledem k náročnosti svého povolání, musel ještě na 1 měsíc PN obnovit. Tento klient také okomentoval finanční tíseň, spíše z důvodu početné rodiny, se třemi nezaopatřenými dětmi. Klientka, která pracuje jako manažerka, tento stav velmi těžce nese. Nemůže si přivyknout, že není tak výkonná, cítí se být unavená, ale PN na vlastní žádost ukončila pouze po 3 měsících. Chmelík (2004, s. 329) velmi trefně hodnotí daný stav: „*České ženy zastávají velmi odpovědná povolání, jejich zátěž v pracovní době je srovnatelná s muži, ale rozdíl nastává po práci. Nákupy, péče o domácnost, děti však zaberou průměrné ženě několik dalších hodin. Výsledkem bývá chronické přetížení a to se může promítnout do výsledků nemoci a subjektivních prožitků v rekonvalescenci.*“.

Vliv onemocnění na volnočasové aktivity, se u klientů do 1 roku, příliš neliší. Sport úplně vyřadila žena a nahradila ho jinou formou aktivit, spíše relaxační a meditační. Jeden muž také zatím nesportuje a druhý muž sport pouze omezil. Žena se necítí při řízení automobilu jistá, na rozdíl od mužů, kteří se již v této oblasti necítí v řízení automobilu limitováni. Toto je asi dáno tím, že mužům je oproti ženám tato disciplína bližší.

Zhoršenou kvalitu života definoval jeden muž, smířit se s horšenou kvalitou života a sníženou výkonností nedokáže jedna žena. Jeden muž již nepociťuje žádnou změnu v kvalitě.

Na konec jsem se zabývala otázkou očkování. Nejdůležitější ochranou před onemocněním TBE je očkování, které je již běžně dostupné, avšak nepovinné a také nehrazené zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny svým pojištěncům pouze přispívají na poslední očkovací dávku či přeočkování. I tak se to pro některé vrstvy obyvatel stává nadstandardní, drahé a tudíž zbytečné. Položila jsem jednoduchou otázku, zda respondenti o možnosti očkování věděli. Všichni odpověděli, že ano. Ale důvody proč se očkovat nedali, byly různé. Jedna žena a jeden muž odpověděli, že dnes

by se určitě očkovat dali. Jedné ženě a jednomu muži očkování připadalo zbytečné, tato žena zároveň zmínila pro důchodce i finanční náročnost. Jedna žena a jeden muž by se stejně očkovat nedali, tento muž by se nakonec očkovat nechal, kdyby mu to někdo nařídil, ale doptávaná žena je zásadně proti, má informace od lékařů, že toto očkování může spustit onemocnění roztroušené sklerózy. Jedna žena vyznává alternativní způsob života, tudíž se k jakémukoli očkování staví celkově negativně. Zajímavý byl případ jednoho muže, který prodělal očkování cca před deseti lety, ale již se nenechal přeočkovat. Tento muž, ač je pouze 7 měsíců po nemoci, se celkově cítí velmi dobře a svůj stav hodnotí stavem před nemocí.

Na závěr lze říci, že onemocnění TBE prioritně změní fyzickou stránku člověka a ta následně ovlivní i psycho, sociální i spirituální oblast. Je však důležité mít na paměti, že každý jedinec je individualita, osobnost a nelze paušálně říci, že každý musí být výkonnostně, psychicky, či sociálně omezen.

Z mého výzkumu kromě mých zodpovězených výzkumných otázek také vyvstalo zajímavé zjištění. Je patrné, že více problémů v rekonvalescenci mají ženy. Chmelík (2004) říká: *„Ženy již vstupují do boje s mikroorganizmem s handicapem a ten se může promítnout do výsledků nemoci a subjektivních prožitků v rekonvalescenci.“* Primárně jsou chronicky přetíženy. Je to dáno jejich pocitem potřebnosti vůči rodině, zaměstnavateli. Většina žen v akutní fázi příliš nedodržuje léčebný řád, mají snahu disimulovat, chtějí dokázat, že situaci mají pod kontrolou, chtějí hospitalizaci brzy ukončit. V hlavě se jim stále vrací myšlenky na rodinu, děti, tudíž nedají tělu možnost si řádně odpočinout. Toto dle slov respondentek mají i po propuštění do domácího prostředí. Mají pocit, že již vše zvládnou, chtějí se opět plnohodnotně zapojit do běžného dění v rámci rodiny, zaměstnání, ale tělo pokud není vyléčeno, to nedovolí, a proto se jejich rekonvalescence prodlužuje, na rozdíl od mužů. Muži jsou většinou řádnými pacienty, kteří opravdu odpočívají, nechají se opečovávat a dodržují přísný klidový režim. Ve výzkumu bylo patrné, že i po ukončení hospitalizace se muži více šetřili, domácích povinností byli ušetřeni a byli partnerkami hýčkáni. Z výzkumu bylo patrné, že i PN měli v průměru delší než ženy, tudíž si dopřávají většího klidu nežli ženy. Muži proto mají tendence k rychlejšímu uzdravení.

6. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak onemocnění TBE ovlivní kvalitu života s bio, psycho, sociálním a spirituálním dopadem. Kvalita je myšlena v rámci fyzického a psychického zdraví, sociálních vazeb v rámci společenského žití, zaměstnání, ale také jaký to mělo vliv na seberealizaci a sebepojetí klientů.

Výzkumná otázka 1 byla zaměřena na zjištění, co bylo u nemocných nejvíce ovlivněno. Cíle bylo v této práci dosaženo.

Na základě provedeného průzkumu jsem zjistila, že nemoc nejvíce ovlivní fyzickou stránku, která dále každého ovlivnila ve všech jeho dalších sférách. Důležitým faktorem je zde věk, pohlaví, chronická onemocnění a v neposlední řadě také celkový přístup. Nemoc ovlivní nemocného v takové míře, že na určitou dobu dochází ke změnám aktivit v rámci rodiny, zaměstnání i trávení volnočasových aktivit.

Výzkumná otázka 2 byla zaměřena na zjištění, zda klientům stačí jeden rok rekonvalescence k návratu ke svým běžným aktivitám a zda zdravotní stav byl významným faktorem pro rekonvalescenci. Cíle práce bylo dosaženo.

Na základě provedeného výzkumu jsem zjistila, že nelze jednoznačně říci, že jeden rok stačí pro rekonvalescenci a úpravu stavu do původní podoby, avšak přibližně do roka dochází ke stabilizaci zdravotního stavu s drobnými omezeními, zvláště fyzickými, které klientům stále narušují psychický klid a sociální vazby. Věk a zdravotní stav před nemocí je významným faktorem pro průběh a rekonvalescenci. V tomto výzkumném souboru bylo vidět, že s přibývajícím věkem a tím větší pravděpodobností chronických chorob, může dojít k následným trvalým poruchám.

Výzkumná otázka 3 byla zaměřena na znalost možnosti očkování, a jaký respondenti měli důvod k negativnímu přístupu. Cíle bylo dosaženo.

Na základě provedeného výzkumu jsem zjistila, že všichni o možnosti očkování věděli. Prevenci v podobě očkování většina lidí nepřikládá váhu, jsou neznalí vážnosti tohoto onemocnění, a tudíž jim připadá zbytečné. Jeden klient byl před deseti lety očkovan, ale další přeočkování již neprodělal. Průběh nemoci byl mírnější, včetně rychlejší rekonvalescence, tento klient se již po sedmi měsících cítí zcela zdrav

Tato práce by nám měla ukázat závažnost tohoto onemocnění, které nemusí být vždy smrtelné a přitom má psychický i sociální dopad na život nejen nemocného, ale i celého jeho blízkého okolí. Poznatků této práce by bylo dobré poskytnout jako informační zdroj pro laickou veřejnost.

7. Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*, 5. vyd. Praha: Karolinum 2004. str. 246-247, ISBN 80-246-0894-4.
2. BENEŠ, J., et.al., *Infekční lékařství*, 1. vyd. Praha: Galén. 2009. s. 651, ISBN 978-80-7262-644-1.
3. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*, 1. Vyd. Praha: Grada. 2011, s. 224, ISBN 978-80-247-3625-9
4. HAVLÍK, J. Proč je výskyt klíšťové meningoencefalitidy v České republice stále vysoký?, *Medicína pro praxi*, Solen. 2010 a, roč. 7, č. 6 a 7, str. 254-256, ISSN 1214-8687.
5. HAVLÍK, J. Klíšťová meningoencefalitida, *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů v praxi*, Mladá fronta. 2010 b, č. 2, s. 69. ISSN 0032-6739.
6. HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*, 2. vyd. Praha: Galén 2005. s. 788. ISBN 80-7262-351-6
7. CHMELÍK, V. Klíšťová encefalitida a kvalita života, *Interní medicína pro praxi*, Solen 2004, roč. 6, č. 6, s. 323-325. ISSN 1212-7299
8. CHMELÍK, V. Klíšťová meningoencefalitida, *Interní medicína pro praxi*, Solen 2007, roč. 9, č. 7 – 8, s. 328-330, ISSN 1212-7299
9. CHMELÍK, V. *Klíšťová meningoencefalitida – aktuální situace v ČR, onemocnění, očkování* [online] 2007, Remedia, [cit. 2014-02-11], Dostupné na [http://www.remedia.cz/okruhy-temat/mikrobiologie – a infekční choroby](http://www.remedia.cz/okruhy-temat/mikrobiologie-a-infekcni-choroby)
10. JÍLKOVÁ, E. Prevence klíšťové meningoencefalitidy u starších osob, *Practicus*, SVL ČLS JEP 2012, roč. 11, č. 9 – 10, s. 5. ISSN 1213-8711
11. KLEINEROVÁ, J. Klíšťová meningoencefalitida, *Medicína pro praxi*, Solen 2013, roč. 10, č. 3, s. 119-122. ISSN 1214-8687
12. KRÍŽ, B. BENEŠ, Č. Situace ve výskytu klíšťové encefalitidy do roku 2012 v České republice. *Státní zdravotní ústav* [online]. 11. únor 2013 [cit. 2013-12-20]. Dostupné na: <http://www.szu.cz/tema/prevence/situace-ve-vyskytu-klisťove-encefalitidy-do-roku-2012>

13. KŘÍŽ, B. Světový den zdraví – onemocnění přenášená vektory (Vector-borne diseases – VBD), *Státní zdravotní ústav* [online]. 2. duben 2014 [cit.2014-04-15]. Dostupné na: <http://www.szu.cz/tema/prevence/svetovy-den-zdravi-onemocneni-prenasena-vektory-vector-borne>
14. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada. 2009. s. 176. ISBN 978-80-247-2713-4
15. MANOUŠOVÁ, M. Očkování proti klíšťové encefalitidě, *Practicus SVL ČLP JEP* 2010, roč. 9, č.3, s. 22-23. ISSN 1213-8711
16. PALUS, M., RŮŽEK, D. Klíšťová encefalitida – stále více otazníků než jasných odpovědí, *Vakcinologie*, MedAkta 2013, č. 1, roč. 7, s. 158-164, ISSN 1802-3150
17. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*, 1. vyd. Praha: Triton 2005. s. 629. ISBN 80-7254-657-0
18. Prevence. *Klíšťová encefalitida* [online]. © 2013 MeDitorial. Posl. Aktualizace 3. 3. 2014. [cit. 2014-03-05] ISSN 1802-5536. Dostupné na <http://www.Klistova-encefalitida.cz/prevence>
19. PRYMULA, R. KOSINA, P. KRAUSOVÁ, J. Porovnání dvou vakcín proti klíšťové meningoencefalitidě u dětí – imunogenita a bezpečnost, *Vakcinologie*, MedAkta 2012, roč. 6, č. 1, s. 6-9, ISSN 1802-3150.
20. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, 1.vyd. Praha: Grada, 2009. S. 192. ISBN 978-80-247-3006-6
21. ROHÁČOVÁ, H. Hnisavé a nehnisavé záněty CNS, *Neurologie pro praxi*, Solen 2006, roč. 6, č. 3, s. 128-130. ISSN 1213-1814
22. ROHÁČOVÁ, H. Klíšťová meningoencefalitida – aktualizace 2012, *Practicus*, SVL ČLP JEP 2012, č. 4, roč. 4, s. 26-28. ISSN 1213-8711
23. SCHINDLER, J. *Mikrobiologie pro studenty zdravotnických oborů*, 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 154. ISBN 978-80-247-3170-4.
24. SMÍŠKOVÁ, D. DŽUPOVÁ, O. PÍCHA, D. Těžký průběh infekce virem klíšťové meningoencefalitidy s trvalými následky, *Vakcinologie*. MedAkta 2011, roč. 5, č. 1, s. 13-15. ISSN 1802-3150.

25. STREJČKOVÁ, A. a kol. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*, 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007. s. 112. ISBN 978-80-7168-943-0
26. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, 1.vyd. Praha: Grada 2011, s. 136, ISBN 978-80-247-322.
27. ŠIMKOVÁ, S. Víme všechno o klíšťatech?, *TNoviny, Zpravodaj Thomayerovy nemocnice*, září 2013, roč. 3, č. 8, s. 9-10.
28. ŠPLIŇO, M. BOŠTÍKOVÁ, V. Riziko infekcí přenášených klíšťaty a komáry v Evropě, *Vakcinologie, MedAkta* 2012, roč. 6, č. 1, s. 34-36, ISSN 1802-3150.
29. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. s. 184. ISBN 80-7013-324-8.
30. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. vyd. 4. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. s. 870. ISBN 978-80-7367-414-4
31. Virus klíšťovky, *Klíšťová encefalitida* [online]. © 2013 MeDitorial. Posl. aktualizace: 3. 3. 2014. [cit. 2014-03-05] ISSN 1802-5536. Dostupné na: <http://www.klistova-encefalitida.cz/prevence>
32. VOKURKA, M. HUGO, J. et. al. *Velký lékařský slovník*, 7. vyd. Praha: Maxdorf 2007. s. 1057. ISBN 978-80-7345-130-1.
33. ZVONÍKOVÁ, A. ČELEDOVÁ, L. ČVELA, R. *Základy posuzování invalidity*, Praha: Grada 2010, 1. vyd. s. 357. ISBN 978-80-247-3535-1.

8. Klíčová slova

Aseptická klíšťová meningoencefalitida

Kvalita života

Rodina

Pracovní neschopnost

Psychosociální dopad

9. Přílohy

9.1.1 Příloha č. 1

Otázky rozhovoru

1. Identifikační otázky

Kolik je Vám let?

Jak dlouho jste byl/a v pracovní neschopnosti?

Jak dlouho jste po akutní fázi onemocnění?

Jste vdaná/ženatý?

Kolik máte dětí?

Jaké máte bytové poměry?

Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

Jaké je Vaše povolání?

2. Část zabývající se biologickou složkou zdraví

Pocitujete změnu v rámci Vašeho zdravotního stavu?

Máte nějaké jiné zdravotní problémy?

Trpíte následně bolestmi hlavy?

Došlo k poruše spánku?

Ovlivnila nemoc Váš intimní partnerský život?

3. Část psychická

Máte pocit, že nemoc ovlivnila Vaši psychiku?

Jak nemoc ovlivnila Vaši celkovou náladu?

Trpíte větší únavou?

Došlo k ovlivnění Vašich mentálních schopností?

4. Část sociální a spirituální

Jakým způsobem se nemoc promítla do rodinného soužití?

Musel partner /děti za Vás převzít nějaké povinnosti v rámci domácích prací?

Měl/a jste v zaměstnání problém s Vaším zaměstnavatelem ohledně dlouhodobé pracovní neschopnosti?

Ovlivnila PN Váš rodinný rozpočet?

Jak onemocnění ovlivnilo Vaší seberealizaci?

Můžete se opět věnovat Vaším koníčkům?

Došlo k ovlivnění schopnosti např. řízení automobilu?

Cítíte změnu v kvalitě Vašeho života?

Věděl/a jste o možnosti očkování proti TBE?

Byl/a jste očkována proti TBE?

Proč jste se nenechal/a očkovat proti této nemoci?