



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Koordinovaná rehabilitace po získaném poškození mozku

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: [REHABILITACE](#)

Autor: Bc. Miluše Moravcová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

[České Budějovice 2019](#)

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Koordinovaná rehabilitace po získaném poškození mozku jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Bc. Miluše Moravcová, DiS.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za její odborné vedení této práce, cenné rady, podněty a připomínky. Rovněž bych chtěla poděkovat celé mojí rodině za podporu a ostatním, kteří se podíleli na vzniku diplomové práce.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem koordinované rehabilitace u osob po získaném poškození mozku, které absolvují léčebný pobyt v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech. Cílem této práce je popsat celkovou zdravotně sociální situaci u oslovených klientů, která vznikla jim i jejich rodině po prodělaném poškození mozku.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje seznámení s tematikou diplomové práce. Je rozdělena do sedmi hlavních kapitol. První a druhá kapitola obsahují dělení, popis, funkci nervové soustavy a anatomii mozku. Třetí kapitola se zabývá pojmem získaného poškození mozku a jeho dělením na cévní mozkové příhody, traumatická poškození mozku a netraumatická poškození mozku. Čtvrtá kapitola vysvětluje koordinovanou rehabilitaci a její části – léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitaci. Pátá kapitola je na téma preventivní funkce rehabilitace, která je také velmi důležitou součástí lidského zdraví a je úzce spojena s rizikovými faktory. Šestá kapitola rozděluje jednotlivá rehabilitační zařízení. Tématem sedmé kapitoly je péče v Rehabilitačním ústavu Kladruhy. Seznámení s historií, současností a vizí rehabilitační péče do budoucna v tomto rehabilitačním ústavu. Dále obsahuje rozdělení poskytované komplexní péče v rehabilitačním zařízení.

Výzkumná část se týká daných cílů a výzkumných otázek. Výzkum a diplomová práce je podpořena souhlasem Etické komise v Rehabilitačním ústavu Kladruhy. Hlavním cílem této práce je popsat základní zdravotně sociální problémy u oslovených klientů a dílčím cílem je identifikovat nejpřínosnější složku koordinované rehabilitace během pobytu v rehabilitačním zařízení. Dvě výzkumné otázky jsou stanoveny v návaznosti na výzkumné cíle. První otázkou je zjistit, jaké limity vnímají oslovení klienti jako nejzásadnější a druhou otázkou je popsat intervence, které hodnotí klienti v rámci rehabilitace jako nejpřínosnější. Výzkumná část dále popisuje, jakým způsobem je práce zpracována, jaké metody budou použity, a vysvětluje výběr výzkumného vzorku klientů, díky kterým je tato práce vytvořena. V této práci je použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor je volen záměrným výběrem klientů a je tvořen čtyřmi klienty: 2 ženy a 2 muži. Všichni oslovení klienti jsou seznámeni s cíli této práce, výzkumnými otázkami a možným přínosem této práce v léčbě osob po získaném poškození mozku. Technikou pro sběr dat je zvolen polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory jsou vedeny v klidném prostředí během léčby klientů v rehabilitačním ústavu. Analýza rozhovorů je provedena v programu Atlas.ti 8.

Výsledné informace práce popisují a vysvětlují zdravotní a sociální problémy, které vznikají osloveným klientům po poškození mozku a jakým způsobem ovlivňují jejich dosavadní život. Dále výsledky identifikují prioritní část koordinované rehabilitace a jednotlivé složky komplexní rehabilitace. Podrobněji se zaměřuje na dvě důležité části léčebné rehabilitace a těmi jsou fyzioterapie a ergoterapie. Dále výsledky popisují léčbu v Rehabilitačním ústavu v Kladruzech, ukazují důležitost koordinované rehabilitace pro osoby pro poškození mozku a také vhodnost rehabilitačních zařízení, kde se provádí komplexní péče o klienty.

Klíčová slova

Získané poškození mozku; koordinovaná rehabilitace; Rehabilitační ústav Kladruhy; multidisciplinární tým; fyzioterapie

Abstract

The thesis focuses on coordinated rehabilitation with persons after acquired brain injury and they are healing in rehabilitation institute in Kladruby. Purpose of this work is to describe total health and social situation of addressed clients, which began them and their family after acquired brain injury.

The thesis is divided into two main parts – the theoretical part & the research part. The theoretical part includes familiarization with the topic of the diploma. It is divided into seven main chapters. The first and the second part include division, description and function of the nervous system & of the brain anatomy. The third chapter is focused on acquired brain injury and its division into strokes, traumatic brain injuries and non-traumatic brain injury. The fourth chapter explains coordinated rehabilitation and its parts – therapeutic, social, educational and work rehabilitation. The fifth chapter theme is preventive function of the rehabilitation, which is very important part of human health either and it is closely connected with risk factors. The sixth chapter divides individual rehabilitation facilities. The seventh chapter theme is the care in rehabilitation institute in Kladruby. It is described acquaintance with history of the institute, acquaintance with present of the institute and acquaintance with the vision of the rehabilitation care in the future in this rehabilitation institute. Chapter includes division of complex care provided in rehabilitation facility.

The research part includes given goals & research questions. The research and the diploma are supported with agree of ethics committee of rehabilitation institute in Kladruby. The main goal of this work is to describe basic health and social problems at addressed clients. Partial goal is to identify the most beneficial component of coordinated rehabilitation during the visit the rehabilitation facility. Two research questions are established following research goals. The first question is to find which limits addressed clients perceive as the most essentials. The second question is to describe the intervention which are rated by clients withing the rehabilitation as the most beneficial. In the theoretical part is described, which method is the work processed and which methods was used. It explains the choice of research sample of clients, thanks to them, this work is writed. In this work is used the method of qualitative research. The research file is selected by deliberate selection of clients and it is created by four clients – the two women and the two men. All of the addressed clients were acquainted with goals of this work, with the research questions and with possible acquisition of this work in healing the persons after acquired brain injury. The techniques of the data collection is semi-structured interview. The interviews were realized in quiet ambience during

the healing of clients in rehabilitation institute. The analysis of the interviews were processed in Atlas.ti 8 software.

Resultant diploma informations describe and explain the health and social problems, which are forming to the clients after the brain damage and which way the problems influence their actual life. Next, the results identify priorit part of the coordinated rehabilitation and the sigle components of the complex rehabilitation. It is focused closely on the main part of healing rehabiliton, these are physiotherapy and ergotherapy. The results describe healing in rehabilitation institute in Kladruby, they show importance of the coordinated rehabilitation for persons after brain damage and suitability of rehabilaion facilities, where is complex care of clients realized.

Key words

Acquired brain injury; coordinated rehabilitation; Rehabilitation centre in Kladruby; multidisciplinary team; physiotherapy

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Nervová soustava	12
1.1.1 Neuron.....	12
1.1.2 Centrální nervová soustava	13
1.1.3 Periferní nervový systém.....	15
1.2 Anatomie mozku	15
1.2.1 Mozková hmota.....	15
1.2.2 Mozkové obaly	16
1.2.3 Cévní zásobení mozku	16
1.2.4 Mozkové laloky a oblasti mozkové kůry.....	16
1.3 Získané poškození mozku	19
1.3.1 Cévní mozková příhoda	22
1.3.1.1 Příznaky CMP	23
1.3.1.2 Hlavní klinické ložiskové příznaky.....	23
1.3.1.3 Rizikové faktory CMP.....	25
1.3.1.4 Prevence CMP	26
1.3.2 Traumatické poškození mozku	26
1.3.3 Další typy poškození mozku (netraumatická).....	27
1.4 Koordinovaná rehabilitace	28
1.4.1 Léčebná rehabilitace	30
1.4.2 Sociální rehabilitace.....	34
1.4.3 Pedagogická rehabilitace.....	36
1.4.4 Pracovní rehabilitace	36
1.5 Preventivní funkce rehabilitace.....	37
1.6 Jednotlivé typy rehabilitačních zařízení	37
1.6.1 Ambulantní zařízení poskytující léčebnou rehabilitaci	37
1.6.2 Lůžková zařízení poskytující léčebnou rehabilitaci.....	38
1.7 Komplexní péče v Rehabilitačním ústavu Kladruby.....	39
1.7.1 Od historie k současnosti	39
1.7.2 Komplexní rehabilitace v RÚ Kladruby	40

1.7.3	Nové možnosti léčby	41
1.7.4	Roboticky asistovaná terapie	42
1.7.5	Podpora klientů RÚ Kladruby při budoucí sociální rehabilitaci	43
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	45
2.1	Cíl práce	45
2.2	Výzkumné otázky.....	45
3	METODIKA	46
3.1	Použitá metoda	46
3.2	Výzkumný soubor	47
3.3	Metodika sběru dat	48
3.4	Metodika zpracování dat.....	49
4	VÝSLEDKY	50
4.1	Výsledky výzkumu dle jednotlivých informantů.....	78
5	DISKUZE	88
6	ZÁVĚR.....	93
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	96
8	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	103
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	104

ÚVOD

Tématem diplomové práce je koordinovaná rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku. Zaměřila jsem se na poskytování komplexní rehabilitace v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Získané poškození mozku je v dnešní době jedním z nejrozšířenějších postižení, které vyžaduje rehabilitaci osob a k nejčastějším příčinám disability patří právě následky poranění mozku. Je velmi častým důvodem vedoucím ke změně kvality života osob po prodělaném poškození mozku. Získané poškození mozku může mít traumatický nebo netraumatický původ, nebo je spojeno s proděláním cévní mozkové příhody, které je častou příčinou vzniku poškození mozku, ale bohužel také příčinou úmrtí. Věk osob, které jsou postižené cévní mozkovou příhodou v této uspěchané a hektické době, se výrazně snižuje. V dnešní době, plné stresu a nadměrných požadavků, je možné se setkat s mozkovou příhodou i u osob, kterým je necelých dvacet let, což dokazuje i diplomová práce. Také věk osob po poškození mozku, které je způsobené traumatem, se snižuje. Je způsobeno poraněním hlavy při úderu, úrazu nebo dopravní nehodě.

Rehabilitační ústav Kladruby je zdravotnickým zařízením, které se specializuje na osoby po získaném poškození mozku a nabízí těmto osobám všechny složky komplexní rehabilitace. Jsou zařazováni do kranio programu, který je velmi intenzivní formou léčebné terapie. Včasná a vhodná koordinovaná rehabilitace je prioritní pro osoby po poškození mozku, dokáže ovlivnit návrat osob do života a eliminovat zdravotní i sociální dopady na život. Velmi často získané poškození mozku ovlivňuje celou rodinu, nejen klienta. Právě pomoc rodiny a možnost se spolehnout na blízké osoby, je pro klienta po získaném poškození mozku velmi potřebnou a může jeho životní situaci kladně ovlivnit. Během léčebných pobytů v rehabilitačním ústavu je spolupráce rodiny velmi žádanou a rodinní příslušníci prochází jednotlivými složkami koordinované terapie společně s klientem.

Téma diplomové práce jsem zvolila z důvodu mých dlouholetých zkušeností a praxe v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Měla jsem možnost poznat všechny složky koordinované rehabilitace při práci s osobami po poškození mozku. Mnoho těchto klientů prošlo také mou terapií a je velmi pozitivní sledovat zlepšování celkového stavu těchto osob a jejich návrat do života, kdy spolupráce s rodinou je během léčebného procesu nepostradatelnou. Na rehabilitační péči se podílí odborníci, kteří společně komunikují a vytvářejí multidisciplinární tým. Díky vzájemné komunikaci odborníků se upravují léčebné rehabilitační programy, které jsou sestavovány přímo na míru klienta, podle jeho schopností a možností.

Práce pro mě byla přínosnou k prohloubení mých znalostí v této problematice a uvědomování si provázanosti složek koordinované rehabilitace. Dále by mohla být přínosnou pro studenty zdravotnických a sociálních oborů středních a vysokých škol, aby si vytvořili pohled na problematiku koordinované rehabilitace u osob po získaném poškození mozku, která je v této době velmi aktuálním tématem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Nervová soustava

Dle Dylevského (2009) je nervový systém jedním ze tří řídicích systémů organismu a zajišťuje především tyto funkce: **příjem informací** (senzorické funkce), **zpracování informací** (asociační - integrační funkce) a **hybná odpověď** (motorická funkce).

První skupina funkcí je spojena s funkcí přijímačů (receptorů), které zprostředkují záznam změn vnějšího a vnitřního prostředí organismu, druhá skupina tyto změny interpretuje a třetí skupina realizuje odpověď – akci, pohyb (Dylevský, 2009). Všechny tyto funkce nervového systému mají společného jmenovatele – udržují (společně s endokrinním a imunitním systémem) stálost neboli homeostázu vnitřního prostředí organismu (Dylevský, 2009).

Nervový systém lze brát jako funkční celek a tedy svým způsobem jako orgán, který má za úkol nějakým způsobem zprostředkovávat a koordinovat informace mezi různými oblastmi lidského těla, a tím mezi nimi umožnit komunikaci a samotné řízení organismu (Cerebrum, 2013).

Dle Amblera (2011) se nervový systém z hlediska anatomického dělí na **centrální a periferní**. Centrální nervový systém (CNS) tvoří **mozek** (encephalon) a **mícha** (medulla spinalis), periferní nervový systém (PNS) jsou **mozkové a míšní nervy** (Ambler, 2011).

Z hlediska fyziologického se nervový systém dělí na somatický a autonomní neboli viscerální (Ambler, 2011). Somatický systém tvoří struktury zajišťující aferentní senzitivní a senzorické informace jako jsou hmat, bolest, polohocit, zrak aj. a eferentní kontrolu motoriky kosterních svalů a autonomní systém zajišťuje senzitivní informace z viscerálních orgánů a motorickou kontrolu hladkých svalů a srdce (Ambler, 2011).

1.1.1 Neuron

Neurony jsou buňky v nervovém systému a spolu komunikují jedinečným způsobem (Society of neuroscience, 2012). Neuron je základní pracovní jednotka mozku, specializovaná buňka určená k přenosu informací do jiných nervových buněk, svalů a buněk žláz a skládají se z buněčného těla, axonů (neuritů) – vždy jeden a dendritů (Society of neuroscience, 2012). Tělo neuronu je část nervové buňky, ve které je uloženo jádro (Society of neuroscience, 2012). Axon se táhne od těla buňky a často vede ke vzniku mnoha menších větví, než končí

na nervových zakončeních a nervový vzruch se axonem šíří až do synaptických zakončení neuronu (Society of neuroscience, 2012). Synapse jsou kontaktní místa, kde jeden neuron komunikuje s druhým a myelionová vrstva, kterou je obalený axon, výrazně urychluje vedení vzruchu z neuronu na neuron (Society of Neuroscience, 2012). Dendrity se šíří od těla neuronových buněk, přijímají zprávy od jiných neuronů a přivádějí impuls dovnitř buňky – těla neuronu (Rokyta, 2015).

Dle Orla (2015) lze nervové dráhy definovat z různých úhlů, kdy podle počtu zapojených neuronů rozeznáváme nervové dráhy dvouneuronové, trojneuronové a víceneuronové a dále Orel (2015) říká, že vzhledem ke směru vedení informací a vztahu k centrálnímu nervovému systému může jít o:

- Dráhy **ascendentní** (vzestupné), vedoucí informace z nižších etáží do vyšších, a dráhy **descendentní** (sestupné), vedoucí informace opačně.
- Dráhy **afferentní** (dostředivé), vedoucí informace do mozku a/nebo páteřní míchy, a dráhy **eferentní** (odstředivé), vedoucí opačně.

Dále Orel (2015) uvádí, že podle základní kvality informací, které jsou danou nervovou dráhou vedeny, rozeznáváme:

- Dráhy **senzitivní** - vedoucí informace ze senzitivních nervových zakončení, respektive dráhy senzorické, určené pro informace ze smyslových orgánů. Jde vždy o dráhy dostředivé.
- Dráhy **motorické** – určené pro přenos informací o pohybech příčně pruhovaných svalů. Jsou to dráhy vždy odstředivé.
- Dráhy **vegetativní (autonomní)** – pro vnitřní orgány a autonomní tělesné funkce. Zahrnují jak odstředivé (visceromotorické a sekreční), tak dostředivé dráhy (viscerosenzitivní).
- Dráhy **propojovací** – jsou dráhy různé složitosti a různého směru vedení informací. Jejich hlavní funkce odpovídá označení „propojovací“

1.1.2 Centrální nervová soustava

Centrální nervová soustava (dále CNS) je nejvýše postaveným řídicím a integrujícím systémem v organismu a z hlediska hierarchie stojí CNS nejvýše (Kittnar, 2011). Řídí nebo alespoň zasahuje do funkce všech orgánů a koordinuje jejich činnost a vzájemné vztahy, tak

aby odpovídali potřebám celého organismu (Kittnar, 2011). Vyniká především přesností a rychlostí registrace obrovského kvanta informací o stavu vnitřního a zevního prostředí organismu v jedné časové jednotce (Kittnar, 2011).

Kittnar (2011) uvádí, že významnou vlastností CNS je **preciznost a rychlost** zpracování těchto vstupních údajů a jejich další analýza za využití předchozích informací, které jsou uloženy v paměťových stopách. Podle Kittnara (2011) analýza umožňuje vytvoření konečné výstupní informace či instrukce pro výkonné orgány. Tyto instrukce jsou vždy cíleny tak, aby v každém okamžiku, za jakéhokoli zatížení a podmínek zevního prostředí, byla zachována homeostáza (stálost) organismu (Kittnar, 2011).

Další specifickou vlastností CNS je její **identita** a třebaže je funkce každé CNS založena na jednotných a přesně specifikovaných principech, je výsledná činnost CNS každého jedince naprosto jedinečná a nezaměnitelná (Kittnar, 2011).

Variabilita CNS je v přímém vztahu k další specifické vlastnosti nervového systému = **plasticitě** a jako plasticita CNS jsou označovány dvě základní skupiny funkčních změn (Kittnar, 2011). Dle Kittnara (2011) první skupina charakterizuje přizpůsobení změnám prostředí (adaptace) a tento typ plasticity se tedy výrazně podílí na utváření jedinečnosti CNS. Druhým typem jsou projevy plasticity, vyplývající z funkční zátěže systému. Zde je podstatná především rychlost nástupu funkčních změn a jejich reverzibilita (Kittnar, 2011).

Specifickou vlastností nervové soustavy je rovněž její **úloha trofická**, která je podstatná nejen pro udržení její vlastní integrity, ale i pro udržení integrity všech orgánů a soustav v organismu, které inervuje (Kittnar, 2011). Trofická úloha nervového systému je však především podstatná pro vlastní nervovou tkáň, zejména vzhledem k tomu, že zralé neurony v CNS nemají schopnost plnohodnotné regenerace (Kittnar, 2011). Trofika nervového systému je tedy jedním z rozhodujících činitelů pro udržení pro udržení minimálního možného poklesu počtu neuronů (Kittnar, 2011).

Praktická nemožnost regenerace neuronů CNS je další specifitou tohoto systému, kdy sice po narození dochází k dalšímu vývoji struktury a funkce neuronů včetně větvení axonů a dendritů a změnám jejich zapojení, jejich počet je však již konečný (Kittnar, 2011). Naopak počet nervových buněk v postnatálním i za zcela fyziologických podmínek klesá (Kittnar, 2011).

1.1.3 Periferní nervový systém

Periferní nervový systém (periferní nervová soustava) neboli obvodové periferní nervy, kde část vláken vede vzruchy odstředivě (eferentně) od buněk centra ke svalům a vlákna tohoto typu jsou svým účinkem vlákna motorická = hybná (Slezáková, 2010). Vlákna vedoucí dostředivě (aferentně) od receptorů k buňkám centra jsou vlákna senzitivní = citlivá (Slezáková, 2010).

1.2 Anatomie mozku

Mozek je nesložitějším orgánem lidského těla a vlastně vůbec nejsložitější věcí, kterou lidstvo zná (Cerebrum, 2013). Je uložen v lebce, která je mechanickou ochranou mozku (cerebrum, 2013). Mozek je dále obalen vrstvami mozkových obalů a tyto obaly kryjí také míchu v páteřním kanále (Cerebrum, 2013). Mícha z lebky vystupuje velkým otvorem v lebce spodně a záhy vstupuje do páteřního kanálu (Cerebrum, 2013).

Dle Vykopalové a kolektiv (2015) se mozek skládá z řady stupňovitě uspořádaných oddílů: prodloužená mícha, Varolův most, mozeček, střední mozek, mezimozek, koncový mozek. Prodloužená mícha, most a střední mozek vytvářejí **mozkový kmen** a je to nejstarší část lidského mozku (Slezáková, 2010).

Hlavním úkolem mozku je zpracovávání a ukládání informací z našich smyslů a řízení správné odpovědi těla na přicházející podněty (Cerebrum, 2013). Díky mozku dokážeme dělat tak různorodé činnosti jako například chytit letící míč, zapamatovat si jména svých kamarádů, hrát na hudební nástroj nebo vyřešit matematickou úlohu (Cerebrum, 2013).

1.2.1 Mozková hmota

Dle Borden a kol. (2015) se mozek skládá z šedé hmoty mozkové (substantia grisea) a bílé hmoty mozkové (substantia alba). Šedá hmota je uložena v povrchové vrstvě mozku a mozečkové kůry. Šedá hmota je tvořena těly neuronů a na povrchu tvoří souvislou vrstvu = **mozkovou kůru** (Borden a kol., 2015). Bílá hmota je v podkorových a hlubokých mozkových oblastech a skládá se z různých myelinových neuronálních procesů, které přenáší informace do center a z center šedé hmoty mozku (Borden a kol., 2015). Dle Jakubkové (2014a) právě šedá mozková kůra je sídlem vůlí řízených kognitivních, tedy poznávacích procesů. „Komunikace“ mozkových hemisfér a přenášení informací v mozku a celé nervové

soustavě se děje pomocí obrovského množství elektrických signálů mezi jednotlivými neurony a jedna mozková buňka může být spojena s až deseti tisíci dalšími (Jakubeková, 2014a).

1.2.2 Mozkové obaly

Dle Kulišťáka a kol. (2017) obaly mozku tvoří 3 vrstvy: tvrdá plena mozková (dura mater), pavučnice (arachnoidea), měkká plena mozková (pia mater). Prostor mezi pia mater a arachnoideou se označuje jako subarachnoidální prostor (Kulišťák a kol., 2017). Ten je vyplněn mozkomíšním mokem a probíhají v něm větve mozkových tepen a tepen povrchových a přes otvory ve IV. komoře mozkové navazuje na komorový systém (Kulišťák a kol., 2017).

1.2.3 Cévní zásobení mozku

Dle Seidla (2015) lze cévní zásobení mozku rozdělit na oblast karotického (předního) a vertebrobazilárního (zadního) povodí. Tyto cévy tvoří Willisův okruh na spodině, což umožňuje komunikaci nejen mezi karotickým a vertebrobazilárním povodím, ale také mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace (Seidl, 2015). Z Willisova okruhu vycházejí jednak velké, párové arterie, které probíhají po povrchu mozku a zásobují korové a podkorové oblasti (Seidl, 2015). Seidl (2015) udává, že druhou skupinu tvoří drobné, penetrující arterie zásobující centrální (hluboké) mozkové struktury, které jsou konečné a nemají kolaterální spojení.

1.2.4 Mozkové laloky a oblasti mozkové kůry

Mozková kůra je tenká vrstva nervové tkáně na povrchu mozku a četné závitky a brázdy zvětšují její povrch (Langmeier, 2009). Z funkčního hlediska se mozková kůra dělí na primární sensorické a primární motorické oblasti = korové centra a na tyto primární oblasti mozkové kůry navazují sekundární, asociační oblasti (Langmeier, 2009). Jsou propojeny s oblastmi primárními, navzájem mnohočetně mezi sebou, s obdobnými oblastmi druhé hemisféry i s některými podkorovými oblastmi (Langmeier, 2009).

Dle Jakubekové (2014b) se levé hemisféře se připisují především funkce jako analytické myšlení, matematicko - logické schopnosti, řečové schopnosti, vědecké uvažování, psaní, počítání, motorické reakce, pojem o čase, atd. Zatímco pravá hemisféra hostí funkce jako

celostní myšlení, intuice, sluchové vjemy, představivost, tvořivost, hudba a umění či denní snění (Jakubeková, 2014b).

Obě hemisféry spolu úzce spolupracují, i když někdy, díky neuronální plasticitě, mohou do jisté míry v případě potřeby (při poškození), přebírat funkce té druhé (Jakubeková, 2014b). Například matematické schopnosti jsou nejsilnější, když obě hemisféry pracují dohromady – díky komunikaci přes kalozní těleso = corpus callosum (Jakubeková, 2014b).

Dle Orla, Facové a kol. (2009) každou mozkovou hemisféru koncového mozku dělíme na pět mozkových laloků, které nazýváme dle jejich umístění: lalok **čelní** (frontální), lalok **temenní** (parietální), lalok **týlní** (okcipitální), lalok **spánkový** (temporální), lalok **ostrovní** (neboli ostrov).

Lungová, (2015) uvádí, že na povrchu hemisfér jsou některé konstantní brázdy, které dělí jejich povrch na pět laloků. Čelní lalok leží před centrální brázdou, temenní lalok sahá od centrální brázdy po temenotýlní brázdou, týlní lalok je oddělen od temenního laloku myšlenou čarou spojující temenotýlní brázdou a předtýlní zářez na spodním okraji mozkových hemisfér, dále spánkový lalok je oddělen od čelního a temenního laloku boční brázdou a ostrovní lalok zvaný ostrov (insula) je skrytý lalok uložený v hloubce postranní a centrální brázdy, překrytý rychleji rostoucími částmi čelního, temenního a spánkového laloku koncového mozku (Lungová, 2012).

V každém mozkovém laloku nacházíme jednak specifické korové oblasti = s víceméně jasně vymezenou konkrétní funkcí a asociační korové oblasti = s nevyhraněnými integrativními funkcemi (Orla, Facová a kol., 2009). Asociační korové oblasti z hlediska objemu jednoznačně dominují nad oblastmi korovými specifickými (Orla, Facová a kol., 2009).

A) Oblasti frontálního (čelního) laloku

Kučera (2013) uvádí tyto oblasti v čelním laloku:

- **primární motorická oblast** – centrum volního řízení motoriky
- **sekundární motorická** = nemotorická oblast. Dochází k plánování a přípravě složitých pohybů.
- **frontální okohybné pole** – řízení jemných pohybů očí
- **Brockovo řečové centrum** (přední řečová oblast) – realizace řeči (svalová koordinace)
- **primární čichová oblast** – analýza čichových informací

- frontální asociační oblast – podílí se na řešení složitých problémů
- **prefrontální kůra** (umístěna na přední části frontální kůry) - součást tzv. sociálního mozku, zpracovává nejsložitější myšlenkové operace, provádí komplexní supervizi (Kučera, 2013). Prefrontální kůra je zapojená do řízení chování na základě výběru určitých vzorců chování, vhodných pro okamžitou místní nebo sociální situaci a umožňuje odhad dopadu vlastního chování z hlediska pozdější úspěšnosti (Langmeier, 2009).

B) Oblasti temporálního (spánkového) laloku

Langmeier (2009) definuje tyto oblasti spánkového laloku:

- temporální oblasti mozkové kůry analyzují senzorické informace (sluchové, zrakové, somatosenzorické) a umožňují rozeznat jejich význam. Informace jsou převáděny na slovní ekvivalenty pro potřeby komunikace
- pro rozvoj funkcí spojených s lidskou řečí mají rozhodující význam temporální oblasti neokortexu
- **Wernickeho senzorické centrum řeči**. Specifická korová struktura, umožňující rozvoj lidské řeči - Brockovo motorické centrum řeči ve frontálním laloku a Wernickeho senzorické centrum řeči (Langmeier, 2009).
- horní část spánkových laloků zaujímá **primární sluchová korová oblast** a v jejím blízkém sousedství se nachází **sekundární sluchová oblast**, která slouží k analýze slyšeného a má vztah rovněž k paměti a řeči (Orel, 2015).

C) Oblasti parietálního (temenního) laloku

V Langmeierovi (2009) a Orlovi (2015) najdeme tyto oblasti temenního laloku:

- lokalizováno zde tzv. diferenciační centrum, které má vztah k rozlišení jednotlivých slov, k pochopení lidské řeči a k myšlení „v předstihu“ před vyslovením určité myšlenky (Langmeier, 2009).
- **primární korová oblast citlivosti** = centrum kožní citlivosti z celého těla (senzitivní centrum) a dochází zde ke zpracování senzitivních informací z čidel kůže i hlubokých čidel uložených ve svalech, šlachách a vazech (Langmeier, 2009).
- **sekundární senzitivní oblast** – nachází se za primární oblastí citlivosti a slouží k vytvoření prostorové mapy těla, uvědomování si pohybů těla i jeho částí.

- **korová oblast pro analýzu chuti** (Orel, 2015).

D) Oblasti okcipitálního laloku

- **oblasti zrakových center** – končí zde zraková dráha, dochází k syntéze obrazů zaznamenaných receptory sítnice (Křivánková, Hradová, 2009).

1.3 Získané poškození mozku

Existuje mnoho typů získaného poškození mozku. Je to rozsáhlá třída poranění mozku, která nejsou ani genetická (dědičná), ani získaná během porodu, a jsou typicky identifikována jako **traumatická** nebo **netraumatická** (Spinal Cord, 2019). Zahraniční zdroj Head Forward Centre (2019) shodně dělí získaná poškození mozku také do dvou základních typů, jako traumatická a netraumatická podle jejich **příčiny**. Traumatická poškození mozku jsou důsledek nárazu do hlavy, vyplývají z vnější síly a následných komplikací, které mohou následovat a dále poškodit mozek, mezi které patří nedostatek kyslíku, rostoucí tlak a otok mozku (Head Forward Centre, 2019). Netraumatická poranění mozku jsou události probíhající uvnitř těla jako například: mrtvice a jiné cévní nehody, nádory, infekční onemocnění, hypoxie, metabolické poruchy - onemocnění ledvin a jater nebo diabetické kóma, toxické látky přijaté do těla vdechováním nebo požitím (Head Forward Centre, 2019). Portál Ergo Aktiv (2015) definuje získané poškození jako poškození, které není dědičné, vrozené nebo degenerativní a vzniká z různých příčin v průběhu celého života.

Světová zdravotnická organizace (Ženeva 1996) definuje získané poranění jako poškození mozku, ke kterému dochází po narození a nesouvisí s vrozeným nebo degenerativním onemocněním (Brain Injury Society, 2019). Tato poškození mohou být dočasná nebo trvalá a způsobují částečné nebo funkční postižení nebo psychosociální nepřizpůsobivost (Brain Injury Society, 2019).

Dle Emmerové (2012) a také Navrátila (2012) poranění mozku v současné době představují významný problém pro svou stoupající četnost, medicínskou i ekonomickou závažnost a následky traumatického poškození mozku patří k nejčastějším příčinám disability (invalidity). Zvláštní sociálně - ekonomický význam má zejména těžké poranění mozku, kdy přibližně 40 % všech úmrtí při dopravních nehodách je zapříčiněno těžkým traumatem mozku (Emmerová, 2012). Poranění mozku jsou příčinou 30 % náhlých úmrtí a ve věkové skupině do 45 let jsou nejčastější příčinou smrti (Navrátil, 2012). Nejvíce pacientů je postiženo ve 2.

až 4. životní dekadě, muži jsou mnohem častěji postiženi než ženy a úmrtnost pacientů s těžkým mozkovým traumatem je přes všechny pokroky v terapii nadále vysoká (Navrátil, 2012). V literatuře je vyčíslena nejčastěji mezi 20 % až 30 % a dalších 21 % pacientů zůstává ve vegetativním stavu nebo jsou po celý zbytek života postiženi těžkým neurologickým deficitem (Navrátil, 2012). Úrazy mozku se v České republice vyskytují v četnosti kolem 1500 případů / 100 000 obyvatel / rok, z nichž je 360 přijato do nemocnice, 15 je léčeno na neurochirurgických pracovištích a 9 jich ročně na kraniocerebrální poranění umírá (Emmerová, 2012; Navrátil, 2012).

V akutním stavu jsou terapeutické snahy zaměřeny na omezení sekundárního postižení mozku a prioritou je optimalizace průtoku krve mozem, dodávky kyslíku a kontrola metabolismu (Emmerová, 2012). Podle Emmerové (2012) léčba začíná již na místě úrazu a během transportu a po přijetí do nemocnice je provedeno grafické vyšetření (CT mozku). Urgentně jsou operováni nemocní s významným krvácením či s pohmožděním mozku, které se chová expanzivně (Emmerová, 2012). Pacienti v těžkém stavu jsou léčeni na JIP či ARO, protože vyžadují umělou plicní ventilaci, podporu krevního oběhu a další intenzivní péči (Emmerová, 2012). K dosažení prioritních hodnot intrakraniálního tlaku a mozkového perfuzního tlaku je často nutná hluboká analgezie a sedace (Emmerová, 2012).

Jak klinické tak experimentální studie různých procesů adaptace centrálního nervového systému prokázaly, že funkční regenerace a kompenzace následků poranění mozku je možná (Navrátil, 2012). Pro funkční zlepšení těchto těžce postižených pacientů je rozhodující zahájit rehabilitaci již během akutní fáze hospitalizace a provádět ji kontinuálně až po rodinnou, sociální a profesionální reintegraci a výsledek neurorehabilitace je tím lepší, čím dříve a s jakou mírou intenzity a kontinuity je prováděna (Navrátil, 2012).

Navrátil (2012) uvádí, že v naší republice je výborně fungující jak přednemocniční tak nemocniční péče o pacienty s těžkým postižením mozku. Dle ojedinělých studií je u nás 80 až 90% nákladů za péči využito v prvních týdnech, průměrně jsou roční náklady kolem 1 miliónu Kč na jednoho pacienta (Navrátil, 2012). Bohužel po akutní léčebné fázi zcela chybí další adekvátní péče multimodální neurorehabilitace (Navrátil, 2012). Podle Navrátila (2012) efektivní systém fázové neurorehabilitace, který lze s minimálními úpravami aplikovat u nás, funguje řadu let v zahraničí a náklady na jeho fungování tvoří jen zlomek nákladů za akutní péči. Navrátil (2012) v knize uvádí, že bez neurorehabilitace, která se v akutní fázi zahajuje již na JIP, přicházejí vysoké náklady na akutní péči vniveč. Pacienti se proto u nás (na rozdíl od zemí s fungující neurorehabilitací) nevracejí do práce a často zůstávají odloženi bez

adekvátní péče na léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a nejsou schopni ani samostatně žít ve vlastní rodině (Navrátil, 2012).

Úrazy mozku mohou vést ke zhoršení motorické funkce, jazyka (mluvy), poznávání, smyslového zpracování a citovým poruchám a to vše může výrazně snížit kvalitu života člověka s poškozením mozku a jeho rodiny (Bradt et al., 2010). Toto vše může eliminovat koordinovaná rehabilitace, která stimuluje mozkové funkce zapojené do pohybu, poznávání, trénink řeči, emocí a smyslového vnímání a sociálního začlenění zpět do života (Bradt et al., 2010). Tato poranění způsobují širokou škálu příznaků, které se pohybují od mírných až po těžké (Spinal Cord, 2019). Ve většině případů je příčina poranění zjevná, přičemž příznaky začínají krátce po počátečním poranění (Spinal Cord, 2019).

Získané poškození mozku zahrnuje řadu stavů zahrnujících rychlý nástup poranění mozku, včetně traumatu v důsledku poranění hlavy nebo pooperačního poškození, cévní úraz, jako je mozková mrtvice nebo subarachnoidální krvácení, mozková anoxie, toxická nebo metabolická urážka, jako je hypoglykemie, a infekce nebo zánět (Bradt et al., 2010). Horáček in Kolář (2009) rozlišuje kraniocerebrální traumata na **primární a sekundární**. Primární kraniocerebrální traumata vznikají přímo v souvislosti s úrazem hlavy a mechanismem vzniku primárního poranění mozku je přímý náraz nebo náraz = zpětný náraz (Horáček in Kolář, 2009). Zpětný náraz je výraz popisující pohmožděniny, které se objeví na dvou stranách mozku (Horáček in Kolář, 2009). Když dojde k úderu do hlavy, tento vyvolá náraz mozku na protilehlou část lebky a poškození vzniká na straně nárazu i na protilehlé straně mozku (Kntb, 2012).

Dle Horáčka in Kolář (2009) sem patří fraktury lebky, poranění měkkých extrakraniálních tkání, otřes mozku, zhmoždění mozku, roztržení mozku a difúzní axonální poranění. Sekundární kraniocerebrální traumata jsou opožděným následkem poranění, vznikají s nějakým časovým odstupem od traumatu a mezi sekundární intrakraniální změny řadíme intracerebrální a extracerebrální hematomy, mozkový edém a zvýšený intrakraniální tlak, intrakraniální infekce a epilepsie (Horáček in Kolář, 2009).

Podle internetových stránek Ergo Aktiv (2017) získané poškození mozku zahrnuje:

- cévní mozkovou příhodu
- traumatické poškození mozku
- další typy (netraumatická) - mozkové nádory, mozkové hypoxie a anoxie, toxická, metabolická a infekční poškození

1.3.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je udávána jako druhá nejčastější příčina úmrtí ve vyspělých zemích a ročně toto onemocnění celosvětově postihne více než 17 milionů lidí (FNUSA, 2018). Každému šestému z nás cévní mozková příhoda hrozí a to bez ohledu na náš věk - ročně CMP postihne více než 80 000 lidí mladších 20 let (FNUSA, 2018). V České republice se za rok vyskytne cca 47 tisíc cévních mozkových příhod a i přes tato vysoká čísla a hrozící následky, většina lidí neví, jakými příznaky se CMP může projevit, jak na ně reagovat, případně, jak se proti tomuto onemocnění preventivně chránit (FNUSA, 2018).

Cévní mozková příhoda neboli iktus, lidově mrtvice, je náhlá porucha krevního oběhu mozku, která vede k nevratnému poškození mozkové tkáně (FNUSA, 2018). Jde o akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc, kdy nejdůležitější roli hraje čas a čím dříve jsou příznaky rozpoznány, tím dříve může být zahájena účinná léčba v nemocnici (FNUSA, 2018).

Věk postižených CMP se rapidně snižuje, často až k věkové hranici dvaceti let a jedním z prvotních činitelů zvýšeného počtu postižených CMP, je zrychlující se životní tempo a nadměrný stres, který lidský organismus nezvládne eliminovat (Ergo Aktiv, 2017). Až 80 % z tohoto celku zastupuje **ischemická mozková příhoda**, vznikající ucpáním mozkové cévy krevní sraženinou a zbývající procento tvoří **hemoragická (krvácivá) mozková příhoda**, kdy vlivem poškození cévních stěn dochází ke krvácení do mozku, či mozkových plen (Ergo Aktiv, 2017).

U ischemické i hemoragické CMP přestanou být mozkové buňky zásobeny okysličenou krví a brzy začnou odumírat a tím dochází ke ztrátě mozkových funkcí, kterou postižená část kontrolovala – např. centrum pohybu (objeví se poruchy hybnosti), řeči (objeví se nesrozumitelná nebo drmolivá řeč) či zraku (poruchy zraku či rozmazané vidění) (FNUSA, 2018).

Až 30 % pacientů na následky CMP umírá a častým následkem bývá trvalá invalidita, např. narušení schopnosti hýbat jednou polovinou těla, porucha tvorby řeči, zhoršení zraku anebo poruchy paměti (FNUSA, 2018). Pokud se však člověku zasaženému akutní CMP dostane včasné pomoci, může vyvážnout bez jakýchkoliv následků, nebo jen s lehkým postižením, např. mírné oslabení končetin (FNUSA, 2018).

1.3.1.1 Příznaky CMP

Většinou se jedná o **náhlou a často dramatickou změnu oproti předchozímu stavu** (FNUSA, 2018). Zrádné je, že u většiny pacientů se nemusí vyskytnout bolest (na rozdíl od srdečního infarktu, pro který je typická tíseň, dušnost a bolest na hrudi), a proto velmi **často dochází k prvotnímu podceňování příznaků** (FNUSA, 2018). U některých pacientů mohou předcházet před vznikem závažného mozkového infarktu pouze krátkodobé a přechodné příznaky a to znamená, že se objeví příznaky, jako je slabost končetiny nebo porucha řeči v trvání jen několika sekund až minut, které však úplně odezní (FNUSA, 2018). Těmto přechodným symptomům se říká **transitorní ischemická ataka (TIA)**, avšak ani příznaky TIA nesmí být podceňovány. V případě vzniku TIA je potřeba se ihned dostavit do nemocnice k neurologickému vyšetření, na základě kterého se stanoví riziko zhoršení příznaků a včasné nastavení léčby anebo krátkodobá hospitalizace u rizikových pacientů mohou zabránit zhoršení příznaků a trvalým následkům (FNUSA, 2018).

Příznakem mrtvice je ochablost nebo znečitlivění tváře, ruky nebo nohy, obvykle na jedné straně těla, dále jsou obvyklé potíže s mluvením nebo snížená schopnost porozumět řeči někoho jiného a dalším příznakem je také porucha zraku, závrať, ztráta rovnováhy nebo koordinace (Moje Zdraví, 2019). Nebezpečná je i bolest hlavy bez zjevné příčiny a objevují se také náhle vzniklé a jinak nevysvětlitelné závratě nebo náhlé pády, náhle vzniklá porucha ostrosti vidění nebo dvojitě vidění (Moje Zdraví, 2019). Příznaky se nemusejí objevit všechny najednou, proto se velmi často některé projevy této nemoci berou v počátcích na lehkou váhu, což může mít katastrofické následky (Moje Zdraví, 2019).

1.3.1.2 Hlavní klinické ložiskové příznaky

A) Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti jsou i mezi laickou veřejností považovány za nejčastější projev iktu (Polívka in Čeledová et al., 2017). Jsou způsobeny poruchou hybného analyzátoru v zadní části čelního laloku nebo poruchou dráhy pro hybnost v průběhu mozku na různých úrovních a jde o parézu nebo plegii, tedy částečnou nebo úplnou poruchu volní hybnosti (Polívka in Čeledová et al., 2017). Typickým nálezem je **hemiparéza (hemiplegie)**, tedy porucha hybnosti levé nebo pravé poloviny těla a častá bývá zároveň stejnostranná obrna dolní větve lícního nervu, projevující se svěšeným ústním koutkem, zkřivením úst (Polívka in Čeledová et al., 2017).

B) Poruchy citlivosti

Senzitivní projekce je obdobná motorické, poruchy čítí přicházejí téměř stejně často jako poruchy hybnosti, na rozdíl od nich však poruchy čítí nejsou vidět (Polívka in Čeledová, et al., 2017).

C) Poruchy řeči

Poruchy řeči (dysfázie – lehčí porucha, afázie – těžší porucha) se dělí dle Polívky in Čeledová et al. (2017) na dva základní typy:

- **porucha motorická, expresivní nebo Broccova** (non-fluentní) – nemocný rozumí, ale řeč vázne, neplyne; nemluví vůbec nebo je schopen říkat jen slabiky, v lepším případě jednotlivá slova nebo velmi stručné věty.
- **porucha senzorická, perceptivní nebo Wernickeova** (fluentní) – pacientova řeč plyne, ale je nesrozumitelná, protože nerozumí tomu, co sám říká, a nerozumí ani ostatním. Chrlí slova a věty, ale nad svojí řečí nemá kontrolu. Řeč je nesrozumitelná. Takový nemocný může být mylně považován za zmateného.

Kombinace obou typů se nazývá **globální dysfázie/afázie** a může v ní převažovat jeden nebo druhý typ a stejně jako u izolovaných poruch může být i tato globální porucha různě těžká (Polívka in Čeledová et al., 2017). Od částečné, lehké dysfázie po úplnou afázii, kdy pacient nerozumí ani nemluví (Polívka in Čeledová et al., 2017).

D) Poruchy psaní, počítání a čtení

Poruchy psaní (dysgrafie, agrafie), počítání (dyskalkulie, akalkulie) a čtení (dyslexie, alexie) jsou další poruchy tzv. symbolických funkcí, strukturálně i významově blízké poruchám řeči (Polívka in Čeledová et al., 2017).

E) Poruchy zrakoprostorové orientace

Podle Polívky in Čeledová et al. (2017) jde o uvědomování si vlastní tělesné integrity, vlastního těla v prostoru, a uvědomění si okolního prostoru a tato porucha se jmenuje **neglect**. Jde o intrapersonální neglect, kdy si pacient neuvědomuje část vlastního těla, případně jeho poruchu (Polívka in Čeledová et al., 2017). Typické je neuvědomování si ochrnutí levostranných končetin nebo holení si pouze poloviny obličeje (Polívka in Čeledová et al.,

2017). Dále se jedná o extrapersonální neglect = prostorový, kdy si pacient neuvědomuje okolní prostor nebo jeho část (Polívka in Čeledová et al., 2017).

F) Poruchy praxe

Dyspraxie/apraxie je porucha vykonávání složitějších a účelových pohybů. Příkladem jsou úkony v oblasti sebeobsluhy, hygieny (Polívka in Čeledová et al., 2017).

G) Poruchy zraku a zorného pole

Částečná nebo úplná porucha zraku na jedno, méně často na obě oči může mít cévní příčinu = být předzvěstí nebo projevem iktu (Polívka in Čeledová et al., 2017).

H) Mozečkové a vestibulární poruchy

Nemocný je vnímá obvykle jako závrať nebo slabost, pro kterou nemůže chodit, kdy důležitým příznakem je trupová ataxie, neschopnost udržet se dobře nebo vůbec vsedě, ve stoji nebo chůzi, pacient vrávorá, špatně se udrží na nohou, je tedy vysoké riziko pádů (Polívka in Čeledová et al., 2017).

I) Poruchy vědomí

Porucha vědomí různého stupně od lehčích až po hluboké bezvědomí se vyskytuje až u pětiny iktů. Jsou většinou způsobené poškozením mozkového kmene. (Polívka in Čeledová et al., 2017).

1.3.1.3 Rizikové faktory CMP

Kalvach (2010) uvádí, že různé rizikové faktory jsou lépe či méně dokumentované ovlivnitelné či neovlivnitelné. Větší rizikové faktory, které je možno léčebně usměrnit/potlačit a jsou proto chápány jako rizikové faktory ovlivnitelné jsou dle Kalvacha (2010) tyto:

- poruchy krevního tlaku
- srdeční choroby
- diabetes mellitus
- kouření
- hyperlipidemie

- nedostatek tělesného pohybu alkoholismus
- obezita
- migréna
- hormonální antikoncepce, substituční hormonální léčba
- zneužívání drog
- hypotyreóza
- karotická stenóza jako riziko pro ischemický iktus
- cévní malformace jako riziko pro hemoragický iktus
- vaskulitidy pro ischemický i hemoragický iktus
- počítá se i transitorní ischemická ataka (TIA), která však je projevem ohrožení, varovným příznakem, nikoli příčinou

Za neovlivnitelné rizikové faktory dobře doložené se dle Kalvacha (2010) počítají tyto:

- stoupající věk
- pohlaví
- genetická dispozice

Obecně panuje přesvědčení, že vaskulární rizika pro iktus mají v celém světě podobné relativní účinky, s mírnou variabilitou etnicity a národnosti (Kalvach, 2010).

1.3.1.4 Prevence CMP

Cévní mozkové příhodě lze předejít například ovlivněním rizikových faktorů (Šlechtová, 2012). Patří sem včasná diagnostika a léčba vysokého krevního tlaku, vyloučení kouření (i pasivního), zlepšení dietního režimu, léčba případně vysokého krevního tlaku, prevence nadváhy (obezita vede k vysokému krevnímu tlaku a dalším srdečním chorobám), pravidelné cvičení a správná léčba cukrovky (Šlechtová, 2012).

1.3.2 Traumatické poškození mozku

Traumatické poranění mozku (TBI) je hlavní příčinou poranění mozku, přičemž každý rok utrpí nejméně 1,7 milionu lidí a téměř 52,000 lidí zemře na jejich následky (Spinal Cord, 2019). Obyčejně bývají tato poranění způsobena autonehodami, pády, násilím na oblast hlavy

(Spinal Cord, 2019). Riziko úrazů pramení i ze stále oblíbenějších adrenalinových sportovních aktivit. Bohužel v tomto případě se ohroženou skupinou stávají převážně mladí lidé (Ergo Aktiv, 2015).

Jak název napovídá, co odlišuje traumatická od netraumatických poranění mozku, je to, že traumatická jsou způsobena traumatem hlavy - nikoli nemocí, rakoviny nebo nádorů (Spinal Cord, 2019). Traumatická poranění mozku mohou vést k netraumatickým komplikacím, jako jsou infekce nebo nebezpečné otoky, ale tato zranění musí být léčena sekundárně k samotnému traumatickému poranění. (Spinal Cord, 2019).

Traumatická poranění mozku narušují život člověka na několika úrovních: fyzické, psychické, sociální, ale i duchovní (Mason, 2018). Dle Masona (2018) traumatické poranění ovlivňuje základy toho, kdo jsme, schopnost myslet, komunikovat a spojovat se s ostatními lidmi. Každé poranění mozku je jiné a kraniotraumata lze klasifikovat podle různých kritérií (Mason, 2018).

A) Poranění měkkých částí hlavy a lebky

Sama o sobě mohou a nemusí být sdružena s poraněním mozku, kdy tržné rány nebo jednoduché fraktury kalvy mohou být bez současného poranění mozku (nebo je provázejí lehká poranění – komoce), avšak na druhé straně řada vážných úrazů mozku je bez současného poranění kalvy i měkkých pokrývek lebních (Bartůněk a kol., 2016).

B) Poranění mozku

Dle Bartůňka a kol. (2016) se podle narušení tvrdé pleny rozlišují poranění na **otevřená a zavřená**. Při otevřeném poranění mozku jsou narušeny měkké pokrývky lební, tvrdá plena, poraněný mozek a tato poranění jsou většinou předmětem chirurgické léčby, pokud stav zraněného a závažnost či rozsah poranění předem nevyklučují možnost zlepšení (Bartůněk a kol., 2016).

1.3.3 Další typy poškození mozku (netraumatická)

Nejčastěji jde o nádory mozku, meningitidy, encefalitidy, hypoxická/anoxická poškození mozku, arteriovenózní malformace, aneurysmata (The Children's Trust, 2019). Netraumatická poškození mozku mohou být stejně častá jako traumatická poškození mozku, ale v některých publikacích působí tato poškození jako přehlížená, co do informací a článků (The Children's

Trust, 2019). Mezi nejčastější příčiny patří infekce, nedostatek kyslíku, nádory a krvácení do mozku a je třeba mít na paměti, že v těchto příčinách poškození mozku může docházet k určitému překrývání (The Children's Trust, 2019). Někdy mohou následovat po traumatickém poranění mozku (The Children's Trust, 2019).

„Trauma“ v TBI (Traumatic brain injury) se týká fyzického traumatu, nikoli psychického traumatu (Spinal Cord, 2019). Netraumatická poranění mozku mohou být stejně traumatizující jako emocionálně náročná a rovněž požadují okamžitou léčbu (Spinal Cord, 2019). Pokud máte podezření, že vy nebo někdo, koho milujete, utrpěl netraumatické poranění mozku, nebo pokud si všimnete změn nálady, poznávání, osobnosti nebo vědomí, okamžitá léčba by mohla být život zachraňující (Spinal Cord, 2019).

Velmi často jde o nádorová onemocnění mozku, kdy maligní i benigní nádory rychle rostou a utlačují tkáň mozku a mohou se šířit do dalších zdravých tkání mozku a páteře (The Children's Trust, 2019). Primární mozkové nádory jsou ty, které začínají v mozku, ale nádory mozku mohou následovat po tumorech jinde v těle (The Children's Trust, 2019). Důvod, proč mohou způsobit zranění mozku, je ten, že lebka je malý, uzavřený prostor a tumor může způsobovat tlak na mozek a poškodit zdravou tkáň a také chirurgický zákrok na odstranění nádoru může způsobit poranění tkání mozku (The Children's Trust, 2019).

1.4 Koordinovaná rehabilitace

Dle Bruthansové a Jeřábkové (2012) patří problematika koordinované rehabilitace osob se zdravotním postižením, již více než 10 let v České republice, ke stále se opakujícím tématům. V průběhu minulého desetiletí, byla opakovaně iniciována zasedání odborné veřejnosti, která měla za cíl připravit zákon o ucelené rehabilitaci, avšak k přijetí tohoto zákona v České republice dosud nedošlo (Bruthansová a Jeřábková, 2012). Tak se Česká republika stále řadí mezi země, kde je tato problematika řešena pouze okrajově, ze složek ucelené rehabilitace je jako celek právně upravena pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně o zaměstnanosti, ale u ostatních typů rehabilitace však komplexní právní úprava chybí (Bruthansová a Jeřábková, 2012). Tato problematika je sice obsažena v právních předpisech jednotlivých právních odvětví, nicméně však netvoří ucelený celek (Bruthansová a Jeřábková, 2012). Bruthansová a Jeřábková (2012) se také zmiňují, že uzákonění koordinované rehabilitace by mohlo omezit negativní dopady resortismu a podpořit větší provázanost a koordinaci jednotlivých prostředků rehabilitace.

Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání (Čeledová a Holčík, 2017).

Poskytování rehabilitace se musí řídit podle Čeledové a Holčíka (2017) ve všech jejích oblastech jednotnými základními principy, kterými jsou:

- včasnost,
- komplexnost, návaznost a koordinovanost
- dostupnost, individuální posouzení, multidisciplinární posouzení a součinnost

Ač někteří autoři ještě používají pojem komplexní rehabilitační péče, jiní ucelená či komprehenzivní rehabilitace, považujeme za nejuvýstižnější označení pojem, kterým je označován i opakovaný návrh věcného záměru zákona – koordinovaná rehabilitace, protože lépe vystihuje koordinaci rehabilitačních procesů rehabilitace léčebné, psychologické, volnočasové, rodinné, sociální, výchovné (pedagogické), pracovní a úrazové (Čeledová a Holčík, 2017).

Koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, jehož hlavním cílem je minimalizovat důsledky postižení jedince a za základní faktor úspěšné rehabilitace lze pak považovat včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života (Bruthansová a Jeřábková, 2012).

Dle Emmerové (2012) by měla koordinovaná rehabilitace splňovat následující atributy:

1. nemocný musí být ošetřujícím lékařem dokonale informován o možnostech všech typů rehabilitace. Komplexní a koordinovanou rehabilitaci lze realizovat pouze s jeho souhlasem (= informovaný souhlas).
2. včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální a psychologický přístup, opakované a závěrečné multidisciplinární posouzení, součinnost všech poskytovatelů.

Bohužel, s chyběním systematické realizace rehabilitace v celé její šíři chybí i systematické sledování výsledků tohoto komplexního pojetí rehabilitace, ale i výsledků

snažení v rámci různých dílčích rehabilitačních procesů (Emmerová, 2012). Záměr Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) přijmout zákon o tzv. koordinované rehabilitaci je velmi perspektivní a představuje výrazný kvalitativní skok ve zdravotně-sociální péči a hlavně pozitivní dopad lze očekávat nejen v individuálních osudech našich nemocných, ale i v nakládání s veřejnými financemi, většinou v kategorii zdravotních výkonů, ale i výdajů v oblasti sociální péče (Emmerová, 2012).

Dle *Následné péče a rekonvalescence (2013)* je cílem koordinované rehabilitace znovu zařadit člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního života, kdy rehabilitace osob s poškozením mozku má být celospolečenský proces a představovat koordinovanou činnost všech složek společnosti (státu, institucí, organizací a jednotlivců). Poskytování rehabilitace se ve všech jejích oblastech řídí základními zásadami, kterými jsou včasnost, dostupnost, komplexnost a koordinovanost, individuální a interdisciplinární posouzení a zhodnocení potřeb a rozsahu rehabilitace (*Následná péče a rekonvalescence, 2013*).

Proces koordinace rehabilitace podle Džambasova a kol. (2017) zahrnuje:

- vyhledávání fyzických osob se zdravotním postižením, které potřebují pracovní, sociální, popř. pedagogickou a výchovnou rehabilitaci, a jejich vstupy do procesu koordinace
- přestupy z léčebně rehabilitační péče do oblasti pracovní nebo sociální rehabilitace, popř. pedagogické a výchovné rehabilitace, přestupy mezi sociální a pracovní rehabilitací a naopak
- poskytování služeb koordinace klientům – s identifikací jejich potřeb a schopností jako prostředku k včasnému a cílenému poskytování příslušné oblasti rehabilitace

1.4.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace jako jedna z nejvýznamnějších složek koordinované rehabilitace je zajišťována zdravotnickými léčebnými zařízeními a jedná se o komplex diagnostických, terapeutických a rehabilitačních opatření zaměřujících se na obnovu schopností či stabilizace zdravotního stavu klienta (*Následná péče a rekonvalescence, 2013*). Zahrnuje například operační nápravu, medikamentózní léčbu-podávání léků, fyziatrii - léčebné využívání fyzikální terapie, fyzioterapii - léčebný tělocvik a rehabilitační metody, ergoterapii - nácvik

denních činností, nácvik sebeobsluhy, rozvoj motoriky a smyslových funkcí, animoterapii, expresivní terapie a s léčebnou rehabilitací je nutné začít co nejdříve po odeznění akutního stádia nemoci, úrazu nebo po operačním zásahu (Následná péče a rekonvalescence, 2013). Na léčebné rehabilitaci se podílí celá řada odborníků, kdy kromě odborných lékařů tvoří interdisciplinární tým rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, protetický pracovník a dle potřeby může tento tým doplňovat psycholog, logoped, sociální pracovník (Následná péče a rekonvalescence, 2013).

Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci nemocniční lůžkové péče, ambulantní péče a péče v odborných léčebných ústavech včetně lázeňských a měla by být zahájena již v období poskytování akutní lůžkové zdravotní péče na všech odděleních klinických oborů včetně oddělení ARO (Švestková a kol., 2017).

Kolář a kol. (2009) říká, že v případě, když je léčebná rehabilitace poskytnuta včas, až jedna třetina osob po těžkém úrazu nebo onemocnění využije pouze léčebnou rehabilitaci a vůbec se nedostane do celého systému komplexní rehabilitace a vrací se zpět do původního prostředí a zaměstnání, tedy do původní kvality života. Pokud je však stav klienta takový, že rehabilitační postupy tvoří převážnou část zdravotní péče, je pacient v nemocnicích akutní péče, kde je lůžkové oddělení včasné léčebné rehabilitace, přeložen na toto oddělení (Kolář a kol., 2009). Dle Koláře a kol. (2009) oddělení včasné léčebné rehabilitace umožňuje hospitalizovaným pacientům absolvovat další potřebnou terapii a propojit léčebnou rehabilitaci s ostatními oblastmi komplexní rehabilitace. Rehabilitaci a její výstupy (krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán) zde zabezpečuje tým profesionálů (Kolář a kol., 2009).

Krátkodobý léčebně rehabilitační plán: je stanovení konkrétních rehabilitačních postupů a jejich koordinace v časově omezeném úseku, jehož délka závisí na zdravotním stavu, akutnosti nebo progresi onemocnění a obvykle nepřesahuje dobu 3 měsíců (Švestková a kol., 2017).

Dlouhodobý léčebně rehabilitační plán: je stanovení dalších medicínských postupů nutných pro úspěšné naplnění procesu rehabilitace a vytvoření podmínek pro přechod do dalších složek koordinované rehabilitace a k jeho stanovení slouží rehabilitační konference (Švestková a kol., 2017). Závěry konferencí vycházejí z objektivní funkční diagnostiky, terapie a dosavadního průběhu rehabilitace a ze všech dalších podkladů relevantních k určení dlouhodobé prognózy (Švestková a kol., 2017).

Týmová práce fyziatřů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů dává náplň léčebné rehabilitaci a ta si klade za cíl optimální restituci porušené funkce na úrovni postiženého orgánu i zlepšení

funkční zdatnosti na úrovni celého organismu (Müller a kol., 2014). Je to soubor léčebných opatření, která minimalizují, následky postižení nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou, případně předcházejí jejich vzniku (Müller a kol., 2014).

Postupy, které řadíme mezi prostředky léčebné rehabilitace:

Fyzioterapie

Jako jedna ze složek léčebné rehabilitace se uplatňuje v celé šíři péče o zdraví – v prevenci, v oblasti výchovy ke zdraví, v léčebné péči a ve sportu (Levitová a Hušáková, 2018). Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti a zabývá se kineziologickým vyšetřením, prevencí a léčbou funkčních i strukturálních poruch pohybového systému, léčbou poúrazových stavů, pooperačních stavů, vrozených vad a nemocí (Levitová a Hušáková, 2018). Podílí se na úpravě režimových opatření - životospráva, pohybové návyky, pohybové aktivity, ergonomie pracovního prostředí atd. (Levitová, Hušáková, 2018). Švestková a kol. (2017) definuje fyzioterapii jako zdravotnický obor, který využívá specifické diagnostické a terapeutické metody k obnově, substituci nebo kompenzaci ztracené či poškozené funkce, využívajícím energie (včetně pohybové) k léčebnému ovlivnění patologických stavů.

Fyzikální terapie

Terapie zahrnuje fyzikální léčebné metody, využívající různých druhů energií, jako je například energie mechanická, elektrická, tepelná, světelná, energie ultrazvuku, pronikajícího záření, laserových paprsků i magnetického pole (Rokyta a spol., 2009). Mají v podstatě podobné účinky – tlumí bolest, snižují svalové napětí, zmenšují otoky, zlepšují prokrvení a výživu tkání (Rokyta a spol., 2009).

Ergoterapie

Je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, eventuálně činnosti při rehabilitaci jedinců každého věku s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postižení (Švestková a kol., 2017). Cílem ergoterapie je další reedukace funkčních schopností, dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovní a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života (Švestková a kol., 2017).

Chiesa a kol. (2011) definuje ergoterapii jako typ rehabilitační terapie, která se provádí v mnoha oblastech rehabilitační medicíny a péče. Terapie podporuje zdravotní stav, správné zapojování a fungování člověka prováděním pracovních činností, snaží se člověka správným vedením motivovat a rozvíjet schopnosti a účastnit se všedních denních činností (Chiesa a kol., 2011). Dle Chiesy a kol., (2011) řadou aktivit a pracovních procesů, které jsou řízené terapeutem, pacient rozvíjí, udržuje, znovu získává nebo upevňuje dovednosti potřebné k návratu do běžného života. Proto hlavním úkolem ergoterapie je co nejvíce pomoci člověku v provádění a samostatnému zvládnání úkonů nepostradatelných v běžném životě a socializaci (Chiesa a kol., 2011).

Animoterapie

Terapie pomocí a částečně i prostřednictvím jakýchkoliv druhů zvířat, lze se setkat i s názvem zooterapie a vždy musí jít o vybraná a pro určitý typ onemocnění vhodná zvířata (Kroupová a kolektiv, 2016). Respektujeme případný strach nemocného z určitého zvířete a nenutíme ho do takových terapeutických aktivit, které by mu byly nepříjemné (Kroupová a kolektiv, 2016). V poslední době dochází k rozvoji **canisterapie**, která k léčbě využívá vybraná psí plemena a **hipoterapie**, což je terapie za pomoci koně (Kroupová a kolektiv, 2016).

Arteterapie

Využívá výtvarné umění jako prostředek pro klientovo vyjádření pocitů, nálad a stavů a prostřednictvím výtvarného vyjádření tak terapeut může klienta poznat a pochopit a pomoci mu v poznání sebe sama a při řešení problémů (Müller a kol., 2014).

Muzikoterapie

Dle Kantora a kol. (2009) je pojem pro rozmanité hudebně-terapeutické přístupy. K. Bruscia (1998) považuje za základní podmínky muzikoterapie proces systematické intervence, vztah terapeuta a klienta, podporu zdraví klienta, hudební zkušenost a vztahy, které se v terapeutickém procesu formují (Kantor a kol., 2009). Hudba má centrální postavení v terapeutickém procesu a terapeut zastává roli facilitátora, jehož úkolem je pomoci klientovi vytvořit vztah k hudbě a jejím terapeutickým vlastnostem (Kantor a kol., 2009).

Psychoterapie

Psychoterapeutickou stránku rehabilitace je třeba vykonávat v těsné součinnosti a po domluvě s ošetřujícím lékařem a dalšími členy multidisciplinárního týmu a průběžné vzájemné informování mezi nimi a psychoterapeuty je nutností (Vymětal, 2010). Po cévních mozkových příhodách se upřednostňuje **rodinný přístup**, pacientem se tedy stává celá rodina nebo její členové a psychoterapeuti se snaží umožňovat nemocnému a jeho blízkým, aby se průběžně vyrovnávali se změnami, které nyní ovlivňují jejich životy (Vymětal, 2010).

Logopedie

Základním úkolem logopedie v rámci celého týmu na rehabilitaci se zúčastněných odborníků zůstává s maximální snahou a všemi použitelnými prostředky dosáhnout nejvyšší možné míry komunikační schopnosti a soběstačnosti nemocného (Kejklíčková, 2011). Prognóza afázie u osob s poraněním mozku závisí zejména na příčině, trvání a rozsahu poškození mozku a právě tyto faktory stanoví určité hranice při komplexní rehabilitaci pacientů (Kejklíčková, 2011). Nezřídka nelze ani s největším nasazením dosáhnout ústup fatické poruchy a dostatečné obnovení mluvních schopností a v takových případech se logopedie snaží využít všechny možné prostředky nonverbální komunikace a veškeré alternativní kanály k dosažení úspěšného dorozumívání (Kejklíčková, 2011). Využití takových prostředků však nemá být náhradou, ale především podporou a doplněním mluvního projevu, i když je jen částečný (Kejklíčková, 2011).

1.4.2 Sociální rehabilitace

Je proces, ve kterém osoba s dlouhodobou či trvalou disabilitou absolvuje nácvik potřebných dovedností směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře a to vše za účelem co nejvyššího stupně sociálního začlenění (Švestková a kol., 2017).

Švestková a kol. (2017) rozděluje 4 výstupy sociální rehabilitace:

- Podpora inkluze osoby s disabilitou: Sociální rehabilitace (dále SR) směřuje svým působením k začlenění občanů s disabilitou do běžné společnosti

- Podpora nezávislosti osoby s disabilitou: Sociální rehabilitace (dále SR) usiluje o získání, obnovení či posílení samostatnosti osoby s disabilitou v největší možné míře, což jej dlouhodobě nečiní závislým na poskytování některých sociálních služeb
- Ochrana zranitelných skupin obyvatel: SR poskytuje ochranu všem osobám s disabilitou, které jsou krátkodobě nebo dlouhodobě omezeny v možnostech uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy.
- Vyrovnávání příležitostí osob s disabilitou: SR napomáhá odstranit znevýhodnění osob se zdravotním postižením nebo skupin tím, že snižuje omezení plynoucí z jejich sociální situace a doplňuje nástroje umožňující jejich plnou realizaci.

Tento typ rehabilitace se soustředí na rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností (tzv. reedukace), na přijetí života s postižením (tzv. akceptace), na stabilitu rodiny a na stanovení podmínek pro samostatný život (Bruthansová a kol., 2017). Tento typ rehabilitace je možno využívat jak v rodině, tak i ve zdravotnických zařízeních, ve speciálních školách, v rámci neziskových organizací apod. (Bruthansová a kol., 2017).

Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu

Role sociální pracovníka v pracovním týmu spočívá zejména ve vytváření, podpoře a stabilizaci přijatelných životních podmínek lidí s postižením ve smyslu zprostředkování či poskytování adresných sociálních služeb nebo finančních podpor ze systému sociálního zabezpečení (Kuzníková a kol., 2011). Dále při zprostředkování či vytváření pracovních příležitostí, včetně podporovaného zaměstnávání, zprostředkování bydlení, poskytování sociálního poradenství, pomoci a podpoře při ochraně práv a oprávněných zájmů klientů s postižením (Kuzníková a kol., 2011).

Sociální zdravotník v rezortu zdravotnictví potřebuje být respektován a mít pocit sounáležitosti s ostatními profesionály oborů, s nimiž spolupracuje, a proto musí pracovat na vytváření dobrých pracovních vztahů a zajištění své jasné pozice v multidisciplinárním týmu (Kuzníková a kol., 2011). Komplexnost péče dnes vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, do kterého patří i sociální pracovník, ale jeho pozice, kdy vynakládá velké úsilí při spolupráci s klienty, bývá však v našich zdravotnických zařízeních stále ostatními zdravotníky nedoceňována (Kuzníková a kol., 2011). Naštěstí dochází k překonávání komunikačních bariér mezi odborníky jednotlivých profesí a týmová práce se stává samozřejmou a

nepostradatelnou a je předpokladem úspěšné pomoci klientovi a z pohledu sociální práce zahrnuje funkční propojení spolupráce (Kuzníková a kol., 2011).

1.4.3 Pedagogická rehabilitace

Je celoživotním procesem, kdy je důraz položen zejména na snahu o optimální rozvoj osob s postižením a jejich maximální integraci do společnosti (Bruthansová a kol., 2012). Základním faktorem úspěšné rehabilitace postižených osob je její včasné zahájení (Bruthansová a kol., 2012). Je však zapotřebí konzistentního nepřerušného procesu, ve kterém jsou provázána všechna dílčí opatření, a princip nepřerušené komplexní rehabilitace se týká všech typů rehabilitace, přičemž prioritu má obvykle léčebná rehabilitace (Bruthansová a kol., 2012).

Pedagogická rehabilitace je proces, jehož cílem je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání lidí se zdravotním postižením, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života. Má pomoci člověku dosáhnout k samostatnému rozhodování a v důsledku toho i k plnohodnotnému společenskému a pracovnímu uplatnění (Dílny tvořivosti, 2011).

1.4.4 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je soustavná podpora poskytovaná osobám se změněnou pracovní schopností směřující k získání a udržení zaměstnání a nejedná se tedy pouze o pracovní přípravu, získání kvalifikace (odpovídajících vědomostí, dovedností a návyků), ale i o obnovení pracovního potenciálu (Dílny tvořivosti, 2011). Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu a změnu povolání, teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání, vytváření vhodných podmínek a pracovních příležitostí a zprostředkování nabídky zaměstnání (Dílny tvořivosti, 2011).

Bruthansová a kol. (2012) říká, že cílem pracovní rehabilitace je obnovit pracovní potenciál člověka, ať již pro jeho původní zaměstnání nebo prostřednictvím rekvalifikace nalézt jiné vhodné uplatnění na trhu práce.

1.5 Preventivní funkce rehabilitace

Kolář a kol. (2009) uvádí, že rehabilitace má významnou úlohu v prevenci řady onemocnění (primární prevence). Podle Koláře a kol. (2009) úkolem a cílem rehabilitace je aktivace občanů, kteří jsou krátkodobě, dlouhodobě či trvale tělesně, smyslově nebo psychicky postiženi a nemohou sami toto zdravotní postižení nebo jeho následky překonat, případně jim takové postižení hrozí a potřebují pomoc odborného prostředí. V tom případě se jedná o sekundární a terciární prevenci následků onemocnění, úrazů nebo vrozených vad (Kolář a kol., 2009).

Dle Koláře a kol. (2009) prevence v rehabilitačním procesu obsahuje tři fáze:

- primární fáze – zabraňuje vzniku nemoci
- sekundární fáze – choroba vznikne, snažíme se zabránit sekundárním (vedlejším) následkům primárního onemocnění nebo poranění
- terciární fáze – choroba vznikla, zanechala víceméně trvalé následky (disability), které nelze zmírnit pomocí ekonomických, sociálních a technických opatření

1.6 Jednotlivé typy rehabilitačních zařízení

Džambasov a kol. (2017) říká, že dle formy poskytování zdravotní péče existuje:

- ambulantní péče: primární ambulantní péče, specializovaná ambulantní péče, stacionární péče
- jednodenní péče
- lůžková péče: akutní lůžková péče intenzivní, akutní lůžková péče standardní, následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče
- zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta: návštěvní služba, domácí péče – ošetrovatelská, léčebně rehabilitační, paliativní, umělá plicní ventilace, dialýza

1.6.1 Ambulantní zařízení poskytující léčebnou rehabilitaci

Ambulantní léčebná rehabilitace je zajišťována v ordinacích rehabilitačního a fyzikálního lékařství a na ambulantních odděleních léčebné rehabilitace (Kolář a kol., 2009). Dalším

samotným zařízením jsou pracoviště samostatně pracujících fyzioterapeutů, psychologů nebo logopedů, podle potřeb, které klient má po prodělaném onemocnění nebo poranění (Kolář a kol., 2009). Nabízená péče je poskytována podle rozsahu a vybavení pracoviště a dosažené kvalifikace pracovníka na základě předpisu lékaře v průběžné spolupráci s ním (Kolář a kol., 2009).

Celodenní léčebně-rehabilitační ambulantní péči zajišťuje rehabilitační stacionář a může být zřízen při obou typech oddělení léčebné rehabilitace (ambulantním i lůžkovém), může pracovat i samostatně (Kolář a kol., 2009). Stacionář je určen k zajištění léčebné rehabilitace pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou zdravotní péči bez nutnosti hospitalizace (Kolář a kol., 2009).

Centra léčebné rehabilitace jsou ambulantní zařízení a poskytují rehabilitaci v plném tedy komplexním rozsahu – tedy včetně testování funkčních schopností pacienta, psychologického vyšetření, sociálního šetření a následným návrhem řešení ve vztahu k ostatním složkám rehabilitace (Kolář a kol., 2009). Dle Koláře a kol. (2009) centra poskytují péči všem pacientům se zdravotní poruchou či postižením, které vyžadují léčebnou rehabilitaci. Rehabilitační centra zajišťují u osob s trvalým postižením také návaznost na ostatní složky koordinované rehabilitace (Kolář a kol., 2009).

1.6.2 Lůžková zařízení poskytující léčebnou rehabilitaci

Podle Koláře a kol. (2009) lůžková zařízení poskytující včasnou rehabilitaci a jsou podle orientace rozdělena na **lůžka včasné a následné rehabilitace**, kdy lůžková oddělení včasné péče poskytují léčebnou rehabilitaci nemocným, u kterých tvoří léčebně-rehabilitační postupy převážnou část léčebného programu a většinou bezprostředně navazují na intenzivní a akutní péči o pacienty v nemocnici. Lůžkové rehabilitační oddělení zajišťuje rehabilitaci na vlastních lůžkách, lůžkách ostatních oddělení a ambulantně (Kolář a kol., 2009). Lůžková zařízení následné péče poskytují následnou a dlouhodobou léčebnou rehabilitaci nemocným, u kterých tvoří rehabilitační postupy dominantní část léčebného programu a lze u nich očekávat aktivní spolupráci při rehabilitačním procesu (Kolář a kol., 2009).

Odborný léčebný ústav je podle Koláře a kol. (2009) definován jako léčebně rehabilitační zařízení, které spadá do komplexu lůžkové následné péče pro déletrvající léčebnou rehabilitaci u všech medicínsky stabilizovaných stavů zdravotního postižení s dlouhodobou či trvalou poruchou (ztrátou) funkce a tyto ústavy se dělí na léčebné ústavy obecně rehabilitační a léčebné ústavy specializované.

1.7 Komplexní péče v Rehabilitačním ústavu Kladruby

Rehabilitační ústav Kladruby je odborný léčebný ústav poskytující komplexní rehabilitační péči. Léčbu zajišťuje tým odborníků v příjemném prostředí s využitím nejmodernějších rehabilitačních metod, prostředků a zařízení (Kulakovská, 2011). Dle statutu Rehabilitačního ústavu v Kladrubech se zde léčí klienti po úrazech a operacích pohybového a nervového systému, zejména jde o klienty po získaných poškozeních mozku, míchy, polytraumatech, po poranění a operacích kloubů, po zlomeninách, po amputacích končetin, po operacích výhřezu plotének, po poranění periferních nervů (RÚ Kladruby, 2019a). Při volné kapacitě se přijímají i klienti po centrálních mozkových příhodách i parézách jiného než úrazového původu (RÚ Kladruby, 2019a).

Dle Kulakovské (2011) klienty přijímáme na základě doporučení ošetřujícího odborného nebo praktického lékaře a podmínkou přijetí je pečlivě vyplněný formulář - „*Návrh na rehabilitační léčbu v Rehabilitačním ústavu Kladruby*“. Návrh je schvalován náměstkyní pro léčebně preventivní péči za předpokladu, že nejsou kontraindikace k intenzivní rehabilitaci - kožní defekty, tracheostomie, akutní infekce, přenosné nemoci, nedostatečnost kardiovaskulárního systému a pokud je klient schopen aktivní spolupráce (Kulakovská, 2011). Schválený návrh na rehabilitaci je zařazen podle typu postižení do databáze přijímací kanceláře, která vyzývá klienty k nástupu na léčení (RÚ Kladruby, 2019b).

1.7.1 Od historie k současnosti

Rehabilitační ústav byl vystavěn v roce 1939 na úpatí vrchu Kostelík, sedm kilometrů od města Vlašimi a zakladatelem ústavu byl MUDr. Viktor Schiller (Kulakovská, 2011). Ústav byl budován jako sanatorium k léčení kostní tuberkulózy, avšak původnímu účelu nikdy nesloužil (Kulakovská, 2011). Dle Kulakovské (2011) v roce 1939 převzali ústav nacisté, stavba byla dokončena v roce 1942 a sloužila jako vojenská nemocnice. Dne 1. prosince 1947 byl oficiálně zahájen provoz v zařízení s názvem „*Státní ústav doléčovací*“ se 160 lůžky, od listopadu 1955 přejmenovaného na „*Státní ústav rehabilitační*“ s kapacitou 210 lůžek (Kulakovská, 2011). V průběhu let byl ústav přestavován, dobudován, měnili se ředitelé, pod jejichž vedením se ústav rozvíjel až do dnešní podoby (Kulakovská, 2011).

Nyní má Rehabilitační ústav Kladruby 250 lůžek, zřizovatelem ústavu je Ministerstvo zdravotnictví ČR a od roku 2004 je ředitelem Ing. Josef Hendrych, MBA, finalista soutěže „*Manažer roku 2010*“ (Kulakovská, 2011). Rehabilitační léčba je uskutečňována v

bezbariérovém prostředí, v komplexu budov vzájemně propojených systémem chodeb a pacienti jsou ubytováni v šesti lůžkových odděleních (Kulakovská, 2011). Cílem všech složek ucelené rehabilitace v rámci ústavu je zlepšení zdravotního stavu, obnova pracovních schopností, úspěšný návrat pacientů do domácího prostředí a k běžnému způsobu života (Kulakovská, 2011).

1.7.2 Komplexní rehabilitace v RÚ Kladruby

Na rehabilitačním oddělení ústavu se realizuje vlastní cvičební program, který je naordinován ošetřujícím lékařem (Kulakovská, 2011). Dle Kulakovské (2001) personál, který se stará o léčbu pacientů, tvoří fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, logopedi, sociální pracovníci, všeobecné sestry, instruktoři léčby prací, sanitáři a navzájem spolupracují a předávají si potřebné informace o pacientech. Podle Kulakovské (2011) tvoří multidisciplinární tým. Stěžejním terapeutickým prvkem, který pacientům nabízíme, je pohyb a pohybová terapie je vedena na základě důkladného vyšetření lékařem, dle doporučeného programu a komplexního kineziologického vyšetření (Kulakovská, 2011).

Fyzioterapie využívá především různé formy pohybové terapie a fyzikální terapie k tomu, aby spolu s pacientem dosáhli maximálního rozvoje poškozených pohybových funkcí (Kulakovská, 2011). Fyzioterapeut vybírá z celé řady fyzioterapeutických metod a postupů: neurofacilitační metody (Vojtova reflexní lokomoce, Kabatova metoda, propioceptivní neuromuskulární facilitace, senzomotorická cvičení, terapie bazálními programy dle Čáповé), manuální techniky, nácvik mobility, vertikalizace (sklopná lehátka, stojany, dynamické stojany), nácvik chůze – v bradlech, s chodítky, s opěrnými pomůckami, v přístroji Lokomat (Kulakovská, 2011). Podle Kulakovské (2011) je lokomat zařízení určené k lokomoční terapii pro pacienty po traumatech mozku a míchy i po mozkových mrtvicích a je ideálním zařízením využívajícím nové rehabilitační techniky. Jednoduchý uživatelský program umožňuje terapeutovi snadnou obsluhu (Kulakovská, 2011). Lokomat pomáhá pacientům pohybovat dolními končetinami podle modelu, který je shodný s normálními pohyby při chůzi (Kulakovská, 2011).

Fyzikální terapie zahrnuje procedury, které využívají různou formu energií přírodního základu a mají specifické terapeutické účinky a rehabilitační oddělení používá tyto fyziotrické procedury: elektroterapie, fototerapie (laser), magnetoterapie, mechanoterapie, termoterapie, vodoléčba (RÚ Kladruby, 2019b).

Terapie v rehabilitačním zařízení probíhá **individuálně i skupinově**, kdy z individuální terapie jde o cvičební bloky s terapeutem, aplikaci Vojtovy metody, plavání para nebo posturografii (RÚ Kladruby, 2019b). Posturografie je přístrojová specifická technika, pomocí níž se diagnostikují nebo trénují tělesné systémy řídící stabilitu a rovnováhu těla (RÚ Kladruby, 2019b). Skupinová terapie probíhá v tělocvičně nebo v bazénu, a pokud zdravotní stav klienta dovolí, je zařazen do skupiny, která nejvíce odpovídá jeho zdravotnímu problému (RÚ Kladruby, 2019b). Skupinu vede fyzioterapeut a cvičení obsahují celou řadu aktivit od dechové gymnastiky a relaxace, přes různé formy posilování důležitých svalových skupin, uvolnění páteře až po terapii s využitím řady pomůcek a pohybové hry (RÚ Kladruby, 2019b). K dispozici je fitness, kde klienti cvičí pod dohledem fyzioterapeuta přímo školeného na fitness, který sestavuje cvičební jednotku a volí vhodné stroje (RÚ Kladruby, 2019b).

Ergoterapie tvoří nedílnou součást léčebné rehabilitace a jedná se o profesi, která pomáhá lidem řešit praktické otázky související se snížením nebo ztrátou soběstačnosti v běžných denních činnostech (RÚ Kladruby, 2019b).

Ergoterapie dle RÚ Kladruby (2019b) zde zahrnuje:

- Nácvik nezávislosti
- Cvičebna psaní a uchopování
- Ergoterapeutické dílny

Logopedická terapie je jednou ze součástí rehabilitace v tomto zdravotnickém zařízení a cílem terapie je snížení komunikačního deficitu pacienta, je poskytována pacientům v postakutním i chronickém stádiu (RÚ Kladruby, 2019b). Logopedická péče zahrnuje intenzivní individuální, skupinovou logopedii a skupinovou logopedii s muzikoterapií a nejčastějšími diagnózami, kterým se zde logopedi věnují, jsou afázie, dysartrie, verbální a orální apraxie či dysfagie (RÚ Kladruby, 2019b). Při své práci využívají softwarové vybavení a mnoho materiálů a pomůcek (RÚ Kladruby, 2019b).

1.7.3 Nové možnosti léčby

V současné době je podle Kulakovské (2011) léčba zaměřována na využití nových přístrojů nových léčebných metod, kdy z projektů Integrovaného operačního programu a Regionálního operačního programu EU, ústav získal přístroje na analýzu a trénink chůze a

stojce (dynamické stojany, vibrační cvičné plošiny, chodník pro nácvik chůze), motodlahy pro cvičení ramen, hlezen a kolen, přístroje pro kardiotrénink (veslovací trenažér, rotopedy s možností kontroly tlaku a pulzu, krosový trenažér), vybavení pro EEG biofeedback, přístroj pro magnetickou stimulaci, EMG přístroje, sonograf na vyšetření močového měchýře, hardware i software pro alternativní ovládání počítače ústy, pohybem hlavy, pohybem očí, software pro diagnostiku a terapii logopedických a kognitivních funkcí. K zajištění bezpečnosti pacientů byl zakoupen kamerový počítačový systém pro lůžková oddělení a nový signalizační systém k lůžkům (Kulakovská, 2011).

Zařízení, která si mohl pořídit Rehabilitační ústav Kladruby, výrazně přispěla ke zlepšení kvality a možnosti rehabilitace o pacienty a komplexní léčba, která díky novým přístrojům mohla být zavedena, zlepšuje celkový zdravotní stav pacientů (MMR ČR, 2019). Jako doklad úspěšnosti slouží kupříkladu výsledky testů fyzioterapeutů, ergoterapeutů, kdy RÚ vykazuje nárůst skóre u více než 80 % pacientů (MMR ČR, 2019). Dále díky novým přístrojům může ústav přijímat vyšší počet pacientů, aniž by bylo potřeba přijímat nové zaměstnance, a tím dochází k efektivnímu vynakládání zdrojů (MMR ČR, 2019).

Podle Ministerstva pro místní rozvoj ČR (2019) byly aktivity projektu rozděleny do 3 základních kategorií. Zaprvé se jednalo o zkvalitnění léčebné péče, kdy byly pořízeny nové přístroje a zařízení pro diagnostiku poruch nervového a pohybového aparátu a diagnostiku funkčního stavu, léčebnou rehabilitaci s důrazem na neurorehabilitaci a neurorehabilitační lůžkové oddělení, zadruhé došlo k zvýšení bezpečnosti pacientů díky pořízení kamerového systému (ten umožnil stálý monitoring lůžek), signalizačního zařízení k lůžkům pacientů a zavedení systému identifikace pacientů pomocí čárových kódů a zatřetí došlo k zajištění informovanosti pacientů pořízením informačních terminálů a jejich instalací na lůžkových odděleních a ve vstupní hale rehabilitačního ústavu (MMR ČR, 2019). Také byly z fondů pořízeny terminály na rehabilitační cvičebny fyzioterapeutů (MMR ČR, 2019).

1.7.4 Roboticky asistovaná terapie

Centrum robotické rehabilitace v Rehabilitačním ústavu Kladruby se řadí mezi nejkompexněji vybavená centra specializované neurorehabilitační péče v evropském a světovém formátu (RÚ Kladruby, 2019b). Ve své nabídce zahrnuje systémy pro roboticky asistovanou rehabilitaci pro dolní končetiny, trup, horní končetiny a prsty, kdy roboticky asistovaná rehabilitace je určena zejména pro pacienty se získaným poškozením mozku, po poškození míchy a selektivního poškození periferního nervu s následně omezenou funkcí

končetiny (RÚ Kladruby, 2019b). Slouží k intenzivnímu nácviku poškozené funkce, která by standardním procesem byla obtížně dosažitelná a velmi důležitá je spolupráce pacienta a jeho vysoká motivace, aby se dosáhlo maximálního efektu terapie (RÚ Kladruby, 2019b).

Internetové stránky RÚ Kladruby (2019b) uvádí tyto robotické systémy:

- **Armeo Power** - exoskeletální paže pro intenzivní rehabilitaci horní končetiny, ovlivnění spasticity, koordinace pohybu, použití pro včasnou rehabilitaci (Švýcarsko)
- **Ekso** - exoskeletální oblek pro nácvik chůze v prostoru a koordinace pohybu (USA)
- **Erigo Pro** - robotický stavěcí stůl s funkční elektrickou stimulací pro nácvik stoje, chůze a ovlivnění svalového tonu a spasticity, použití pro včasnou rehabilitaci (Švýcarsko)
- **Glorea Pro** - robotická rukavice pro intenzivní rehabilitaci ruky a ovlivnění spasticity prstů (Itálie)
- **Lokomat** - stacionární robotický systém pro nácvik chůze (Švýcarsko)

1.7.5 Podpora klientů RÚ Kladruby při budoucí sociální rehabilitaci

Rehabilitační ústav Kladruby se zapojil jako aktivní partner projektu podaného do Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, společností Šance na vzdělání, o.p.s., kdy náplní bylo motivovat pacienty RÚ Kladruby již v době léčby k úvahám o pracovním uplatnění, zvyšovat jejich informovanost v pracovně právní a sociální oblasti a nabídnout jim dostupné formy zvyšování kvalifikace a dalších dovedností potřebných pro trh práce, a to prostřednictvím skupinových vzdělávacích akcí přímo v rehabilitačním ústavu nebo klasických rekvalifikačních kurzů mimo ústav (RÚ Kladruby, 2019c). Pacientům bylo poskytováno individuální kariérové poradenství směřující přímo k nalezení vhodného zaměstnání v souladu s jejich potřebami a zdravotním stavem, kariérová poradkyně byla k dispozici každému z pacientů, kdo projevil zájem o pracovní uplatnění, pomáhala mu sestavovat profesní životopis, vyhledávat a oslovovat zaměstnavatele a přímo asistovala i při jednání se zaměstnavateli (RÚ Kladruby, 2019c). Projekt byl finančně zajištěn od 1. 5. 2010 do 28. 2. 2014 (RÚ Kladruby, 2019c).

RÚ Kladruby (2019c) popisuje aktivitu projektu, kdy byly pořádány vzdělávací akce pro pacienty a aktivitu, během které byla zakoupena zařízení pro vzdělávání, komunikaci a sociální integraci pacientů v hodnotě 487 460 Kč.

Dle RÚ Kladruby (2019c) aktivita projektu = vzdělávací akce:

- 47 seminářů sociálních a pracovních, s tématy z psychologie, komunikace – účast 256 pacientů
- 24 kurzů práce na počítači pro začátečníky – účast 108 pacientů
- 6 kurzů práce na počítači pro pokročilé – účast 20 pacientů
- 1 individuální kurz s alternativní pomůckou na ovládání počítače – účast 1 pacient
- 35 bloků anglické konverzace – účast 133 pacientů
- 7 rekvalifikačních kurzů (sanitářský, ergoterapie, základy grafiky, kosmetika, kraniosakrální osteopatie) – účast 21 pacientů
- 5 konferencí o uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce

Na základě individuální práce s pacienty bylo nalezeno pracovní uplatnění čtrnácti osobám se zdravotním postižením (RÚ Kladruby, 2019c).

Dle RÚ Kladruby (2019c) aktivita projektu = zakoupení zařízení pro podporu vzdělávání, komunikace a sociální integrace pacientů:

- Počítačové sestavy pro pacienty – notebooky a monitory
- Speciální software k počítači
- Dotykové monitory LCD pro trénink kognitivních a logopedických funkcí
- Tabulkové komunikátory
- Přenosné a nástěnné komunikátory
- Orbitrack – speciální počítačová myš
- Barevná klávesnice s velkoplošnými klávesami
- Mikrofon pro práci s programem My Voice
- Software pro trénink pracovní paměti
- Software pro trénink exekutivních funkcí
- Software pro pracovní paměť

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce bylo popsat základní zdravotně sociální problémy u vybraných klientů.

Vedlejším cílem bylo stanoveny identifikovat prioritní složku koordinované rehabilitace a důvody, proč je v daný okamžik prioritní.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny tak, aby souvisely s cíli diplomové práce. Byly vytvořeny dvě výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké limity vnímá klient s disabilitou jako nejzásadnější?

Výzkumná otázka 2: Které intervence v rámci procesu rehabilitace hodnotí klient jako nejefektivnější a z jakých důvodů?

3 METODIKA

Tato kapitola popisuje, jakým způsobem byla práce zpracována, jaké metody byly použity, a vysvětluje výběr výzkumného vzorku klientů, díky kterým byla tato práce vytvořena.

3.1 Použitá metoda

V této práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je dle definice Dismana (2000) nenumerické šetření a interpretace sociální reality, přičemž jeho cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím. Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz a teorií. Kvalitativní výzkum je ve své podstatě analýzou textů vedoucích k porozumění zkoumaným fenoménům. Vedle porozumění slouží analýza také k popisu a interpretaci lidského života, často slovy samotných zkoumaných jedinců (Olecká, Ivanová, 2010).

Kvalitativní výzkum má procesuální charakter, což znamená, že jeho postup se utváří v průběhu sběru dat. Zkoumaná realita je studována velmi podrobně a do hloubky. Dostáváme tak spoustu informací o poměrně malém počtu jedinců. O redukci dat nerozhoduje výzkumník, ale zkoumané osoby, které nám potřebné informace sdělují (Olecká, Ivanová, 2010).

Tento typ výzkumu prokazuje vysokou validitu. Mnohá zkuslení se minimalizují zejména tím, že data procházejí menším počtem transformací. Navíc díky tomu, že naše zkoumání má hluboký charakter, zvyšuje se šance na porozumění zkoumanému fenoménu. Narážíme však na nízkou reliabilitu, neboť interpretace vycházejí od konkrétního výzkumníka a jsou jím ovlivněny. Kdyby totéž zkoumal jiný výzkumník, došel by možná k odlišným závěrům (Olecká, Ivanová, 2010)

Podle Hendla (2005) můžeme kvalitativní výzkum označit jako pružný typ výzkumu, kdy výzkumník na začátku stanoví téma a základní výzkumné otázky (Gulová, 2011). Otázky může v průběhu výzkumu, sběru a analýzy dat doplňovat a měnit (Gullová, 2011). Tento přístup nám umožní reagovat na nové skutečnosti, které se v rámci výzkumu objevily, a přináší nová, zajímavá data (Gulová, 2011).

Ucelenou definici kvalitativního výzkumu uvádí Švaříček a Šed'ová (2007). Definice říká, že kvalitativní výzkum je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém

vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu (Gulová, 2011).

Účastníci výzkumu sdělují svoje zkušenosti, názory a pocity a badatel se snaží zjistit nejen to, co si účastník o daném tématu myslí, ale i jak o něm přemýšlí a proč právě takovým způsobem (Gulová, 2011). Někdy nám přesné citace rozhovoru mohou objasnit mnohem více (Gulová, 2011).

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor v této práci byl volen záměrným výběrem informantů. V záměrném výběru dle Chráska (2010) o výběru jistého vzorku nerozhoduje náhoda, ale úsudek výzkumníka nebo úsudek zkoumané osoby. Záměrný výběr vyžaduje rozsáhlé znalosti o základním souboru (Kutnohorská, 2009). Podle záměrného výběru můžeme vybírat soubor malého rozsahu a můžeme v něm dosáhnout značné míry homogenity (Kutnohorská, 2009). V kvalitativním výzkumu provádíme záměrný výběr, protože nám jde o výběr případů, osob, které jsou nositelem určitých vlastností (Kutnohorská, 2009). Záměrně jsou vybírány osoby, které představují zkoumaný problém. Během výběru se zvolí určité konkrétní znaky, podle nichž se výběr orientuje (Chráska, 2010).

Informanti měli společné některé výběrové znaky. Jedním ze základních znaků byl probíhající pobyt v Rehabilitačním ústavu Kladruby po prodělaném poškození mozku. Dalším znakem bylo zmiňované prodělané získané poškození mozku. Klienti byli zařazeni do programu, kde prochází intenzivnější komplexní rehabilitací. Tento program trvá ve většině případů 3 měsíce a všichni klienti byli ve fázi probíhajícího třetího měsíce pobytu v rehabilitačním zařízení. Rehabilitační program je volen podle schopností a potenciálu klienta. Dalšími znaky byl věk mezi 18 – 50 lety a stav klienta, kde byla zachována schopnost dorozumívání se a porozumění daným otázkám. Na začátku výzkumu nebyl znám přesně počet ani pohlaví informantů. Volba klientů proběhla záměrně podle různých věkových kategorií, aby tato práce poukázala také na jev, který je v této době velmi častý a to, že získaná poškození mozku postihují i velmi mladé osoby.

Výzkumný vzorek je tvořen čtyřmi klienty: 2 ženy ve věku 18 a 19 let a 2 muži ve věku 37 a 47 let. Pro zachování anonymity byli nazváni pouze jako Informant 1 - 4. Všichni oslovení klienti byli seznámeni s cíli této práce, výzkumnými otázkami a možným přínosem této práce v léčbě osob po získaném poškození mozku.

Všichni informanti podepsali informovaný souhlas s účastí na mém výzkumu. Výzkum a diplomová práce byla podpořena souhlasem Etické komise v Rehabilitačním ústavu Kladruby.

Tab. 1: Identifikační údaje informantů

	Pohlaví	Věk	Vzdělání
Informant 1	Žena	18 let	Nedokončené středoškolské
Informant 2	Žena	19 let	Nedokončené středoškolské
Informant 3	Muž	47 let	Vyučen
Informant 4	Muž	37 let	Vysokoškolské

Zdroj: vlastní zdroj

3.3 Metodika sběru dat

Technikou pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Dle Krivošíkové (2012) polostrukturovaný rozhovor je takový, jehož záměr a cíl je přesně stanoven, avšak uvolňuje se taktika jeho vedení. Není nutné dodržovat pořadí a formulaci otázek, je však nezbytné dotknout se všech předem stanovených oblastí. Kutnohorská (2009) říká, že v polostandardizovaném rozhovoru si vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků výzkumu ptát, a pořadí je možné zaměňovat (Kutnohorská, 2009). Některé okruhy jsou ponechány více na tazateli, včetně samotného znění a pořadí otázek, jiné mohou mít plně strukturovanou formu a vyžadujeme u nich po tazateli striktní dodržení pořadí a znění otázek (Kutnohorská, 2009).

Tento typ rozhovoru umožňuje co nejvýhodněji využít čas k interview (Hendl, 2012). Dále ulehčuje srovnání rozhovorů a pomáhá udržet jejich zaměření (Hendl, 2012).

Rozhovory s klienty probíhaly v prostředí rehabilitačního ústavu, v klidné místnosti sociálního pracovníka, kde se mohli oslovení klienti soustředit na rozhovor a kladené otázky. Rozhovory byly po souhlasu všech oslovených klientů zaznamenávány na diktafon a poté doslovně přepisovány a uloženy do elektronické podoby. V rozhovoru byly pokládány otevřené otázky, které umožňovaly širší odpovědi ze strany klientů. Byla vytvořena pouze základní osnova otázek a okruhů, která byla obohacena o doplňující otázky k danému tématu.

3.4 Metodika zpracování dat

Základní analýza dat byla provedena pomocí otevřeného kódování. Kutnohorská (2009) uvádí, že otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Je to proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů (Kutnohorská, 2009). Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samotné části a pečlivě prostudovány (Kutnohorská, 2009).

Otevřené kódování je v metodě zakotvené teorie analytickým procesem, kterým jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny ve smyslu jejich vlastností (Kutnohorská, 2009). Základní analytické postupy, pomocí kterých se toho dosahuje, jsou kladení otázek o údajích a zjišťování podobností a rozdílů porovnáváním jednotlivých případů, událostí a jiných výskytů zkoumaného jevu mezi sebou. Podobné události a případy jsou označeny a seskupeny do kategorií (Kutnohorská, 2009).

Rozhovory byly vyhodnoceny pomocí programu Atlas.ti 8. Získané informace byly otevřeným kódováním zakódovány a následně spojovány do jednotlivých kategorií. Tyto kategorie byly použity k vysvětlení výsledků této práce.

4 VÝSLEDKY

Tato kapitola předkládá výsledná data získaná na základě rozhovorů se zvolenými klienty po získaném poškození mozku v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech během jejich léčebného pobytu.

Tab. 2: Získané poškození mozku a délka léčebného pobytu

	Pohlaví	Věk	Získané poškození mozku	Délka pobytu v rehabilitačním ústavu
Informant 1	Žena	18 let	Cévní mozková příhoda	Probíhající 3. měsíc
Informant 2	Žena	19 let	Cévní mozková příhoda	Probíhající 3. měsíc
Informant 3	Muž	47 let	Cévní mozková příhoda	Probíhající 3. měsíc
Informant 4	Muž	37 let	Cévní mozková příhoda	Probíhající 3. měsíc

Zdroj: vlastní zdroj

Provedeným otevřeným kódováním bylo vytvořeno mnoho kódů. Díky jejich seskupování bylo vytvořeno několik kategorií, které daly vzhled výsledkům této diplomové práce. Pod každou kategorií budou uvedeny a rozebrány jednotlivé kódy, ke kterým budou vepsány odpovídající odpovědi oslovených klientů.

Součástí výsledků této práce bude navíc kapitola, kde budou seskupeny získané odpovědi jednotlivých oslovených klientů, aby byla více zřejmá zdravotně sociální situace jednotlivých informantů, jejich kvalita života, ovlivnění životní situace poškozením mozku a také vliv prostředí a léčby v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech.

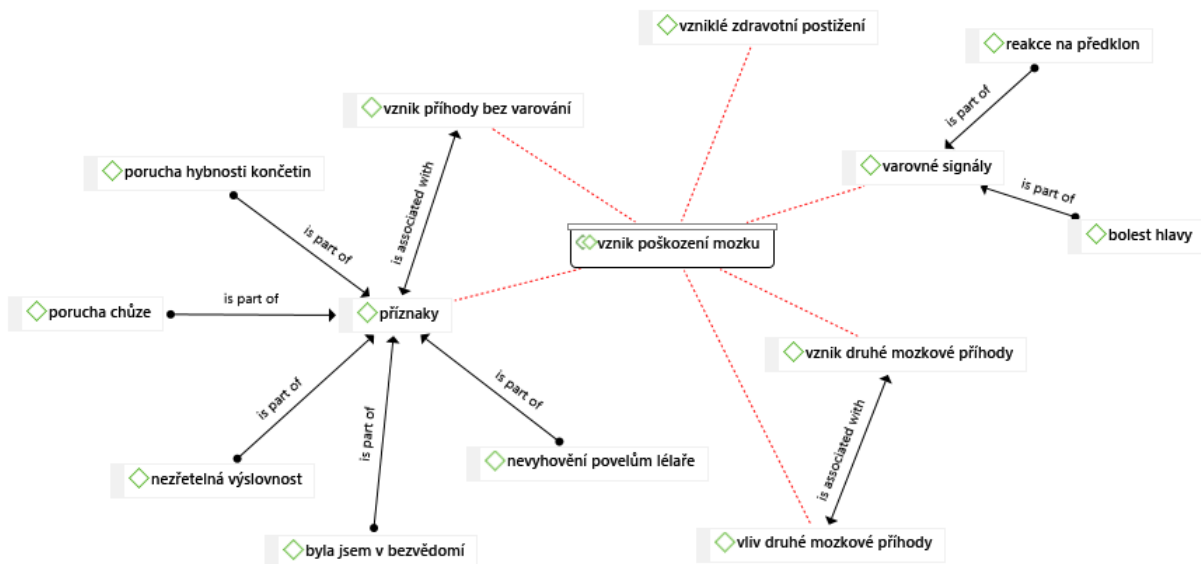
Vytvořené kategorie:

1. Vznik poškození mozku
2. Zdravotní postižení

3. Zaměstnání
4. Běžné denní aktivity
5. Zdravotní a sociální dopady
6. Kvalita života
7. Péče v Rehabilitačním ústavu Kladruba
8. Pozitiva a negativa léčby
9. Kontrolní vizity

1. Vznik poškození mozku

Otázky byly kladeny informantům tak, aby byla popsána zdravotní a sociální situace klienta před vznikem a v okamžik vzniku poškození mozku. Pokud měl možnost sledovat před vypuknutím poškození mozku nějaké varovné signály nebo zdravotní potíže nebo zda poškození mozku vzniklo z plného zdraví a naprosto bez příznaků. Vznik netraumatického poškození mozku může být v některých případech provázen varovnými příznaky, které mohou tuto situaci člověku ulehčit a pokud včas navštíví lékaře, může tento stav odhalit. Ovšem v některých případech se stane, že lékař přisoudí varovné signály k jinému onemocnění, danou situaci adekvátně neřeší a odešle klienta domů.



Obr. 1: Vznik poškození mozku

Zdroj: vlastní

- Příznaky poškození mozku

Informant 1: „Rapidně se mi zhoršil zdravotní stav. Při návštěvě toalety, kde jsem vyvinula tlak tak mi ochrnula levá horní končetina. Ruky jsem se přílišně lekla a v tom mi ochrnula celá levá polovina obličeje. Cestou z toalety mi ochrnula levá noha a já tedy nemohla dojít sama zpátky.“

Informant 2: „No vlastně si moc nepamatuju, byla jsem v bezvědomí. A jenom si pamatuju doktora ze záchranky, jak na mě křičí, ať zvednu levou ruku a ono to nešlo.“

Informant 3: „Šel jsem domů a najednou jsem v chodbě zavrával a najednou mi ochabla ruka.“

Informant 4: „Manželka mě upozornila, že někdy moje výslovnost není zřetelná, že to není normální, ať jdu k doktorovi. To byla ta první slabá mrtvice. Nebral jsem poctivě léky a šel jsem do práce. A do roka a půl přišlo krvácení do mozku.“

- Varovné signály

Informant 2: „No asi měsíc a půl mě bolela častěji hlava. A vlastně 14 dní předtím, než se mi to stalo, mi bolela hlava, třeba když jsem se předklonila, abych si zavázala tkaničku, tak se mi motala hlava a brněla mě půlka obličeje.“

- Vliv druhé mozkové příhody

Informant 4: „Hned po první slabé mrtvici jsem šel do práce. Nebral jsem poctivě léky a následovalo za rok a půl další krvácení do mozku. A opět jipka a teď už větší problémy s chůzí i s řečí a prý i nástup lehké demence.“

- Vzniklé zdravotní postižení

Informant 1: „Zasáhlo mi to celou levou polovinu těla. Mám nepohyblivou levou ruku, která je velmi spastická. Velmi špatně se mi chodí díky noze, kde se vyskytuje též velká spasticita. Co se týče paměti a pozornosti, tam pociťuji velké změny. Velké potíže pozoruji především v krátkodobé paměti.“

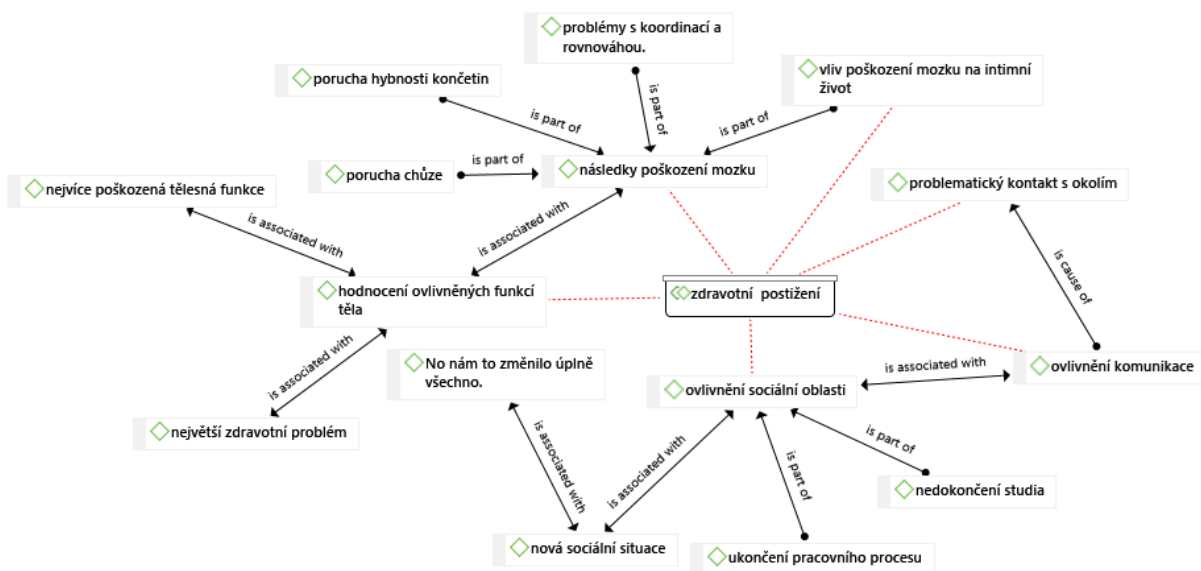
Informant 2: „Měla jsem levou ruku a nohu postiženou, ale to už je dobrý. Jen jediný, co mám teď za postižení, jsou problémy s koordinací a rovnováhou.“

Informant 4: „Po druhé mozkové příhodě větší problémy s chůzí i s řečí a prý i nástup lehké demence.“

Informant 3: „Postižení levé strany těla No a obličeje jsem měl pravou stranu, ale to se hned srovnalo. Ještě na jipce byla ochrnutá celá levá strana, víc chycená byla ruka než noha. Ta noha začínala fungovat už v nemocnici.“

2. Zdravotní postižení

Otázky kladené informantům měly objasnit situaci, která nastala po prodělaném poškození mozku, jaké oblasti života byly ovlivňovány zdravotním postižením a jaké funkce těla prodělávaly určité změny. Každý z informantů popisuje, jaké zdravotní postižení vzniklo a ovlivnilo jeho dosavadní kvalitu života a celkový pohled na život.



Obr. 2: Zdravotní postižení

Zdroj: vlastní

- Hodnocení ovlivněných funkcí těla

Informant 1: „Mozková příhoda mi zasáhla celou levou polovinu těla. Mám nepohyblivou levou ruku, která je velmi spastická. Velmi špatně se mi chodí díky noze, kde se vyskytuje též spasticita. Díky špatné chůzi mi vznikají nepříjemné otoky levého chodidla. Díky špatnému držení těla mě často bolí záda a levé rameno.“

Informant 2: „*Ne, já vlastně jen jediný, co mám za postižení, tak mi to prý chytlo tu část mozku, takže jsem měla a mám problémy s koordinací a rovnováhou. Takže jsem se učila znovu chodit, stát, sedět, prostě jsem neměla koordinaci nad svým tělem.*“

Informant 3: „*Postižení levé strany těla. Problémy s mluvou ne, to je v pohodě. Ta noha už začínala fungovat v nemocnici, začínala se hýbat. Ruka byla horší. Rameno je pořád takový těžký, no.*“

Informant 4: „*Po první mrtvici jsem jen slabě tahal pravou nohu, občas jsem zadrmlil, ale hned jsem po propuštění z nemocnice nastoupil do práce. Dostal jsem léky... Ale já je poctivě nebral, tak, jak jsem měl...do roka a půl přišlo krvácení do mozku... A opět jipka, teď už větší problémy s chůzí i s řečí a prý i nástup lehké demence“*

- Ovlivnění sociální oblasti

Informant 1: „*Po mozkové příhodě je pro mě těžké se vrátit mezi lidi. Pořád v hlavě řeším, zda se na mě někdo kouká, či nikoli. Také jsem si díky tomu vybudovala strach z lidí, panickou ataku. Po tomhle jsem také ztratila mnoho přátel a současného přítele.*“

Informant 2: „*Do práce nikam nemůžu zatím. Hlavně já nemůžu řídit a tím, že bydlíme na vesnici, by mě zatím museli někam vždycky vozit do práce a z práce. A když se to stalo, tak mamka musela skončit v práci, aby se o mě mohla starat. Tátu po 12 letech vyhodili z práce, protože to převzala jiná firma a ta všechny vyházela, takže táta přišel o práci.*“

Informant 3: „*Nevznikly, je to furt dobrý jako s rodinou. No jen z toho jsem naštvanej, že nemůžu zatím do práce. To mě štve a přišel jsem i o hodně peněz.*“

Informant 4: „*Musel jsem skončit s prací. Já jsem přestal i řídit z důvodu špatné koordinace rovnováhy auto, a kvůli špatné chůzi jsem si nemohl nic sám zařizovat...ani telefonovat vlivem špatné artikulace nešlo.*“

- Ovlivnění komunikace

Informant 1: „*Jak jsem zmínila, tak mi komunikace i kontakt s okolím činí velké problémy. Jelikož mi často vypadne nějaké slovo a zadrhnu se v řeči, stydím se a znejistím. Často také zapomínám na téma, kterému jsem se chtěla při komunikaci věnovat.*“

Informant 2: „*Když jsem doma o víkendu, tak se snažím už komunikovat s kamarádkami. Asi se díky tomu cítím sebevědomější.*“

Informant 4: „*Poměrně těžce zvládám komunikaci, ať se snažím. Nejhůře se, jako bývalý novinář, vyrovnávám s tou horší artikulací, občas nemohu i nabrat dech.*“

- Problematický kontakt s okolím

Informant 1: „*Jak jsem zmínila, tak mi komunikace i kontakt s okolím činí velké problémy.*“

Informant 4: „*Nemám ani příliš dobrý pocit před lidmi...s mluvením se spíše držím stranou. S důvěrnějšími přáteli to jde lépe...Ale je tam ten blok, uvědomujete si, že ty lidi a vás koukají tak jinak...se soucitem, nebo možná i s překvapením...To mi není příjemné...Občas si neuvědomuju situaci a mluvím víc nahlas...takže se lidi otáčejí.*“

- Vliv poškození mozku na intimní oblast

Informant 4: „*Jako muže mne mimo výše zmiňovaného připravilo o hlubší intimní život. To jsem zpočátku jako muž psychicky nesl těžce... Čas se ale vyrovná se vším....*“

- Následky poškození mozku

Informant 1: „*Mám nepohyblivou levou ruku (pohyb mám pouze po loket), která je velmi spastická. Špatně se mi chodí, díky noze, kde se vyskytuje též spasticita. Díky špatné chůzi mi vznikají nepříjemné otoky levého chodidla. Tudiž nejsem schopna ujít nějakou větší vzdálenost.*“

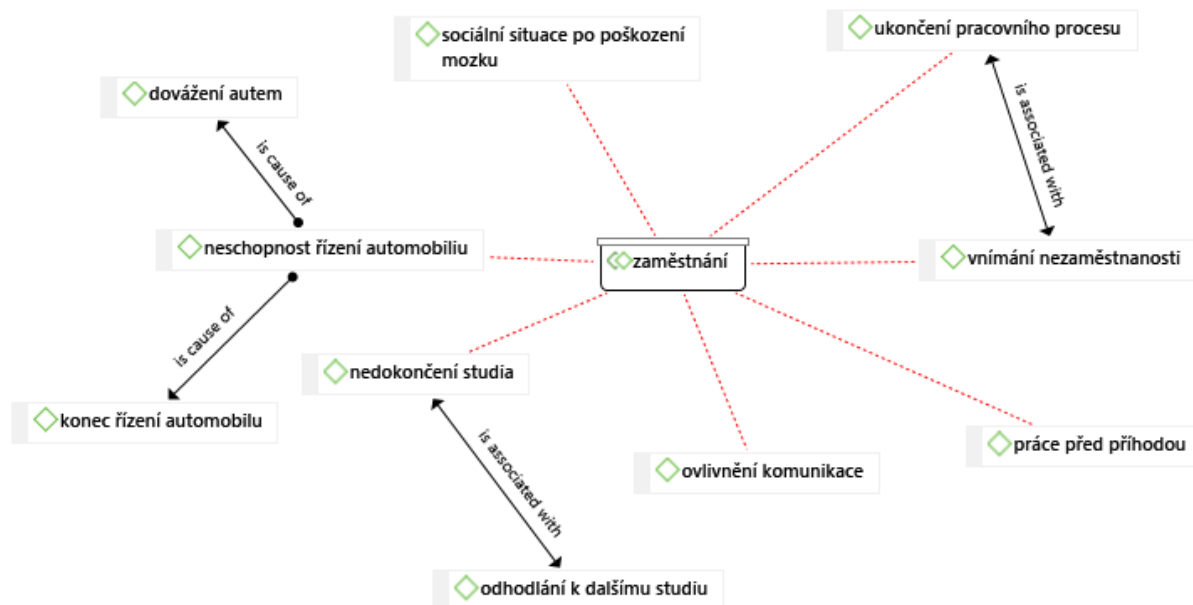
Informant 2: „*No nejdřív to byly ty končetiny, ale to se úplně rozcvičilo. Nejvíce se pak už cvičila stabilita, která byla hodně poškozená.*“

Informant 3: „*Funkce ruky je pořád zhoršená, nejdou natáhnout prsty. Teď můžu s holí chodit a jde to.*“

Informant 4: „*Nejhůře se, jako bývalý novinář, vyrovnávám s tou horší artikulací, občas i nemohu nabrat dech, časté močení, což narušuje plynulý spánek a samozřejmě ta chůze.*“

3. Zaměstnání

Informanti byli dotazováni, jakým způsobem se změnila jejich pracovní situace po poškození mozku. Otázky jsem zaměřila také na situaci pracovních činností před mozkovou příhodou, aby bylo jasné, jak se situace pracovního zařazení informantům změnila. Pracovní zařazení má velký vliv na celkovou kvalitu života a uplatnění člověka při nově vzniklé sociální situaci.



Obr. 3: Zaměstnání

zdroj: vlastní

- Ukončení pracovního poměru

Informant 3: „No jenom z toho jsem naštvanej, že nemůžu zatím do práce. To mě štve a přišel jsem i o hodně peněz. Měl jsem jít zase do Německa, než se to stalo.“

Informant 4: „Musel jsem skončit s prací a budu řešit invalidní důchod.“

- Vnímání nezaměstnanosti

Informant 2: „Do práce nikam nemůžu zatím.“

Informant 3: „To mě štve a přišel jsem o hodně peněz.“

Informant 4: „Jako novinář jsem musel skončit kvůli té artikulaci.“

- Práce před příhodou

Informant 1: „Byla jsem studentka Střední zahradnické školy. Školu jsem bohužel nedodělala, protože jsem nemohla pokračovat v zaměření.“

Informant 2: „Maturita se díky tomu o měsíc nestihla. Já jsem chodila na brigádu v té době.“

Informant 3: „Pracoval dlouhodobě v Německu jako svářeč.“

Informant 4: „Novinář, 20 let šéfredaktor týdeníku, tudíž často stres.“

- Nedokončení studia

Informant 1: „Byla jsem studentka Střední zahradnické školy. Školu jsem bohužel nedodělala, protože jsem nemohla pokračovat v zaměření.“

Informant 2: „Maturita se díky tomu o měsíc nestihla. Já jsem chodila na brigádu v té době.“

- Neschopnost řízení automobilu

Informant 2: „Hlavně já nemůžu řídit a tím, že bydlíme na vesnici, by mě zatím museli někam vždycky vozit do práce a z práce. No tak určitě potřebuju dovést někam jo. Vlastně jako řídit auto to nepůjde, protože jsem vlastně ještě díky tomu tlaku v mozku oslepla na pravé oko, takže to vidění je opravdu špatný.“

Informant 4: „Já jsem přestal i řídit z důvodu špatné koordinace rovnováhy auto, a kvůli špatné chůzi jsem si nemohl nic sám zařizovat.“

- Sociální situace po poškození mozku

Informant 1: „Jsem odhodlaná dál studovat. Velmi zásadně poškození mozku ovlivnilo psychický i fyzický stav. Změnilo mi to kvalitu života, prožívání, vnímání, kontakty s přáteli, soukromý život, kontakt s lidmi, cestování atd. Žiji v bezbariérovém bytě s rodinou.“

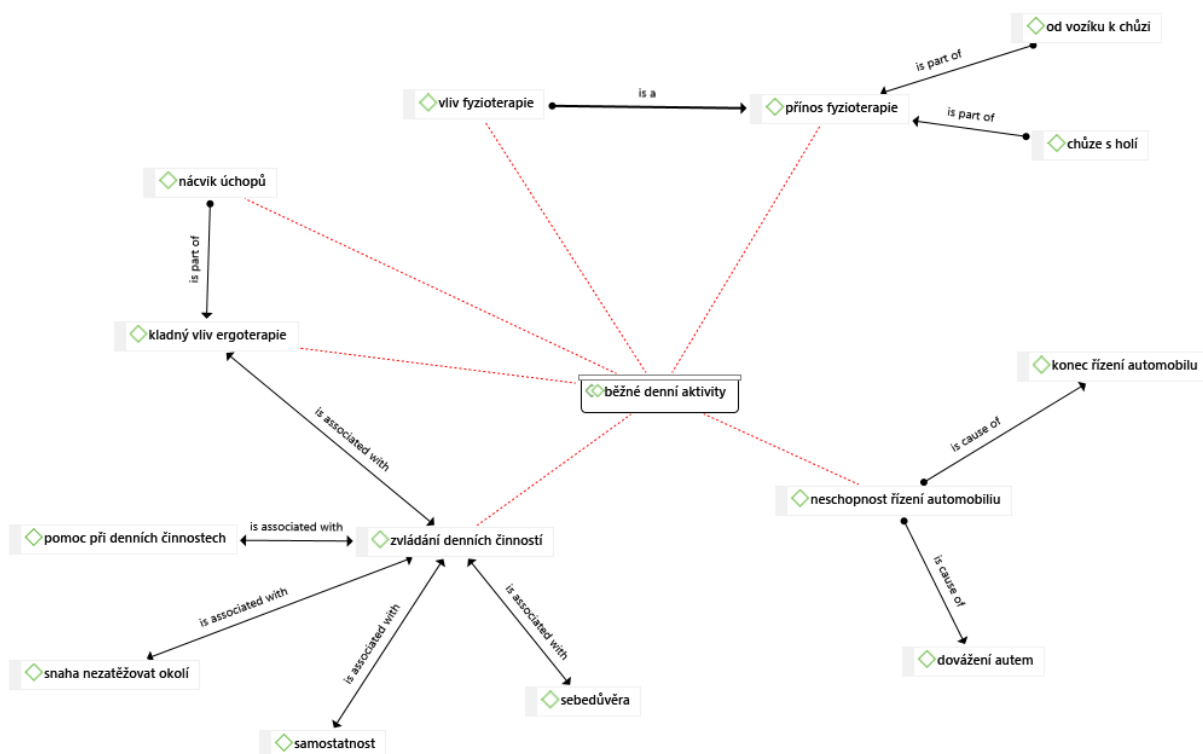
Informant 2: „Bydlíme v rodinném domě na vesnici. Konec práce u mamky, tatka vyhozený z práce. Úmrtí babičky, tak děda bydlí teď s námi.“

Informant 3: „Nevznikly problémy, je to furt dobrý jako. Bydlím stejně jako dřív. V bytě s manželkou a vnučkou. Má tady školu, tak bydlí s námi.“

Informant 4: „Mám ženu, která mne neopustila, naopak se o mne velmi dobře stará a snaží se mi nemocí omezený život zpestřovat. V tom spatřuji také své trochu lepší vyrovnání se s osudem. Mám také 2 psy a dvě kočky, zvířata mi život zpříjemňují.“

4. Běžné denní aktivity

Informantům byly kladeny otázky ohledně zvládnání běžných denních činností, samostatnosti a soběstačnosti. Otázky daly základ pro vytvoření přehledu, jaké limity v denních činnostech a v péči o vlastní osobu vznikly osloveným klientům. Zda je nutná pomoc okolí a v jakých činnostech tuto pomoc rodiny či ostatních osob potřebují.



Obr. 4: Běžné denní aktivity

Zdroj: vlastní

- Zvládnání denních činností

Informant 1: „V běžných situacích potřebuji vždy pomoc někoho. Nejsem schopna žít například sama. V současné době pomoc zastává přítel, nebo maminka. Nikdy jsem si nedokázala představit, jak těžký je život s 1 funkční rukou. Kolik činností to ovlivní. Příprava stravy, osobní hygiena, oblékání, úprava vlasů, doprava, péče o zdraví, péče o domácnost, osobní aktivity.“

Informant 2: „No tak určitě potřebuju dovést někam jo. Vlastně jako řídit auto to nepůjde, protože jsem vlastně ještě díky tomu tlaku v mozku oslepla na pravé oko, takže to vidění je opravdu špatný. A hlavně bydlíme na vesnici a tady ty autobusy taky nic moc. A mamka by mě vlastně samotnou ani nikam nepustila, protože je to krátkou dobu od poškození mozku.“

Informant 3: „Já si to zvládnú sám všechno, když to jde. Já se snažím a nechci, aby mi někdo pomáhal. Třeba jenom něco otevřít jako konzervu nebo něco takového, to mi Alena manželka doma otevře a tady to trénuju. Horší rukou si to přidržuju a zdravou si pomůžu. Auto jsem zkoušel řídit a mám doma automat. Docela to šlo.“

Informant 4: „Postarám se o sebe, sice pomalu, ale manželka může chodit dopoledne do práce, dokážu si ohřát a nandat jídlo, osprchovat se a jít s hůlkou na zahradu. Manželka mi dala přebudovat koupelnu a snaží se vše v bytě přizpůsobit. Odvoz k lékaři, pomoc při silověji náročných činnostech v kuchyni, motivace k šťastnějšímu životu a k socializaci s přáteli, manželka zařizuje návštěvy a bere mne např. občas do restaurací a kavárny.“

- Neschopnost řízení automobilu

Informant 2: „Vlastně jako řídit auto to nepůjde, protože jsem vlastně ještě díky tomu tlaku v mozku oslepla na pravé oko, takže to vidění je opravdu špatný. No tak určitě potřebuju dovést někam jo.“

Informant 4: „Já jsem přestal i řídit z důvodu špatné koordinace rovnováhy auto, a kvůli špatné chůzi jsem si nemohl nic sám zařizovat.“

- Přínos fyzioterapie

Informant 1: „Zlepšení funkce DK, zesílení svalů, snížení spasticity u HK, zlepšení celkové kondice těla.“

Informant 2: „No tak ta pro mě byla asi nejvíc jako přínosná, protože jak jsme cvičili a všechno tak se mi zlepšila koordinace, protože to byla hodina denně. Ale máma tu byla se mnou, tak jsme ještě víc cvičily odpoledne jako spolu.“

Informant 3: „Pomohla nejvíc. To, že chodím a noha se zlepšila, a že cvičíme ruku i prsty a dáváme elektriku.“

Informant 4: „Nastartování pro další období.“

- Kladný vliv ergoterapie

Informant 1: „Také musím vyzdvihnout nácvik nezávislosti, kde člověku dají spoustu tipů a triků do života.“

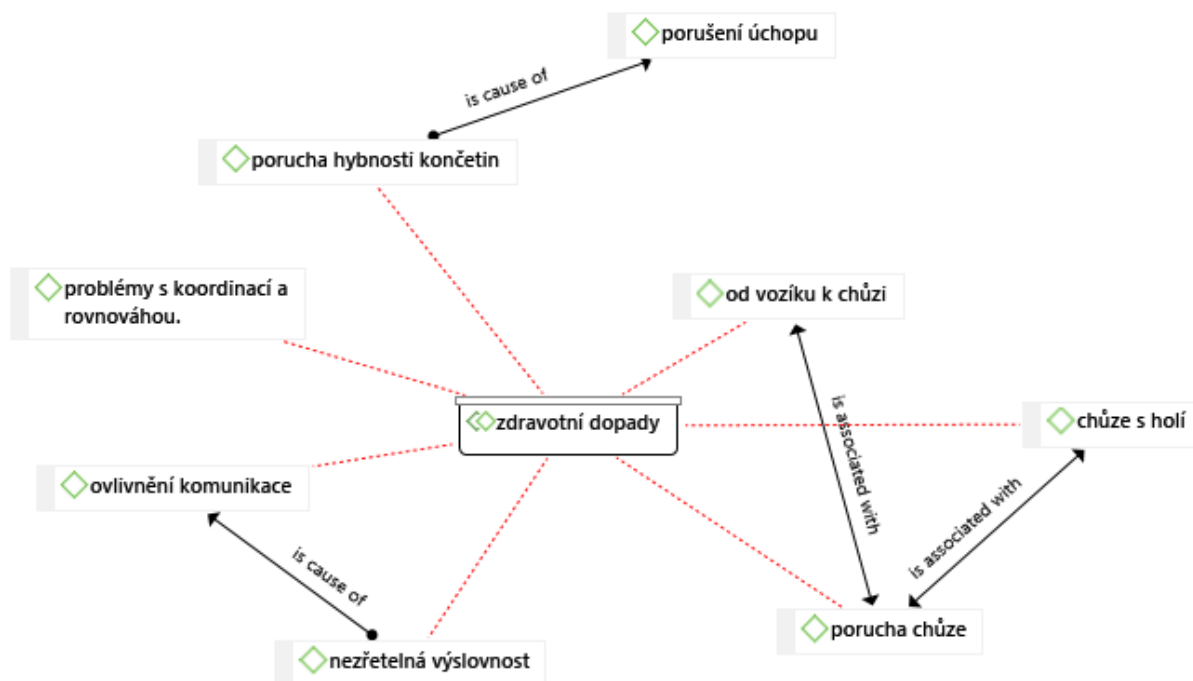
Informant 2: „Jak jsem se učila sbírat ty malý věcičky, zapínat knoflíky a učila jsem se vyšívát, hodně jsme si házeli, tak to bylo výborný na ty úchopy taky a ty se taky zlepšovaly.“

Informant 3: „No já měl nácvik nezávislosti jen párkrát na začátku pobytu. A pak mi ho zrušili, protože jsem to zvládal.“

Informant 4: „Velmi dobrý.“

5. Zdravotní a sociální dopady

Informanti odpovídali na otázky týkající se dopadů zdravotních i sociálních na jejich dosavadní život, vysvětlují následky získaného poškození mozku, které měly vliv na zdravotní i sociální situaci oslovených klientů. Informanti vysvětlují, jaké obtíže jim vznikly po poškození mozku. Síť výsledků jsou rozděleny na zdravotní dopady (obr. 5) a sociální dopady (obr. 6).



Obr. 5: Zdravotní dopady

Zdroj: vlastní

- Porucha hybnosti končetin

Informant 1: „*CMP mi zasáhlo celou levou polovinu těla. Mám nepohyblivou levou ruku (pohyb mám pouze po loket), která je velmi spastická. Velmi špatně se mi chodí, díky noze, kde se vyskytuje též velká spasticita, často mě bolí záda a levé rameno.*“

Informant 2: „*A mám, vlastně, měla jsem levou ruku a nohu. No nejdřív to byly ty končetiny, ale to se úplně rozcvičilo, protože se to zlepšovalo už v nemocnici, tam mi to rozcvičovaly rehabilitačky a cvičila jsem i s rodičema, takže když jsem šla do Kladrub, tak ty končetiny už fungovaly.*“

Informant 3: „*Ještě na jipce byla ochrnutá celá levá strana, Ta noha už začínala fungovat v nemocnici, začínala se hýbat. Funkce ruky je pořád zhoršená, nejdou natáhnout prsty.*“

Informant 4: „*Po první mrtvici jsem jen slabě tahal pravou nohu.*“

- Problémy s koordinací a rovnováhou

Informant 2: „*Ne, já vlastně jen jediný, co mám za postižení, tak jsem měla a mám problémy s koordinací a rovnováhou. Takže jsem se učila znovu chodit, stát, sedět, prostě jsem neměla koordinaci nad svým tělem. HmMMM ano. Určitě to byl největší problém stability, koordinace a chůze.*“

Informant 4: „*Z důvodu špatné koordinace a rovnováhy jsem musel přestat řídit auto.*“

- Ovlivnění komunikace a nezřetelná mluva

Informant 1: „*Často mi vypadávají slova, zadržávám se v řeči.*“

Informant 4: „*Manželka mě upozornila, že někdy moje výslovnost není zřetelná, občas jsem zadržmolil, ani telefonovat vlivem špatné artikulace nešlo. A po druhé příhodě opět jipka, teď už větší problémy s chůzí i s řečí a prý i nástup lehké demence.*“

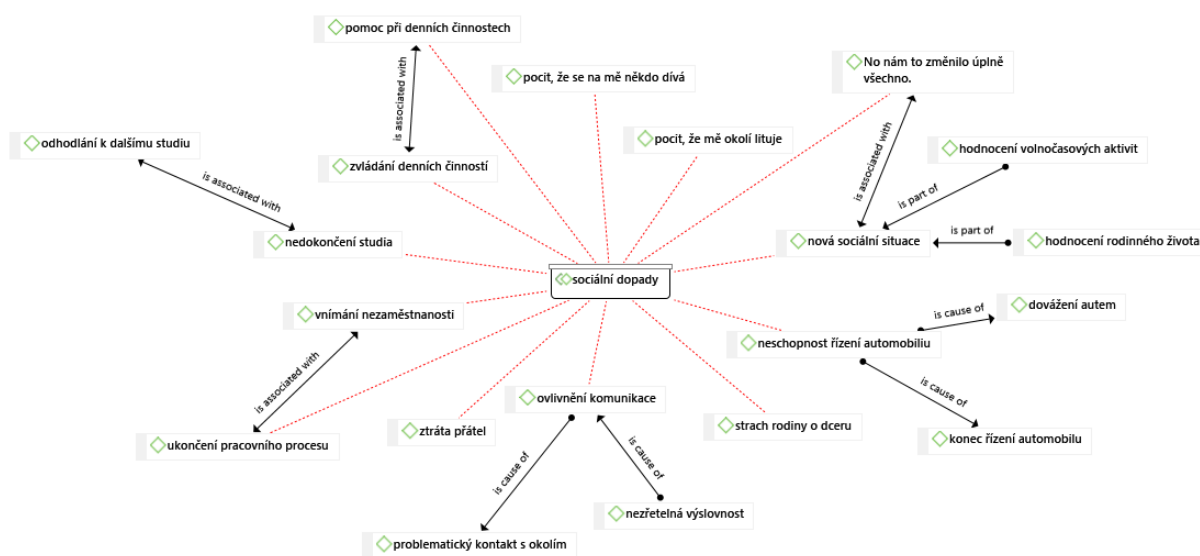
- Porucha chůze

Informant 1: „*Velmi špatně se mi chodí, díky noze, kde se vyskytuje též velká spasticita. Díky špatné chůzi mi vznikají nepříjemné otoky levého chodidla. Tudiž nejsem schopna ujít nějakou větší vzdálenost.*“

Informant 2: „*Určitě to byl největší problém stability, koordinace a chůze.*“

Informant 3: „*Teď můžu s holí chodit a jde to.*“

Informant 4: „Samozřejmě ta chuze zhoršená, ale dokázal jsem si na jednotlivá cvičení dojít sám, což mě namotivovalo.“



Obr. 6: Sociální dopady

Zdroj: vlastní

- Ukončení pracovního poměru

Informant 3: „No jsem naštvanej, že nemůžu do práce. Dělal jsem v Německu a měl jsem tam hodně peněz. No a o ně jsem přišel, když teď úplně nemůžu.“

Informant 4: „Musel jsem skončit s prací, ani telefonovat vlivem špatné artikulace nešlo....“

- Nedokončení studia

Informant 1: „Byla jsem studentka Střední zahradnické školy v Brně- Bohunicích, maturitního oboru Zahradnictví. Školu jsem bohužel nedodělala, protože se mi stala příhoda a já nemohla v zaměření pokračovat.“

Informant 2: „Maturita se díky tomu nestihla o měsíc.“

- Zvládání denních činností

Informant 1: „V běžných situacích potřebuji vždy pomoc někoho. Nejsem schopna žít např. sama.“

Informant 2: „No tak určitě potřebuju dovést někam jo. Vlastně jako řídit auto to nepůjde.“

Informant 3: „Já si to zvládnou sám všechno, když to jde. Já se snažím, a nechci, aby mi někdo pomáhal.“

Informant 4: „Postarám se o sebe, sice pomalu, ale manželka může chodit dopoledne do práce, dokážu si ohřát a nandat jídlo, osprchovat se a jít s hůlkou na zahradu.“

- Ztráta přátel

Informant 1: „Po CMP jsem také ztratila mnoho přátel.“

- Ovlivněná komunikace

Informant 1: „Velké potíže pozoruji především v krátkodobé paměti, kdy nejsem schopná říct co bylo např. předevčírem, včera. S pozorností je to podobné, jakmile mě něco vyruší, nejsem schopna se nadále na činnost soustředit a věnuji se novému podnětu. Často mi vypadávají slova, zadržávám se v řeči.“

Informant 4: „Občas si neuvědomuju situaci a mluvím víc nahlas, takže se lidi otáčejí. Nemám ani příliš dobrý pocit před lidmi, mluvením se spíše držím stranou a mám také občas únik slin z úst... To jsou věci, které poměrně ne tak starému člověku jako jsem já, nejsou mezi lidmi příjemné. Nejhůře se, jako bývalý novinář, vyrovnávám s tou horší artikulací, občas nemohu i nabrat dech.“

- Strach rodiny o dceru

Informant 2: „A mamka by mě vlastně samotnou ani nikam nepustila, protože je to krátkou dobu od poškození mozku.“

- Neschopnost řídit auto

Informant 2: „Vlastně jako řídit auto to nepůjde, protože jsem vlastně ještě díky tomu tlaku v mozku oslepla na pravé oko, takže to vidění je opravdu špatný.“

Informant 4: „Já jsem přestal i řídit z důvodu špatné koordinace rovnováhy auto, a kvůli špatné chůzi jsem si nemohl nic sám zařizovat.“

- Nová sociální situace

Informant 1: „Změnilo mi to kvalitu života, prožívání, vnímání, kontakty s přáteli, soukromý život, kontakt s lidmi, cestování. Žiju v bezbariérovém bytě s rodinou. Jsem odhodlaná k dalšímu studiu.“

Informant 2: „No hodně, úplně se mi život převrátil naruby, to jako určitě. Já jsem ze začátku vůbec nevěděla, o co jde. Jsem si myslela vlastně, že budu v pořádku za chvíli. Bylo to náročný no. Bylo to vlastně jako úplně jinej život. Bydlíme v rodinném domě na vesnici. Konec práce u mamky, úmrtí babičky, taťka vyhozen z práce.“

Informant 3: „No je to blbý, protože jak jsem měl ty zájmy takový, tak už nemůžou být. Chodil jsem hrát a to díky ruce teď nejde. Jinak s rodinou je to pořád dobrý. Bydlím v bytě s manželkou a vnučkou. Má tady školu, tak bydlí s námi.“

Informant 4: „Mám ženu, která mne neopustila, naopak se o mne velmi dobře stará a snaží se mi nemocí omezený život zpestřovat. V tom spatřuji také své trochu lepší vyrovnání se s osudem. Mám také 2 psy a dvě kočky, zvířata mi život zpříjemňují.“

- Pocit, že mě okolí lituje

Informant 4: „Zvládám poměrně těžce, ať se snažím. S důvěrnějšími přáteli to jde lépe. Ale je tam ten blok, uvědomujete si, že ty lidi a vás koukají tak jinak, se soucitem, nebo možná i s překvapením. To mi není příjemné.“

- Pocit, že se na mě někdo dívá

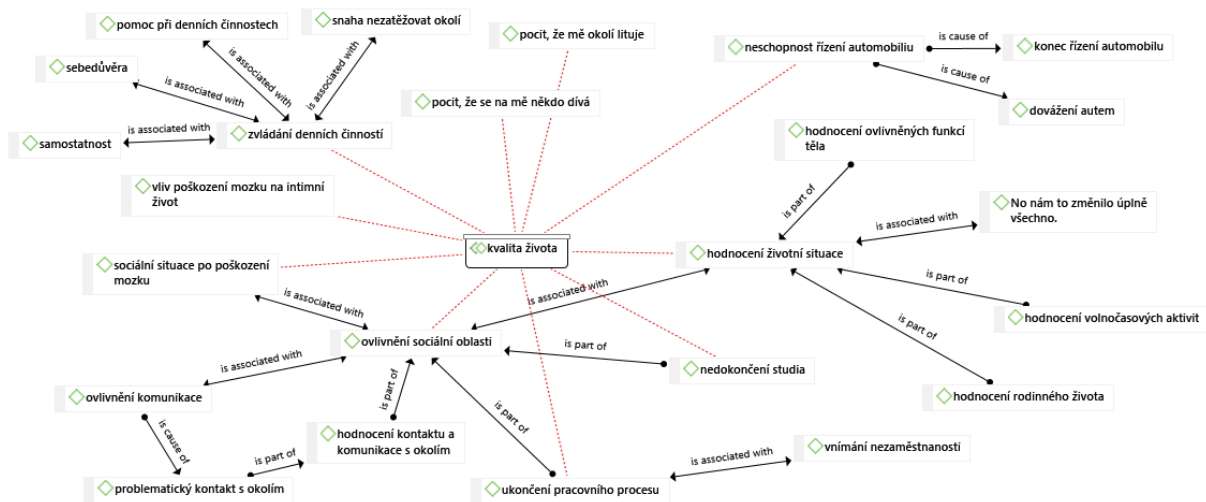
Informant 1: „Po ní pro mě bylo velmi těžké se vrátit mezi lidi. Do dnes mi to dělá problém, pořád v hlavě řeším, zda se na mě někdo kouká či nikoliv. Také jsem si díky tomu vybuodovala strach z lidí, panickou ataku.“

Informant 2: „Ale i takový to, že jsem měla pocit, že na mě každý kouká, že já jsem ta postižená. A v Kladrubech tam to nikdo neřeší to postižení, tam je to normální, zvedlo se mi i sebevědomí. Je to tam taková komunita, že tam to nikdo neřeší, takže se mi zlepšil takovej ten vztah mezilidskej, protože předtím to nebylo dobrý. Vidíte třeba lidi, i že jsou na tom hůř, že na tom není člověk úplně nejhůř.“

Informant 4: „Občas si neuvědomuju situaci a mluvím víc nahlas, takže se lidi otáčejí. Uvědomuji si, že v této otázce má naše společnost ještě co v taktu a výchově co dohánět.“

6. Kvalita života

Kladené otázky měly osvětlit situaci, která nastala u oslovených klientů. Jaký vliv mělo získané poškození mozku na celkovou kvalitu jejich života a jaké oblasti života byly poškozením změněny nebo narušeny. Síť výsledků zobrazuje oblasti života, které byly hodnoceny klienty po získaném poškození mozku. Výsledná síť také vypovídá, jakým způsobem se informanti vyrovnávají s nově vzniklou životní situací.



Obr. 7: Kvalita života

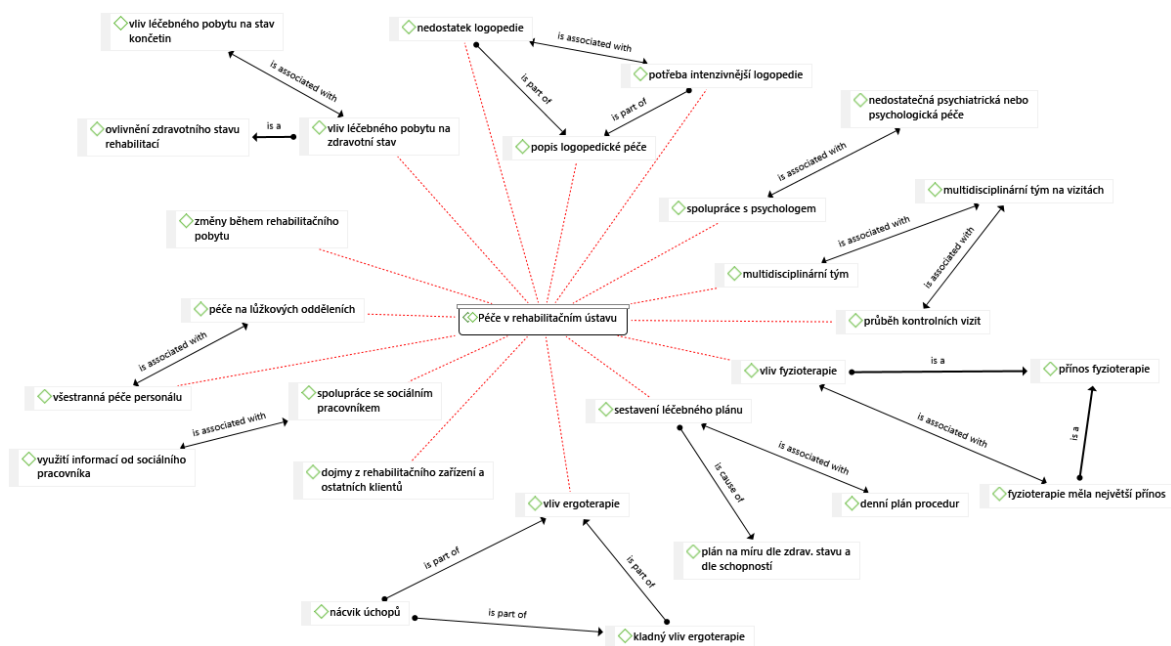
Zdroj: vlastní

Informanti prováděli hodnocení jednotlivých oblastí nové životní situace. Získané poškození mozku u oslovených klientů ovlivnilo dosavadní zdravotní stav a celkovou zdravotní situaci, dále sociální situaci, která byla ovlivněna zejména narušenou mluvou a komunikací s okolím. Další ovlivněnou oblastí života byl intimní život a velmi nelehké vyrovnání se s touto situací. Důležitým aspektem v nově vzniklé životní situaci je ztráta zaměstnání a nedokončení studia. Z rozhovorů bylo patrné, že 2 oslovení klienti mají velký zájem znovu začít pracovat a jeden informant by rád pokračoval v dalším studiu. Častým jevem při sběru informací byl nelehký návrat do společnosti a problematický kontakt a komunikace s okolím. Klienti se velmi často setkávají s negativním vnímáním nově vzniklé situace ve smyslu svých vnitřních pocitů, že je někdo jiný pozoruje a chová se k nim s lítostí,

s čímž se nelehce vyrovnávají. Řízení automobilu je pro oslovené klienty také velmi podstatnou věcí. Jeden z oslovených informantů byl schopen se k řízení automobilu vrátit pomocí vozidla s automatickou převodovkou. Další velmi často hodnocenou oblastí bylo ovlivnění volnočasových aktivit. Ve dvou případech bylo kvůli ovlivněné funkci horní končetiny znemožněno pokračování ve volnočasových aktivitách. Koníčky jsou pro oslovené klienty velmi důležité a je pro ně složité se vyrovnat s tím, že nemohou s koníčky pokračovat. Důležitou roli ve zvládnutí nové životní situace a zvládnutí běžných denních aktivit je pomoc a spolupráce s rodinou. Z rozhovorů vyplynulo, že se informanti snaží co nejméně rodinu zatěžovat svým zdravotním postižením, jsou více motivováni osvojovat si nové dovednosti a být více samostatní a soběstační, ale v některých běžně vykonávaných činnostech se bohužel bez pomoci svých blízkých neobejdou.

7. Péče v RÚ Kladruba

Informanti hodnotili a sdělovali informace týkající se komplexní léčby v Rehabilitačním ústavu Kladruba. Otázky byly směřovány na zjištění jednotlivých součástí rehabilitační péče, jejich popis a jejich možný přínos pro klienty po získaném poškození mozku. Byli dotazováni také na jejich dojmy a vnímání prostředí rehabilitačního zařízení a ostatních klientů, kteří zde také absolvovali rehabilitační pobyt. Další kladené otázky měly přinést podrobnější informace týkající se změn zdravotního stavu informantů během léčebného pobytu v rehabilitačním zařízení.



Obr. 8: Péče v rehabilitačním ústavu

Zdroj: vlastní

- Vliv léčebného pobytu na zdravotní stav a změny během rehabilitačního pobytu

Informant 1: „Léčebný program mi velmi pomohl jak psychicky tak fyzicky, vzhledem k tomu, že jsem byla mladá, snažili jsme se z toho těla dostat co nejvíc. Ze začátku jsem pokroky dělala obrovské. Z nechodícího ležáka jsem se znovu postavila na nohy a začala znovu chodit. Chůze byla nejprve s chodítkem, poté o 1 francouzské holi, poté bez francouzských holí s vycházkovou holí poté chůze úplně samostatná s ortézou. Co se týče ruky, tam moc změn moc nenastalo. Bohužel.“

Informant 2: „Určitě se zlepšila svalová síla a rozsahy v kloubech končetin vlevo. Ale i takový to, že jsem měla pocit, že na mě každý kouká, že já jsem ta postižená. A v Kladrubech tam to nikdo neřeší to postižení, tam je to normální, zvedlo se mi i sebevědomí. Je to tam taková komunita, že tam to nikdo neřeší, takže se mi zlepšil takovej ten vztah mezilidskej, protože předtím to nebylo dobrý.“

Informant 3: „Já nevím, já si myslím, že ta noha to byla, takhle lepší víc je na tom. Funkce ruky je pořád zhoršená, nejdou natáhnout prsty, dáváme i elektriku na svaly ve cvičebním bloku. Je omezenej úchop té ruky.“

Informant 4: „Manželka tedy zažádala o rehabilitační péči v Kladrubech, kde jsem poměrně samostatná jednotka, dokázal jsem si na jednotlivá cvičení dojít sám, což mě namotivovalo. Nevím, je to různé, trochu se zlepšilo vše, můj cíl je, aby se to nezhoršilo a zůstalo to alespoň v této fázi...mnohé věci jsou už nevratné.“

- Všestranná péče personálu

Informant 1: „Je velmi důležitá, ocenila bych zařazení psychiatrické péče, nebo posílit alespoň tu psychologickou.“

- Péče na lůžkových odděleních

Informant 1: „Jsou to andělé na správném místě. Jsem jim za spoustu věcí vděčná.“

Informant 2: „No ty byli úplně strašně hodný. Takový ty hodný sestřičky, jo sanitářky tak ty byly teda strašně hodný. S jednou jsem více v kontaktu a hodně si povídáme, když má službu. Jenom jedna sestra byla taková nepříjemná.“

Informant 3: „No doktoři se chodili ptát na zdravotní stav každý den ráno a pak byli na vizitách. Sestry ty pomáhaly, když jsem něco potřeboval.“

Informant 4: „Výborné, empatie.“

- Dojmy z rehabilitačního zařízení a ostatních klientů

Informant 1: „Velmi pěkně, čistě. Trochu mi to připomíná nemocnici, na což jsem byla zvyklá.“

Informant 2: „Určitě jako hrozně hezký a hlavně jsou tam takový ty přístroje na úrovni. Kladruby daly laťku hodně vysoko. A přímo i v tý rehabilitaci a i jak tam je ošetřující personál.“

Informant 3: „V pohodě to bylo, jenom jsem koukal, že tady jsou ty mladý kluci a holky ještě hůř na tom než já. To bylo takový divný, ale pak jsem se rozkoukal. Tak na to jsem si musel zvyknout ze začátku. A prostředí je tam pěkný a všichni se o vás starají a pomáhají.“

Informant 4: „Poměrně dobře.“

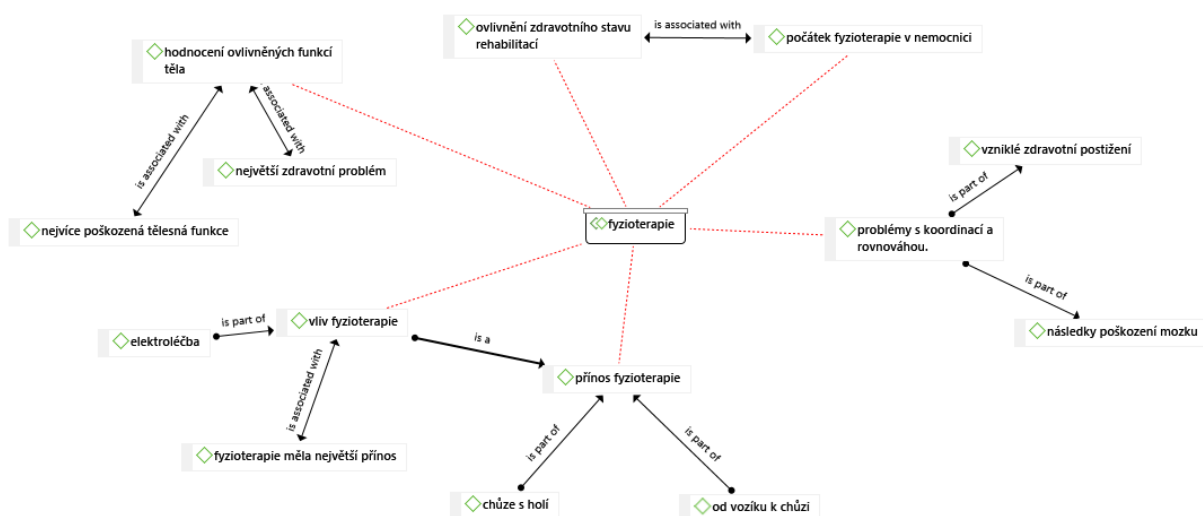
- Sestavení léčebného plánu

Informant 1: „Myslím, že na to je určený nějaký pracovník z řad personálu RU Kladruby. Rozvrh je sestavován každému pacientovi na míru dle jeho zdravotního stavu a dle schopností poté upravován.“

Informant 2: „No podle lékařské zprávy z nemocnice si doktor myslel, že mě naučí v ústavu maximálně jezdit na vozičku. A pak mě vyšetřil a nevěřil tomu, co v té zprávě napsali, a řekl, že budu chodit, a že mě to budou učit. Takže to sestavil ten doktor podle svého vyšetření. A v průběhu pobytu mi přidávali další procedury.“

Informant 3: „No to se mnou sestavovali ten den nástupu, vyšetřil mě doktor a dostal jsem papír, co a jak, to kam půjdu a na jaký procedury. A zvlád jsem to. Čtyřikrát jsem jel na vozíku a pak už chodím pěšky.“

- Vliv fyzioterapie



Obr. 9: Fyzioterapie

Zdroj: vlastní

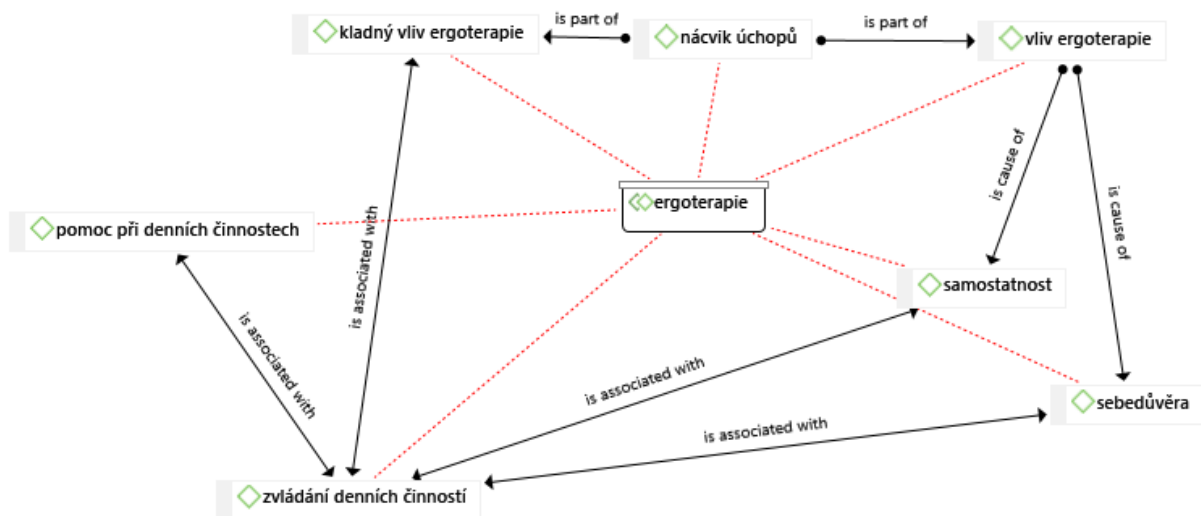
Informant 1: „Individuální rehabilitace pomohla nejvíce, protože jsem tam opravdu vždy odvedla kus práce. Zlepšení funkce DK, zesílení svalů, snížení spasticity u HK, zlepšení celkové kondice těla.“

Informant 2: „No tak ta pro mě byla asi nejvíc jako přínosná, protože jak jsme cvičili a všechno tak se mi zlepšila koordinace, protože to byla hodina denně. Ale máma tam byla se mnou, tak jsme ještě víc cvičily odpoledne jako spolu. Tak nejprínosnější bylo vlastně cvičení, a pak ještě bazén byl hodně dobrej. Všechno, kde jsem rozcvičovala tělo. A teď ke konci pobytu mi dali ještě další přístroj, takovou uzavřenou budku myslím, že se to jmenovalo posturograf a ten byl super na tu zhoršenou stabilitu.“

Informant 3: „Pomohla nejvíc. To, že chodím a noha se zlepšila, a že cvičíme ruku i prsty a dáváme elektriku. Cvičení s těma rukama, to bylo dost dobrý a ta elektrika pomohla hodně. To jsem byl ze začátku naštvanej, že nemůžu nic do ruky vzít a nemůžu ruku ohnout a natáhnout. Větší pokroky s nohou, i podle měření chůze se tam zlepšoval stav nohy a vzdálenost a výdrž chůze.“

Informant 4: „Nastartování pro další období. A nejvíc pomohla rehabilitace – nohy.“

- Vliv ergoterapie



Obr. 10: Ergoterapie

Zdroj: vlastní

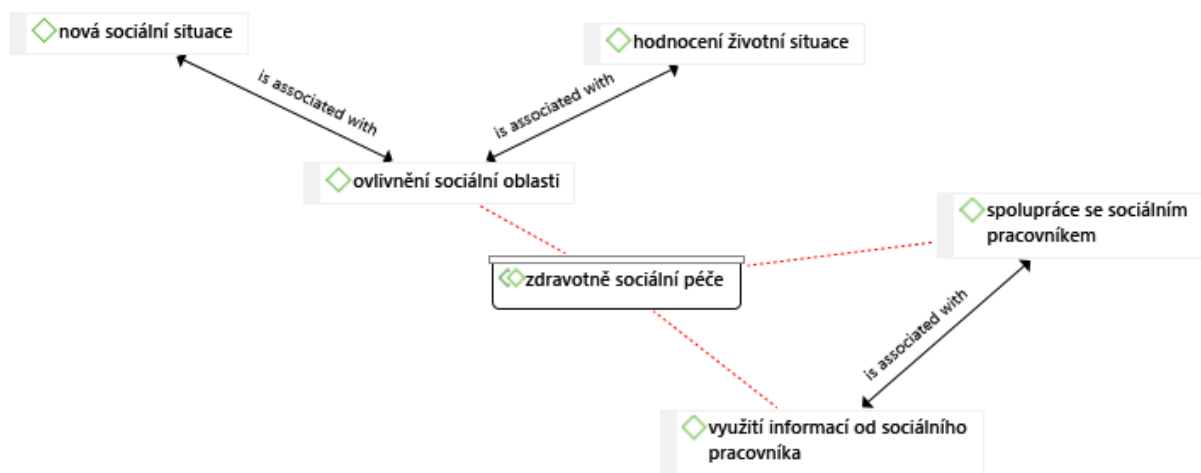
Informant 1: „Příliš se nedalo moc dělat. I když jsme zkoušeli všelijaké metody, vliv na horní končetinu to moc nemělo. Také musím vyzdvihnout návčik nezávislosti, kde člověku dají spoustu tipů a triků do života.“

Informant 2: „*Jak jsem se učila sbírat ty malé věcičky, zapínat knoflíky a učila jsem se vyšívát, hodně jsme si házeli, tak to bylo výborný na ty úchopy taky a ty se taky zlepšovaly. Taky jsme i nějak vařili, myslím, že topinky jsme dělali.*“

Informant 3: „*No já měl nácvik nezávislosti jen párkrát na začátku pobytu. A pak mi ho zrušili, protože jsem to zvládal. Na úchopy chodím trénovat ruku.*“

Informant 4: „*Velmi dobrý...*“

- Spolupráce se sociálním pracovníkem



Obr. 11: Zdravotně sociální péče

Zdroj: vlastní

Informant 1: „*Netuším, protože jsem jeho služeb v Rehabilitačním ústavu Kladruby nevyužila, i když jsem ten prostor měla.*“

Informant 2: „*Jo vlastně jsem byla jednou. Ale mamka mi pomáhala, a potřebný věci zařizovala se sociálním pracovníkem v místě bydliště. Takže jsme se jen se sociálním pracovníkem v Kladrubech domluvili, že už máme vše zařizované doma. Mamka všechno zařídila podle toho, jak jí sociálka poradila a pak jsme si ještě zjišťovali informace na internetu. Mamka vše obvolala a vyřídila.*“

Informant 3: „*Taková hezká ženská to byla, dávala mi informace, co všechno si můžu doma zařídit a o jaký příspěvky si můžu zažádat a dala mi takový papír, abych věděl, co a jak. Jo, pak to moje paní řeší na sociálce doma, když já jsem tady v Kladrubech.*“

Informant 4: „Na dobré úrovni. Vybudování sprchového koutu, stolička ve sprše....zrušení prahů, schodů.“

- Spolupráce s psychologem



Obr. 12: Psychologická péče

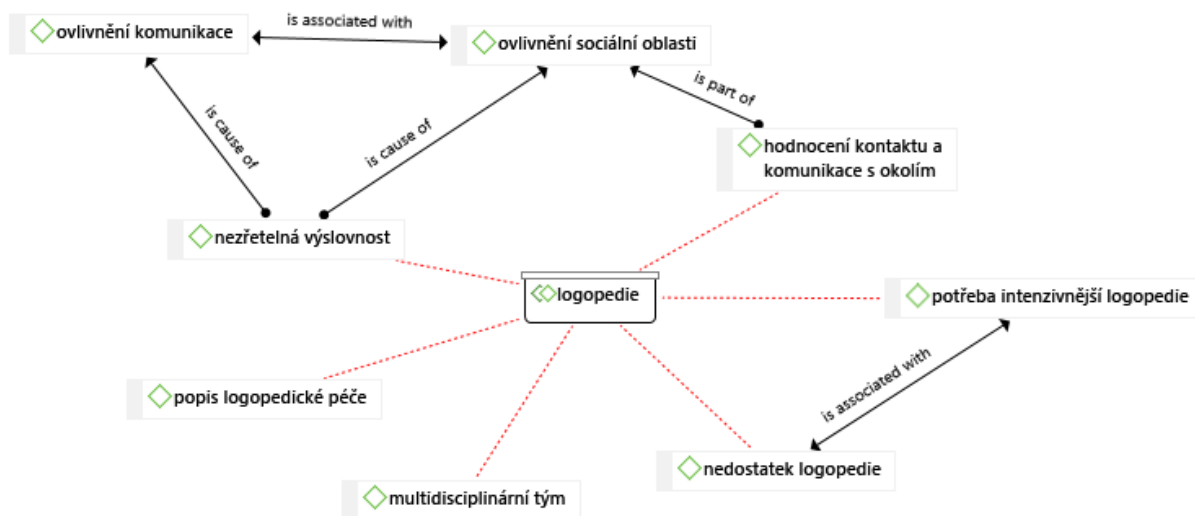
Zdroj: vlastní

Informant 1: „Velmi, ocenila bych zařazení psychiatrické péče, nebo posílit alespoň tu psychologickou.“

Informant 2: „Jo a dál psychologa jsem měla, to jsem měla paní doktorku.“

Informant 3: „U psychologa jsem byl dvakrát. Povídali jsme si o těch změnách v životě, a jak na tom teď jsem. Řekl mi, že jsem na tom dobře a nabídl mi, že když budu potřebovat, můžu znovu přijít. Už jsem tam nebyl.“

- Popis logopedické péče



Obr. 13: Logopedie

Zdroj: vlastní

Informant 2: „Dál jsem měla logopedku. A to jsem neměla dávicí reflex, a tak mi dávala různé tyčinky do krku, abychom to posílily. Masírovala mi občas i tvář, jak jsem jí měla ochrnutou, trénovala jsem mluvu, procvičovaly jsme jazyk a tak. Muzikoterapii jsem měla jednou s paní logopedkou.“

Informant 3: „No, já u logopeda nebyl, protože jsem to nepotřeboval. Ale ostatní pacienti tuhle péči využívají, když mají problém s mluvením.“

Informant 4: „Chyběla mi víc logopedie... Myslím, že by tam mělo být více těchto specialistů.“

- Multidisciplinární tým

Informant 1: „Na vizitu přijdou do pokoje lékaři a ošetřující lékař podá informace přihlížejícím lékařům o pacientovi, dál přijde fyzioterapeut a sociální pracovník. Následuje kontrola zdravotního stavu, ukázka progresu při absolvování cvičení.“

Informant 2: „Čekala jsem na pokoji na vizitu a ptali se mně, jestli mi vyhovuje léčebný program, jestli bych nechtěla něco přidat nebo ubrat, jestli nejsem unavená, jestli zvládám všechny procedury. Vždy mi udělali neurologické vyšetření, prošla jsem se před nima a podle

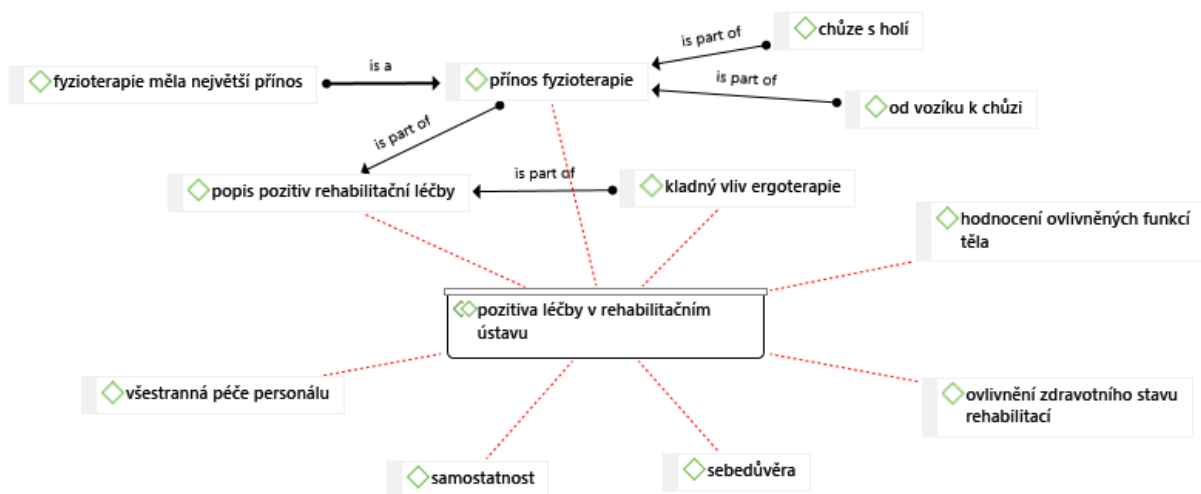
výsledků vyšetření od rehabilitačky a ergo hodnotili, jak jsem se zlepšila. A byl tam ošetřující doktor, vrchní sestra, paní primárka, sestra, která měla službu, fyzioterapeut, psycholog a ještě sociální pracovník.“

Informant 3: „No to je dobrý. Tam bývá doktor, kterej má službu. Bylo to v pohodě. Proběhlo to zatím vždycky dobře, všechno mi zkontroloval a řekl mi, že se to lepší. Dál tam je primárka, fyzioterapeut, psycholog a sociální pracovnice. Hodnotí společně vždycky můj léčebnej program, jestli nechci něco přidat a jestli nejsem moc unavenej.“

Informant 4: „Primář oddělení se zajímá nejen o fyzický, ale i psychický stav, dále spolupracuje s fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem, ergoterapeutem, psychologem a logopedem.“

8. Pozitiva a negativa léčby v Rehabilitačním ústavu Kladruby

Otázky týkající se léčby v rehabilitačním zařízení, které byly kladené informantům, měly zmapovat situaci kladů a negativ léčby v Kladrubech. Otázky měly odhalit také celkový vliv tohoto komplexního léčebného pobytu na informanty. Síť výsledků jsou rozdělené na pozitiva rehabilitační léčby (obr. 14) a negativa léčby (obr. 15).



Obr. 14: Pozitiva léčby v rehabilitačním ústavu

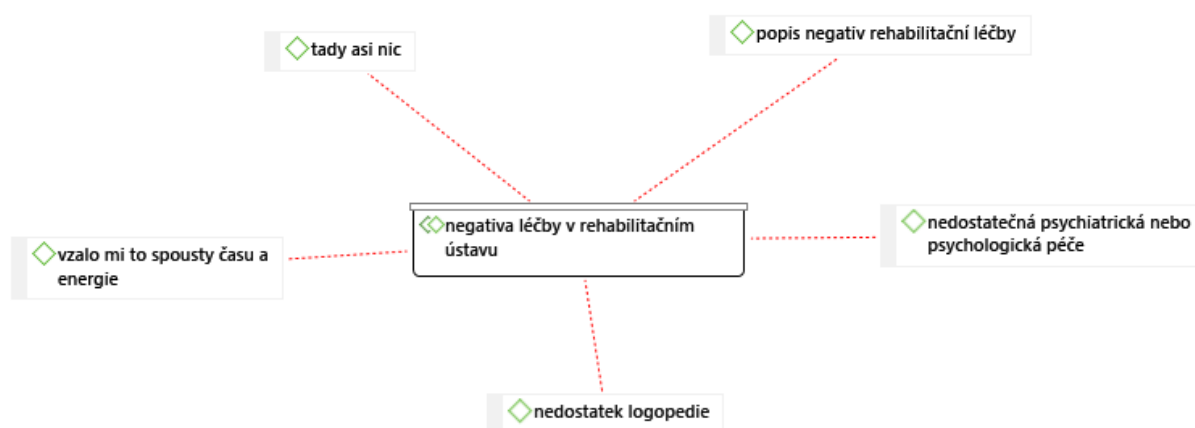
Zdroj: vlastní

Informant 1: „Zlepšení zdravotního stavu, jak po stránce fyzické tak psychické. Největší přínos fyzioterapie. Léčebný program mi velmi pomohl jak psychicky tak fyzicky, vzhledem k tomu, že jsem mladá, snažili jsme se z toho těla dostat co nejvíc. Ze začátku jsem pokroky dělala obrovské. Z nechodícího ležáka jsem se znovu postavila na nohy a začala znovu chodit“.

Informant 2: „Já jsem byla hrozně ráda, že mě tam vůbec vzali. Hlavně jsem se modlila, aby mě tam vzali, protože pojišťovna nejdřív říkala, že je tam plno, ale pak mě vzali. Určitě se zlepšila svalová síla a rozsahy v kloubech končetin vlevo. Ale i takový to, že jsem měla pocit, že na mě každý kouká, že já jsem ta postižená. A v Kladrubech tam to nikdo neřeší to postižení, tam je to normální, zvedlo se mi i sebevědomí. Je to tam taková komunita, že tam to nikdo neřeší, takže se mi zlepšil takovej ten vztah mezilidskej, protože předtím to nebylo dobrý. Vidíte třeba lidi, i že jsou na tom hůř, že na tom není člověk úplně nejhůř.“

Informant 3: „Že chodím a zvládnou se o sebe postarat.“

Informant 4: „Udržení stavu, motivace, částečná samostatnost.“



Obr. 15: Negativa léčby v rehabilitačním ústavu

Zdroj: vlastní

Informant 1: „Vzalo mi to už spousty času a energie. Ocenila bych zařazení psychiatrické péče, nebo posílit alespoň tu psychologickou.“

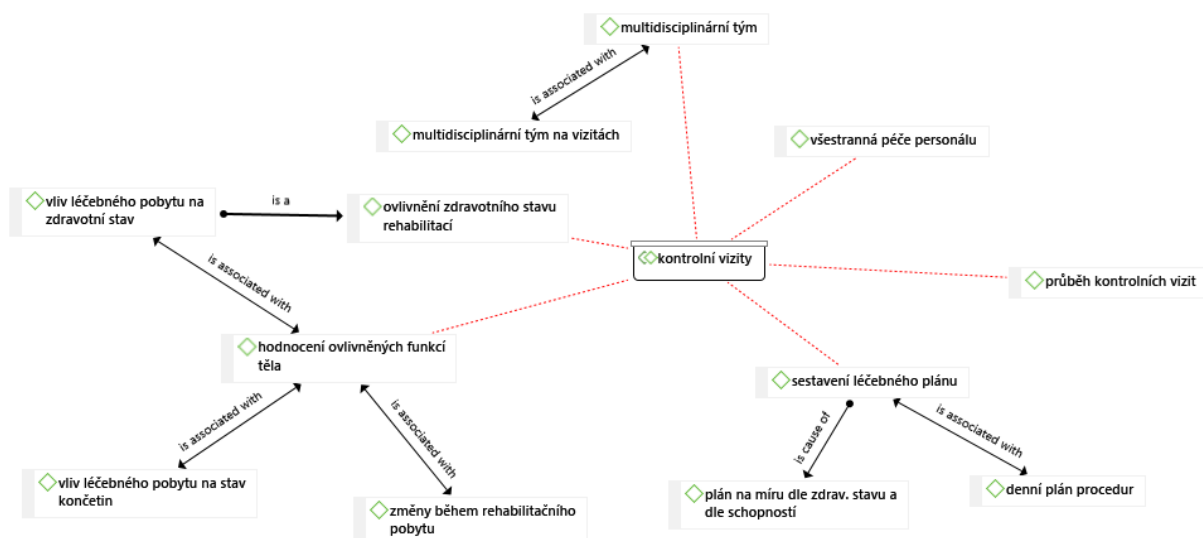
Informant 2: „No nevím, tady asi nic.“

Informant 3: „No, myslím, že nic. Jenom jsem tu už dlouho.“

Informant 4: „Nedostatek logopedie.“

9. Kontrolní vizity

Součástí rozhovorů s informanty byly otázky týkající se vizit neboli kontrolních průběžných vyšetření zdravotního stavu. Tato kontrolní hodnocení zdravotního stavu probíhají několikrát do měsíce a účastní se jich multidisciplinární tým specialistů, kteří jsou zaměstnáni v rehabilitačním ústavu. Průběžné hodnocení zdravotního stavu je pro klienty velmi prospěšné a dle jeho závěrů se upravuje rehabilitační léčebný program přesně na míru klientů. Odpovědi informantů na otázky dávají představu o průběhu kontrolních vizit a o účasti profesionálů na těchto průběžných hodnocení klientů.



Obr. 16: Kontrolní vizity

Zdroj: vlastní

- Hodnocení ovlivněných funkcí těla, ovlivnění zdravotního stavu rehabilitací

Informant 1: „Následuje kontrola zdravotního stavu, ukázka progresu při absolvování cvičení.“

Informant 2: „Vždy mi udělali neurologické vyšetření, prošla jsem se před nima a podle výsledků vyšetření od rehabilitačky a ergo hodnotili, jak jsem se zlepšila.“

Informant 3: „Proběhlo to zatím vždycky dobře, všechno mi zkontroloval a řekl mi, že se to lepší.“

Informant 4: „Primář oddělení se zajímá nejen o fyzický, ale i psychický stav.“

- Multidisciplinární tým

Informant 1: „Na vizitu přijdou do pokoje lékaři a ošetřující lékař podá informace přihlížejícím lékařům o pacientovi, dál přijde fyzioterapeut a sociální pracovník.“

Informant 2: „A byl tam ošetřující doktor, vrchní sestra, paní primárka, sestra, která měla službu, fyzioterapeut, psycholog a ještě sociální pracovník.“

Informant 3: „Bývá tam doktor, dál tam je primárka, fyzioterapeut, psycholog a sociální pracovnice. Hodnotí společně vždycky můj léčebnej program, jestli nechci něco přidat a jestli nejsem moc unavenej.“

Informant 4: „Primář oddělení se zajímá nejen o fyzický, ale i psychický stav, dále spolupracuje s fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem, ergoterapeutem, psychologem a logopedem.“

- Všestranná péče personálu

Informant 1: „Spolupráce personálu je velmi důležitá.“

Informant 4: „Je nutná komplexní péče.“

- Sestavení léčebného plánu

Informant 1: „Rozvrh je sestavován každému pacientovi na míru dle jeho zdravotního stavu a dle schopností poté upravován.“

Informant 2: „No podle lékařské zprávy z nemocnice si doktor myslel, že mě naučí v ústavu maximálně jezdit na vozíčku. A pak mě vyšetřil a nevěřil tomu, co v té zprávě napsali, a řekl, že budu chodit, a že mě to budou učit. Takže to sestavil ten doktor podle svého vyšetření. A v průběhu pobytu mi přidávali další procedury.“

Informant 3: „No to se mnou sestavovali ten den nástupu, vyšetřil mě doktor a dostal jsem papír, co a jak, to kam půjdu a na jaký procedury. Hodnotí společně vždycky můj léčebnej program, jestli nechci něco přidat a jestli nejsem moc unavenej.“

- Průběh kontrolních vizit

Informant 1: „Přijdou do pokoje lékaři a ošetřující lékař podá informace přihlížejícím lékařům o pacientovi.“

Informant 2: „No já jsem měla vizity na pokoji. Dostala jsem lísteček, v kolik bude vizita. Čekala jsem na pokoji a ptali se mně, jestli mi vyhovuje léčebný program, jestli bych nechtěla něco přidat nebo ubrat, jestli nejsem unavená, jestli zvládám všechny procedury.“

Informant 3: „No to je dobrý. Tam bývá doktor, kterej má službu. Bylo to v pohodě. Proběhlo to zatím vždycky dobře, všechno mi zkontroloval a řekl mi, že se to lepší.“

Informant 4: „Na pokoji probíhají vizity a sejdou se ti, co se podílí na léčbě. Primář oddělení se zajímá nejen o fyzický, ale i psychický stav.“

4.1 Výsledky výzkumu dle jednotlivých informantů

Podkapitola obsahuje výzkumem získané informace, které jsou seskupené dle jednotlivých informantů. Toto dělení informací by mělo vnést lepší orientaci do získaných výsledků a nahlédnout snadněji do odpovědí oslovených klientů. Informace jsou u informantů tříděné podle jednotlivých kategorií.

Informant 1

Klientka odpovídala na všechny položené otázky během našeho rozhovoru. Snažila se ke každé otázce dát velmi výstižnou odpověď a popsat svou situaci a nynější zdravotní stav a vyslovit svůj názor. Byla velmi otevřená a odpovídala klidně, pouze v popisu svého zdravotního stavu vždy lehce znejistěla.

Vznik poškození mozku popsala jako náhlou a rapidní změnu svého zdravotního stavu. „Rapidně se mi zhoršil zdravotní stav. A to tak, že jsem zprvu pociťovala nevolnost od žaludku, poté prudkou bolest hlavy. Při návštěvě toalety, kde jsem vyvinula tlak, mi ochrnula levá horní ruka. Když jsem to zjistila, tak jsem se příšerně té ruky lekla a v tom mi ochrnula celá levá polovina obličeje. Cestou mi ochrnula i noha a já tedy nemohla dojít.“ Jako vzniklé zdravotní postižení uvedla informantka ochrnutí homolaterálních končetin a s tím související poruchy funkcí těchto končetin. „Mozková příhoda mi zasáhla celou levou polovinu těla. Mám nepohyblivou levou ruku (pohyb mám pouze po loket), která je velmi spastická. Velmi špatně se mi chodí, díky noze, kde se vyskytuje též velká spasticita. Díky špatné chůzi mi

vznikají nepříjemné otoky levého chodidla. Tudiž nejsem schopna ujít nějakou větší vzdálenost. Díky špatnému držení těla mě často bolí záda a levé rameno.“

Informantka byla velmi mladá v době vzniku poškození mozku a nebyla zaměstnaná, studovala střední školu. Nebyla tedy díky mozkové příhodě schopna pokračovat ve studiu, ale již nyní je velmi odhodlána pokračovat ve studiích. *„Byla jsem studentka Střední zahradnické školy v Brně, maturitního oboru Zahradnictví. Školu jsem bohužel nedodělala, protože se mi ve 3. ročníku stala příhoda a já nemohla v zaměření pokračovat. Ale nyní jsem odhodlaná ve studiu na jiné střední škole pokračovat.“* Není schopna pokračovat dále ve studiu této školy z důvodu svého zdravotního stavu a s tím také souvisí zvládání běžných denních aktivit, které jsou další zjištěnou kategorií. Poškození mozku ovlivnilo její aktivity velmi silně. *„V běžných situacích potřebuji vždy pomoc někoho. Nejsem schopna žít např. sama. V současné době pomoc zastává nový přítel, nebo maminka. Nikdy jsem si nedokázala představit jak těžký je život s 1 funkční rukou. Kolik činností to ovlivní. Příprava stravy, osobní hygiena, oblékání, úprava vlasů, doprava, péče o zdraví, péče o domácnost, osobní aktivity.“*

Další kategorií jsou zdravotní a sociální dopady. Tato kategorie je pro klientku propojena a hodnotila toto téma komplexně. Její zdravotní stav výrazně ovlivnil i sociální oblast. Jako zásadní vnímá poruchu hybnosti ruky a nohy, dále negativně vnímá komunikaci, která se prolíná zdravotní tak sociální oblastí. S postižením horní končetiny je ovlivnění zvládání denních aktivit a s postižením nohy je spojena porucha chůze a další vzniklé bolesti a zdravotní potíže. *„Mám nepohyblivou levou ruku (pohyb mám pouze po loket), která je velmi spastická. Velmi špatně se mi chodí, díky noze, kde se vyskytuje též velká spasticita. Díky špatné chůzi mi vznikají nepříjemné otoky levého chodidla. Během komunikace mi často vypadávají slova, zadržávám se v řeči.“* Nejzásadnějšími sociálními dopady pro informantku je zásadní změna celkové životní situace, ovlivnění komunikace, poruchy paměti, poruchy pozornosti, soustředěnosti a kontakt s lidmi. *„Je pro mě velmi těžké se vrátit mezi lidi. Do teď mi to dělá problém, pořád v hlavě řeším, zda se na mě někdo kouká či nikoliv. Také jsem si díky tomu vybuchovala strach z lidí, panickou ataku, kterou řeším také s psychiatrem. Také jsem ztratila mnoho přátel. Co se týče paměti a pozornosti, tam pociťuji velké změny. Velké potíže pozoruji především v krátkodobé paměti, kdy nejsem schopná říct co bylo např. předečím, včera. S pozorností je to podobné, jakmile mě něco vyruší, nejsem schopna se nadále na činnost soustředit a věnuji se novému podnětu. Často mi vypadávají slova, zadržávám se v řeči.“* Celková kvalita života byla dle klientky velmi zásadně ovlivněná, kdy jako mladé dívky ovlivnilo poškození mozku celý dosavadní život. *„Velmi zásadně, ať už se*

to týká psychického stavu, nebo toho fyzického. Změnilo mi to kvalitu života, prožívání, vnímání, kontakty s přáteli, soukromý život, kontakt s lidmi, cestování, atd.“

Péče v Rehabilitačním ústavu v Kladruzech byla další získanou kategorií. Klientkou byla péče i pobyt v rehabilitačním zařízení velmi kladně hodnoceny a její zdravotní stav byl pozitivně ovlivněn. Reakce na prostředí rehabilitačního ústavu byla kladná a kontakt s ostatními klienty byl prospěšný. *„Velmi pěkné, čisté. Trochu mi to připomíná nemocnici, na což jsem byla zvyklá.“* Léčebný pobyt byl hodnocen jako přínosný. *„Léčebný program mi velmi pomohl jak psychicky tak fyzicky, vzhledem k tomu, že jsem byla mladá, snažili jsme se z toho těla dostat co nejvíc. Ze začátku jsem pokroky dělala obrovské. Z nechodícího ležáka jsem se znovu postavila na nohy a začala znovu chodit. Chůze byla nejprve s chodítkem, poté o 1 francouzské holi, poté bez francouzských holí s vycházkovou holí poté chůze úplně samostatná s ortézou. Co se týče ruky, tam moc změn moc nenastalo. Bohužel.“* Péče v rehabilitačním ústavu byla klientkou vnímána jako všestranná, počínaje péčí ošetřujícího personálu na lůžkových odděleních a samozřejmě spoluprací s ostatními odborníky, kteří se podíleli na léčbě. *„Jsou to andělé na správném místě. Jsem jim za spoustu věcí vděčná.“*

Spolupráce s odborníky, kteří se podílejí na léčebném procesu, byla vyhodnocena do jednotlivých schémat. Pro klientku byla nejpřínosnější léčebná složka koordinované rehabilitace a zejména fyzioterapie. *Individuální rehabilitace protože jsem tam opravdu vždy odvedla kus práce. „Fyzioterapii došlo ke zlepšení funkce nohy, zesílení svalů, snížení spasticity u ruky, zlepšení celkové kondice těla.“* Ergoterapii hodnotí také jako jednu z přínosných procedur, bohužel v jejím stavu se nepodařilo žádné zlepšení funkce a úchopu ruky. *„Příliš se nedalo moc dělat. I když jsme zkoušeli všelijaké metody, vliv na horní končetinu to moc nemělo.“* Spolupráci se sociálním pracovníkem během svého dosavadního pobytu nevyužila, i když k ní měla prostor. Z odpovědí klientky vyplynulo, že s touto oblastí jí velmi pomáhá její rodina, zejména matka, která tyto záležitosti s klientkou zařizuje. *„Netuším, protože jsem jeho služeb v RU Kladruhy nevyužila, i když jsem ten prostor měla. O tyto oblasti se se mnou stará maminka.“* Psychologickou péči shledává klientka jako nedostatečnou v rehabilitačním zařízení. *„Uvítala bych rozšíření spolupráce s psychologem a možnost psychiatrické péče.“*

Další kategorií, kterou hodnotili oslovení klienti, byla pozitiva a negativa rehabilitační léčby. Pro klientku byla velkým pozitivem její zlepšená zdravotní situace. *„Jako pozitivum беру zlepšení zdravotního stavu.“* Negativem byla náročnost celé léčby časová, psychická i fyzická. *„Vzalo mi to spousty času a energie.“* Jako důležitou součást léčebného pobytu hodnotí informantka kontrolní vizity a spolupráci multidisciplinárního týmu. Podle kondice a

schopností klienta je sestavován léčebný program procedur, aby byl přesně na míru každého klienta v rehabilitačním zařízení. *„Přijdou do pokoje lékaři a ošetřující lékař podá informace přihlížejícím lékařům o pacientovi. Následuje kontrola zdravotního stavu, ukázka progresu při absolvování cvičení. Na vizitu přijdou do pokoje lékaři a ošetřující lékař podá informace přihlížejícím lékařům o pacientovi, dál přijde fyzioterapeut a sociální pracovník.“*

Informant 2

Informantka odpovídala na kladené otázky se zájmem a snažila se vždy poskytnout adekvátní odpověď, která by vystihovala určité téma. Odpovídala klidně, jen občas se nad odpovědí zamyslela.

Vznik poškození mozku klientka popsala jako stav, který byl doprovázený určitými varovnými signály, jako byla častější bolest hlavy, bolest vyvolaná při předklonu nebo motání hlavy a brnění poloviny obličeje, která následně ochrnula. Okamžik vzniku poškození mozku byl doprovázen poruchou vědomí. *„No vlastně si moc nepamatuju, byla jsem v bezvědomí. A jenom si pamatuju doktora, jak na mě křičí, ať zvednu levou ruku a ono to nešlo. A zvracela jsem.“* Jako vzniklé následné postižení informantka uvádí poruchu levostranných končetin, která se již upravila a ochrnutí pravé strany obličeje, která se také dostala do normálu. Jako hlavní zdravotní problém uvádí poruchu rovnováhy. *„A mám, vlastně, měla jsem levou ruku a nohu postiženou a pravou stranu obličeje. Ne s mluvou jsem žádné problémy neměla. Takže jsem měla a mám problémy s koordinací a rovnováhou.“*

Klientka byla v době vzniku poškození mozku mladá, takže kategorii zaměstnání spíše hodnotila jako situaci nedokončení studia. *„Maturita se díky tomu nestihla o měsíc.“* Není zatím ani rozhodnuta, jestli chce v přerušném studiu pokračovat.

Kategorie denních aktivit je úzce spojena s její poruchou rovnováhy a poruchou zraku, která jí poškozením mozku vznikla. Nejvíce byla zaměřena na nemožnost řízení automobilu a její závislost na okolí z důvodu dovážení autem. Také vnímá spojitost nemožnosti řídit vozidlo i s horším hledáním zaměstnání. Stále se objevovala myšlenka závislosti dovážení autem na okolí. *„No tak určitě potřebuju dovést někam jo. Vlastně jako řídit auto to nepůjde, protože jsem vlastně ještě díky tomu tlaku v mozku oslepla na pravé oko, takže to vidění je opravdu špatný. Do práce nikam nemůžu zatím, Hlavně já nemůžu řídit a tím, že bydlíme na vesnici, by mě zatím museli někam vždycky vozit do práce a z práce.“*

Kategorii zdravotních a sociálních dopadů hodnotila celkově, obě části se prolínaly. Jako zdravotní dopad vnímá ovlivnění celého svého života porušením stability a koordinace těla.

„No tak já určitě tu stabilitu a rovnováhu těla tak vnímám. Nemůžu dělat takový ty normální a běžný činnosti, třeba jako dělá moje máma, jako když to vidím, co všechno dělá. Ta rovnováha se trochu zlepšila, ale nikdy to nebude úplně dobrý jako u normálního člověka.“ Sociálním dopadem je pro klientku kontakt s okolím a návrat do společnosti. *„No tak, hmmmm. Ale ze začátku takový to začlenění do normální skupiny lidí byl pro mě problém. Jo určitě se to zlepšilo i tady v Kladrubech, jsem tady v kontaktu s lidma, který mají nějaký to postižení a komunikují mezi sebou. Prostě s lidma navazujete kontakty. No a práce.“*

Péči a léčebný program v rehabilitačním zařízení hodnotila velmi kladně. Pozitivně hodnotila robotickou část léčebné terapie, kterou mohou klienti po získaném poškození mozku využívat. *„Určitě jako hrozně hezký a hlavně jsou tam takový ty přístroje na úrovni. Kladruby daly laťku hodně vysoko. A přímo i v tý rehabilitaci a i jak tam je ošetřující personál.“* Léčebný pobyt vnímá jako fyzický tak psychický posun. *„Určitě se zlepšila svalová síla a rozsahy v kloubech končetin vlevo. Ale i takový to, že jsem měla pocit, že na mě každý kouká, že já jsem ta postižená. A v Kladrubech tam to nikdo neřeší to postižení, tam je to normální, zvedlo se mi i sebevědomí. Je to tam taková komunita, že tam to nikdo neřeší, takže se mi zlepšil takovej ten vztah mezilidskej, protože předtím to nebylo dobrý. Vidíte třeba lidi, i že jsou na tom hůř, že na tom není člověk úplně nejhůř.“* Péče a přístup ošetřujícího personálu na lůžkových odděleních klientka hodnotí jako velmi lidský. *„No ty byli úplně strašně hodný. Takový ty hodný sestřičky, jo sanitářky tak ty byly teda strašně hodný. S jednou jsem více v kontaktu a hodně si povídáme, když má službu.“*

Ostatní odborníci, kteří se podílejí na léčebném programu, byli hodnoceni samostatně. Otázky byly sestaveny, aby obsahovaly jak spolupráci s odborníky, tak přínos těchto léčebných procedur. Fyzioterapie byla pro klientku nejvíce přínosnou léčebnou procedurou a hodnotí celkový přístup a spolupráci s fyzioterapeuty kladně. *„No tak ta pro mě byla asi nejvíc jako přínosná, protože jak jsme cvičili a všechno tak se mi zlepšila koordinace, protože to byla hodina denně. Tak nejpřínosnější bylo vlastně cvičení, a pak ještě bazén byl hodně dobrej. Všechno, kde jsem rozcvičovala tělo. A teď ke konci pobytu mi dali ještě další přístroj, takovou uzavřenou budku myslím, že se to jmenovalo posturograf a ten byl super na tu zhoršenou stabilitu.“* Ergoterapie byla také jako součást léčebné rehabilitace hodnocena pozitivně. *„Jak jsem se učila sbírat ty malý věčičky, zapínat knoflíky a učila jsem se vyšívát, hodně jsme si házeli, tak to bylo výborný na ty úchopy taky a ty se taky zlepšovaly. Taky jsme i nějak vařili, myslím, že topinky jsme dělali.“* Sociální rehabilitace je nedílnou součástí koordinované rehabilitace a klientka hodnotí přínosně spolupráci sociálního pracovníka a její maminky. *„Jo vlastně jsem byla jednou. Ale mamka mi pomáhala, a potřebný věci zařizovala*

se sociálním pracovníkem. Takže jsme se jen se sociálním pracovníkem v Kladrubech domluvili, že už máme vše zařizované doma. Mamka všechno zařídila podle toho, jak jí sociálka poradila a pak jsme si ještě zjišťovali informace na internetu.“

Další kategorií, která byla informanty hodnocena, jsou pozitiva a negativa léčebného pobytu v rehabilitačním ústavu. Hlavním pozitivem pro klientku bylo zlepšení zdravotního stavu a psychické kondice. *„Já jsem byla hrozně ráda, že mě tam vůbec vzali. Určitě se zlepšila svalová síla a rozsahy v kloubech končetin vlevo. Ale i takový to, že jsem měla pocit, že na mě každý kouká, že já jsem ta postižená. A v Kladrubech tam to nikdo neřeší to postižení, tam je to normální, zvedlo se mi i sebevědomí.“* Jako negativa informantka nic neuvedla.

Poslední hodnocenou kategorií byly kontrolní vizity a průběžné hodnocení zdravotního stavu klientů multidisciplinárním týmem. *„No já jsem měla vizity na pokoji. Dostala jsem lísteček, v kolik bude vizita. Čekala jsem na pokoji a ptali se mně, jestli mi vyhovuje léčebný program, jestli bych nechtěla něco přidat nebo ubrat, jestli nejsem unavená, jestli zvládám všechny procedury. Vždy mi udělali neurologické vyšetření, prošla jsem se před nima a podle výsledků vyšetření od rehabilitačky a ergo hodnotili, jak jsem se zlepšila. A byl tam ošetřující doktor, vrchní sestra, paní primářka, sestra, která měla službu, fyzioterapeut, psycholog a ještě sociální pracovník.“*

Informant 3

Na kladené otázky oslovený klient odpovídal bez obtíží, všem otázkám porozuměl a snažil se podat vyčerpávající odpověď a osvětlit situaci týkající se jeho stávajícího zdravotního stavu. Byl velmi vstřícný a hovorný.

Vznik poškození mozku klient popsal jako stav náhlé změny zdravotního stavu. Před touto příhodou neměl žádné zdravotní potíže a poškození mozku tedy vzniklo z plného zdraví. *„Jo, ano ano. No vůbec nic, bylo to z ničeho nic, bez žádného varování. Šel jsem domu a najednou jsem v chodbě zavravoral a najednou mi ochabla ruka a noha a spad jsem souseďce tady na dveře. Takže úplně bez varování to začalo, no. Předtím jsem byl úplně v pohodě, mně nic nebylo.“* Tímto poškozením mozku vzniklo ochrnutí levostranných končetin a pravé strany obličeje. Paréza obličeje se postupně upravila, takže nenásledovala porucha mluvy. *„Vzniklo mi postižení levé strany těla, no a obličej jsem měl pravou stranu, ale to se hned srovnalo no.“*

Klient velmi těžce nese situaci, týkající se jeho pracovního zařazení a pracovních schopností. Byl nucen ukončit své zaměstnání, čehož velmi lituje. „*No jenom z toho jsem naštvanej, že nemůžu zatím do práce. To mě štve a přišel jsem i o hodně peněz. Měl jsem jít zase do Německa, než se to stalo. Je to škoda, třeba bych to zvládnul i teď.*“ Další hodnocenou kategorií je zvládání běžných denních činností. Klient se velmi snaží nebýt závislý na okolí a být co nejvíce samostatný a soběstačný. Ovšem v některých situacích je potřebná pomoc jeho rodiny (zejména manželky). „*Já si to zvládnou sám všechno, když to jde. Já se snažím, a nechci, aby mi někdo pomáhal. Třeba jenom něco otevřít jako konzervu nebo něco takového, to mi manželka doma otevře a tady to trénuju. Horší rukou si to přidržuju a zdravou si pomůžu. Auto jsem zkoušel řídit a mám doma automat. Docela to šlo.*“

Jako zdravotní dopady vnímá klient nejhůře poruchu funkce levé horní končetiny a poruchu úchopu. „*Spíš ta ruka, že zůstává horší. No ta noha to se dá udržet, rozumíte. To se dá jako rozchodit, ale ta ruka je prostě horší.*“ Jako sociální dopady nejvíce řeší ztrátu zaměstnání a nemožnost pokračovat se svými volnočasovými aktivitami. Rodinný život a soužití s manželkou hodnotí pozitivně. „*No jsem naštvanej, že nemůžu do práce. Dělal jsem v Německu a měl jsem tam hodně peněz. No je to blbý, protože jak jsem měl ty zájmy takový, tak už nemůžou být. Chodil jsem hrát a to díky ruce teď nejde. Jinak s rodinou je to pořád dobrý.*“

Péči v rehabilitačním ústavu klient vnímá jako přínosnou. Doslova definuje svůj zlepšující se zdravotní stav jako posun od vozíku k chůzi. Hodnotí péči během léčebného programu jako všestrannou. Na počátku svého pobytu si musel zvyknout na prostředí rehabilitačního zařízení a další hospitalizované klienty. „*V pohodě to bylo, jenom jsem koukal, že tady jsou ty mladý kluci a holky ještě hůř na tom než já. To bylo takový divný, ale pak jsem se rozkoukal. Tak na to jsem si musel zvyknout ze začátku. A prostředí je tam pěkný a všichni se o vás starají a pomáhají.*“ Péče lékařů a ošetřujícího personálu na lůžkových odděleních byla kladně hodnocena. „*No doktoři se chodili ptát na zdravotní stav každý den ráno a pak byli na vizitách. Sestry ty pomáhaly, když jsem něco potřeboval.*“

Léčebný program byl velmi bohatým a přínosným. Během terapie se zlepšila funkce levé nohy a následně chůze. Stav horní končetiny klienta bohužel trápí. Přesto, že je terapie velmi intenzivní, nedaří se funkci ruky výrazně ovlivnit. „*Já si myslím, že ta noha to byla, takhle lepší víc je na tom. No zlepšení nohy díky cvičení rehabilitačnímu. Funkce ruky je pořád zhoršená, nejdou natáhnout prsty, dáváme i elektriku na svaly ve cvičebním bloku. Je omezenej úchop tý ruky.*“ Z rozhovoru vyplynulo, že klient chce být co nejvíce samostatný a

nechce zatěžovat své okolí nebo rodinu. „*Já byl rád, že můžu chodit a teď si říkám, že to půjde, že se o mě nebude muset nikdo starat. A teď můžu chodit s holí.*“

Pro klienta byla nejpřínosnější složkou léčebná rehabilitace a zejména fyzioterapie. Fyzioterapie znamenala zlepšení svalové síly levostranných končetin zejména nohy a úpravu stereotypu chůze s vycházkovou holí. „*Cvičení ruky, nohy. Větší pokroky s nohou, i podle měření chůze se tam zlepšoval stav nohy a vzdálenost a výdrž chůze.*“ Ergoterapie pro klienta znamenala nejvíce nácvik úchopu levé ruky. Nácvik nezávislosti nebyl potřebný. „*No já měl nácvik nezávislosti jen párkrát na začátku pobytu. A pak mi ho zrušili, protože jsem to zvládal. Nácvik úchopu trénuju celý pobyt.*“ Spolupráci se sociální pracovníci popisuje jako přínosnou a potřebnou. „*Taková hezká ženská to byla, dávala mi informace, co všechno si můžu doma zařídit a o jaký příspěvky si můžu zažádat a dala mi takový papír, abych věděl, co a jak. Jo, pak to moje paní řeší na sociálce doma, když já jsem tady v Kladrubech.*“ Logopedická péče nebyla dle klienta potřebná. „*No, já u logopeda nebyl, protože jsem to nepotřeboval. Ale ostatní pacienti tuhle péči využívají, když mají problém s mluvením.*“ Spolupráce s psychologem je důležitou součástí péče o osoby po prodělaném poškození mozku. Velmi podstatné je, aby věděli, že tuto spolupráci mohou využívat. „*U psychologa jsem byl dvakrát. Povídali jsme si o těch změnách v životě, a jak na tom teď jsem. Řekl mi, že jsem na tom dobře a nabídl mi, že když budu potřebovat, můžu znovu přijít. Už jsem tam nebyl.*“

Jako největší pozitivum pro sebe hodnotí samostatnost a schopnost chůze. „*Že chodím a zvládnou se o sebe postarat.*“ Negativa klient nenašel téměř žádná. „*No, myslím, že nic. Jenom jsem tu už dlouho.*“

Poslední vytvořenou kategorií jsou kontrolní vizity, spojené průběžné hodnocení zdravotního stavu a spolupráce odborníků. „*No to je dobrý. Tam bývá doktor, kterej má službu. Bylo to v pohodě. Proběhlo to zatím vždycky dobře, všechno mi zkontroloval a řekl mi, že se to lepší. Dál tam je primářka, fyzioterapeut, psycholog a sociální pracovnice. Hodnotí společně vždycky můj léčebnej program, jestli nechci něco přidat a jestli nejsem moc unavenej.*“

Informant 4

Klient se snažil odpovídat na kladené otázky a dát mi adekvátní odpovědi na určité téma. Občas měl problém s vyjádřením slov, někdy se zadrholil a krátce se zamyslel před každou odpovědí.

Vznik poškození mozku popsal jako období spojené s velkým stresem a častými bolestmi hlavy. Manželka klienta upozorňovala, že jeho mluva není zřetelná jako dříve, že by měl navštívit lékaře. Následovaly dvě mozkové mrtvice. První byla mírnější, ale druhá byla mnohem silnější. „*Manželka mě upozornila, že někdy moje výslovnost není zřetelná, že to není normální, ať jdu k lékaři.* První cévní mozková příhoda proběhla bez výrazného zdravotního postižení. *To byla ta slabá první mrtvice...týden jsem byl na jipce, sám jsem se ale koupal...připadal jsem si, že tam nepatřím. Po první mrtvici jsem jen slabě tahal pravou nohu, občas jsem zadrmlil, ale hned jsem po propuštění z nemocnice nastoupil do práce.* Poté následovala druhá cévní mozková příhoda s horším zdravotním postižením. „*Do roka a půl přišlo krvácení do mozku.... A opět jipka, teď už větší problémy s chůzí i s řečí a prý i nástup lehké demence.*“

Klient byl nucen po prodělaném poškození mozku ukončit pracovní poměr. *Musel jsem skončit s prací, pracoval jsem jako novinář, šéfredaktor týdeníku.* Velmi těžko se jako bývalý novinář smiřuje se vzniklým zdravotním postižením, nejvíce ho trápí potíže s artikulací. „*Nejhůře se, jako bývalý novinář, vyrovnávám s tou horší artikulací, občas nemohu i nabrat dech.*“

Zdravotní a sociální dopady klient vnímá velmi intenzivně. Kvůli poruchám řeči musel ukončit své zaměstnání a celková kvalita života se změnila. Dříve velmi aktivní, produktivní člověk se nyní smiřuje s novým životem. Velmi důležitá je pro něj pomoc manželky. Nejvíce ho mezi zdravotními dopady trápí porucha artikulace. „*Problém mám s tou horší artikulací, občas nemohu i nabrat dech, časté noční močení, což narušuje plynulý spánek a samozřejmě ta chůze.*“ Sociální dopady jsou spojeny s jeho životním tempem, které bylo příhodou ovlivněno, dále jeho volnočasové aktivity a běžné denní činnosti byly ovlivněny. „*Nemohu tak často zatím chodit na koncerty, do divadla. Občas mě začne škytání...nemám ani příliš dobrý pocit před lidmi, mluvením se spíše držím stranou a mám také občas únik slin z úst...To jsou věci, které poměrně ne tak starému člověku jako jsem já, nejsou mezi lidmi příjemné...Chodili jsme dříve s manželkou také s turisty...tomu je konec...a také už nemohu hrát kuželky.*“ Jako jediný z oslovených informantů zmiňuje negativní ovlivnění intimního života. „*Jako muže mne mimo výše zmiňovaného připravilo o hlubší intimní život. To jsem zpočátku jako muž psychicky nesl těžce... Čas se ale vyrovná se vším.*“

Kategorie týkající se péče v rehabilitačním ústavu byla hodnocena kladně a přínosně. Jeho zdravotní stav byl během pohybu v léčebném zařízení zlepšen. „*V Kladrubech jsem poměrně samostatná jednotka, dokázal jsem si na jednotlivá cvičení dojít sám, což mě namotivovalo.*“ Cílem klienta je udržet zdravotní stav alespoň takový, jaký je nyní po rehabilitaci, aby se nic

nehoršilo. „Nevím, je to různé...trochu se zlepšilo vše, můj cíl je, aby se to nezhoršilo a zůstalo to alespoň v této fázi...mnohé věci jsou už nevratné.“ Nejvíce přínosnou byla pro klienta léčebná složka koordinované rehabilitace a zejména fyzioterapie. „Nejvíce mi přinesla rehabilitace – nohy, nyní chodím i na Vojtovu metodu.“ Ergoterapie je dle klienta v rehabilitačním ústavu na dobré úrovni. Logopedickou péčí hodnotí informant jako nedostatečnou, uvítal by vzhledem k potížím s mluvou a poruchou artikulace častěji návštěvy logopeda. „Chyběla mi víc logopedie... Myslím, že by tam mělo být více těchto specialistů. Zatím jsem se tam dostal za celý pobyt pouze dvakrát.“ Spolupráce se sociální pracovníci je dle klienta na velmi dobré úrovni. Díky předaným informacím od sociální pracovnice nechal bezbariérově upravit svůj dům. „Spolupráce se sociální pracovníci je na dobré úrovni. Došlo k vybudování sprchového koutu, stolička ve sprše, zrušení prahů, schodů.“ Celkovou péči v rehabilitačním zařízení hodnotí jako nutnou a velmi potřebnou pro hospitalizované pacienty.

Pozitiva a negativa rehabilitační léčby ohodnotil velmi krátce, ale výstižně. Jako pozitivum rehabilitační léčby uvedl udržení svého zdravotního stavu a negativum vyplívá již z předchozích kategorií a tím je nedostatek logopedie.

Ke kontrolním vizitám se vyjádřil pozitivně, uvedl, že je důležitá průběžná kontrola zdravotního stavu a úprava léčebného programu podle schopností a potřeb klienta. „Na pokoji probíhají vizity a sejdou se ti, co se podílí na léčbě a upravují procedury. Primář oddělení se zajímá nejen o fyzický, ale i psychický stav, dále spolupracuje s fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem, ergoterapeutem, psychologem a logopedem.“

5 DISKUZE

Tématem této kapitoly je diskuze týkající se výzkumných otázek, které jsem stanovila na počátku výzkumu. S těmito otázkami jsou propojeny také cíle této práce. Stanoveným hlavním cílem bylo popsat prioritní zdravotně sociální problémy u vybraných klientů a dílčím cílem bylo identifikovat prioritní složku koordinované rehabilitace a důvody, proč je v daný okamžik důležitá. Tyto stanovené cíle byly naplněny v souvislosti s výzkumnými otázkami. Výzkumné otázky byly dány dvě. První výzkumnou otázkou bylo popsat, jaké limity vnímá klient s disabilitou jako nejzásadnější. A druhou výzkumnou otázkou byly zjišťovány intervence, které v rámci procesu rehabilitace hodnotí klienti jako nejefektivnější a z jakých důvodů.

Z výzkumu plyne, že osloveným klientům po získaném poškození mozku vznikl ve všech případech buď zdravotní, sociální nebo zdravotní i sociální problém. I v případě méně rozsáhlého poškození mozku je patrný určitý deficit. Celková životní situace byla u oslovených klientů ovlivněná a určitým způsobem změněná tímto prodělaným poškozením mozku. U všech oslovených klientů došlo ke změně dosavadního života a kvality jejich života. Získané poškození mozku dle Maršálka a kol. (2011) velmi významně zasahuje do života nejen pacienta, ale i jeho rodiny a okolí. U oslovených klientů byla výzkumem potvrzena spolupráce a pomoc rodiny. V prvních okamžicích byla rodina prioritní, avšak samotní klienti se snaží nebýt rodině na obtíž a postarat se o sebe v rámci svých schopností a využít pomoc rodiny pouze v nevyhnutelných situacích.

Nejvíce ovlivněni jsou klienti poruchou funkce homolaterálních končetin, v některém případě je více postižena horní končetina a jindy dolní končetina. S postižením horní končetiny je v souvislosti ovlivněna funkce jemné motoriky neboli úchopu horní končetiny a na tuto funkci ruky velmi úzce vázaná sebeobsluha a soběstačnost. S postižením dolní končetiny je propojena porucha chůze, porucha koordinace těla a porucha stability při chůzi a stojí. Ve dvou případech u oslovených informantů došlo k ovlivnění oblasti komunikace tedy mluvy a související nelehký kontakt s okolím a následný návrat do společnosti. Další ovlivněnou oblastí u jednoho z klientů byl intimní život a velmi nesnadné vyrovnávání se s tímto problémem. Tyto zdravotní problémy velmi často u oslovených klientů vedly ke vzniku sociálních problémů, jako bylo ukončení pracovního poměru nebo nedokončení studia na střední škole. Neurologické onemocnění je dle Gurkové (2011) jedním z onemocnění, které se pojí velmi často s přívlastkem jako invalidizující, vyžadující dodržování režimových zásad a opatření, omezující v běžných a každodenních aktivitách. Jedním z velmi důležitých

faktorů, které ovlivňují dopad onemocnění na kvalitu života, jsou nároky selfmanagementu onemocnění. Gurková (2011) selfmanagement onemocnění vysvětluje jako stav, kdy pacient musí nemoc zakomponovat do svého života změnou životních návyků a chování.

Další zjišťovanou oblastí byl vliv poškození mozku na život oslovených klientů a jeho zdravotní a sociální dopady. Zdravotní dopady nebo následky poškození mozku dle Ergo Aktiv (2015) mohou být fatální. Často vedou přímo k úmrtí, celkovému ochrnutí nebo parézám (částečným ochrnutím). Dle rozsahu poškození mozkové tkáně dochází k různým stupňům omezení hybnosti příslušné poloviny těla, afázii (narušení komunikační schopnosti), disartrii (poruchám artikulace), změnám zorného pole, prostorové orientace a vizuální nebo verbální paměti, poruchám rovnováhy, rozvoji epilepsie, přecitlivělosti na zvuky či světlo, únavě, bolesti hlavy, tinnitu (ušnímu šelestu) a v neposlední řadě hrozí i postižení mentálních funkcí (Ergo Aktiv, 2015). Zjištěnými zdravotními dopady byla porucha hybnosti končetin, problémy s koordinací a rovnováhou, ovlivnění komunikace a nezřetelná mluva a porucha chůze.

Výzkumem potvrzenými sociálními dopady u oslovených informantů byly tyto: ukončení pracovního poměru, nedokončení studia, zvládání denních činností a potřebná pomoc, dále ztráta přátel, ovlivněná komunikace, strach rodiny o dceru, neschopnost řídit automobil. Klienti dále celkově hodnotili nově vzniklou sociální situaci a ve dvou případech bylo zjištěno nelehké vnímání situace a vnitřní pocity klientů jako pocit, že mě okolí lituje nebo pocity, že se na mě někdo dívá. Dle Ergo Aktiv (2015) mají psychické následky tíživý dopad. Mnohdy dojde k výrazné změně osobnosti, emoční nestabilitě, apatii, fobiím a závažným depresivním stavům. Psychika má na průběh náročné léčby podstatný vliv. Pro velkou část pacientů se užívání vhodných antidepresiv stává nedílnou součástí jejich medikace. Je velmi obtížné psychicky zvládnout extrémní zátěž spojenou se zásadním omezením dosavadní kvality života v oblasti základní sebeobsluhy, rodinných vztahů i návratu do zaměstnání. Boj o znovunalezení svého místa ve společnosti a chuti do života je běh na dlouhou trať.

Limity, které oslovení klienti vnímají jako nejzásadnější, jsou propojeny se zjištěnými zdravotními a sociálními dopady neboli následky. Nejvíce překonávanými limity byla zjištěná porušená funkce a omezená hybnost horní nebo dolní končetiny, která má vliv na soběstačnost, samostatnost, jemnou motoriku, zvládání běžných denních činností, možnost řízení vozidla, samostatnou chůzi nebo chůzi s opěrnými pomůckami, zvládání poruch rovnováhy a koordinace těla. Dalšími překonávanými potvrzenými limity je porucha mluvy, artikulace nebo nezřetelná mluva a úzce spojená komunikace a kontakt s okolím. Výzkum

potvrdil spojitost překonávaných limitů také se zaměstnáním, které měli oslovení klienti před poškozením mozku.

Limity neboli omezení, se kterými se osoby po poškození mozku potýkají, mohou být velmi pozitivně ovlivněny včasnou a kvalitní rehabilitací. Toto tvrzení bylo potvrzeno výzkumem. Všichni oslovení klienti uvedli zlepšení jejich zdravotního stavu po absolvování léčebného pobytu v rehabilitačním zařízení, které je na tyto diagnózy specializované. Dle Orla, Procházky a kol. (2017) neurorehabilitace představuje významný prvek v péči o člověka s postižením mozku. Představuje funkční adaptaci na maximální zvládání nároků běžného života včetně podpory kognitivních funkcí - kognitivní trénink. U oslovených informantů zapůsobila komplexní rehabilitace kladně. Ve dvou případech došlo k pozitivnímu ovlivnění funkce dolní končetiny a tím i zlepšení stereotypu. Klienti byli schopni se samostatně pohybovat s opěrnými pomůckami – s 1 vycházkovou holí. Jeden z oslovených klientů kladně hodnotí ovlivnění stability a koordinace těla. Ve dvou případech bylo zjištěno větší postižení horní končetiny a zde i přes maximální snahu fyzioterapie a ergoterapie nedošlo k významným zlepšením. Ale i přesto oba klienti pozitivně hodnotí práci fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Významný kladný posun uvádí oslovení klienti v oblasti komunikace a kontaktu s okolím.

Přínosným pro všechny informanty byl pobyt v rehabilitačním zařízení, které se na získaná poškození mozku specializuje. Klienti měli možnost se setkat s dalšími osobami, které prodělaly také poškození mozku nebo další neurologická a ortopedická onemocnění. Kladně bylo ovlivněno vnímání vlastního zdravotního stavu oslovených klientů. Již nevnímali své postižení jako nejvíce tragické a uvědomili si, že někdo další na tom může být i hůř. Velmi kladně je toto prostředí rehabilitačního zařízení a kontakt s ostatními klienty namotivoval a zvedl jejich sebevědomí, což bylo hnacím motorem během celého léčebného programu. Orel, Procházka a kolektiv (2017) říká, že možnosti a limity neurorehabilitace vycházejí nejen z konkrétní podoby poškození mozku, ale také z věku, celkové kondice a řady tělesných, psychických, sociálních faktorů. Svoji roli může do určité míry hrát také motivace, podmínek a dalších vlivů.

Snahou léčebného pobytu v rehabilitačním ústavu v Kladrubech je pomoci klientům po poškození mozku kompletně. Není zde zaměření pouze na jednostrannou pomoc a péči, ale jde o léčbu komplexní, která obsahuje všechny složky koordinované rehabilitace. Během léčebných pobytů je průběžně kontrolovaný vzestupný zdravotní stav klientů. Všichni oslovení klienti kladně hodnotí kontrolní vizity během léčebného procesu. Na těchto vizitách se setkává multidisciplinární tým, který je prioritní v komplexní léčbě. Výzkumem bylo

potvrzeno, že kontrolní vizity jsou hodnocením zdravotního stavu klientů všemi odborníky, kteří se na léčebném procesu podílejí. Dle Orla, Procházky a kol. (2017) je součástí neurorehabilitace pochopitelně také vstupní a průběžná diagnostika. Výchozím předpokladem je vrozená kapacita mozku zotavovat se z poškození a možnost kompenzace poškození. Strategie neurorehabilitační péče vychází ze stimulace plasticity mozku (zjednodušeně schopnosti zotavit se z poškození) a stimulace kompenzace, která vytváří podmínky, chování, schopnosti a dovednosti kompenzující poškození.

Dále byl výzkumem potvrzen proces sestavování denního plánu rehabilitačních procedur. Podle hodnocení a spolupráce multidisciplinárního týmu se vytváří denní program léčebných procedur, aby pasoval klientovi přímo na míru a odpovídal jeho schopnostem a možnostem. Výzkumem bylo potvrzeno, že klientům byly během procesu rehabilitace odebírány nepotřebné procedury a přidávány léčebné procedury, které by mohly mít kladný vliv na zdravotní stav klientů. Orel, Procházka a kol. (2017) ve své publikaci uvádí, že je důležité posouzení výsledků rehabilitační péče, které lze popsat na úrovni: postižení, aktivity a participace. **Postižení:** jedná se o míru poškození funkce, o poškození či dysfunkci daného orgánu, a hlavně o popis jeho změny pod vlivem rehabilitace. **Aktivita:** nejdůležitějším prvkem v oblasti rehabilitace jsou praktické aktivity a jejich změny. Právě zlepšení a rozvoj aktivit a samostatnosti při jejich naplňování je významným pozitivním ukazatelem pokroku rehabilitace. **Participace:** představuje míru zapojení daného jedince do dění společnosti. Participace na společenských aktivitách a zapojení do sociálních vazeb je podstatným faktorem rehabilitace.

Oslovení klienti uvedli, že jejich léčba obsahovala všechny složky koordinované rehabilitace. Nejvíce využívána byla dle výzkumu léčebná rehabilitace. Z léčebné rehabilitace byla u všech informantů nejvíce přínosnou fyzioterapie a ergoterapie. Jeden informant uvedl, že pro něho byla velmi důležitou logopedie, která mu ovšem přišla během jeho pobytu nedostatečná. Trpěl poruchou kognitivních funkcí velmi intenzivně, protože před příhodou působil jako šéfredaktor týdeníku. Tři oslovení klienti vnímali jako největší problém poruchu hybnosti končetin, poruchu stability a poruchu chůze. Proto pro tyto klienty byl prioritní přínos fyzioterapie. Švestková a kol. (2017) uvádí, že fyzioterapie prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických. Ergoterapie byla další přínosnou součástí léčebné rehabilitace. Znamenala kladný přínos při nácviu úchopu, zvládnání běžných denních činností a hlavně při získávání sebedůvěry a samostatnosti oslovených klientů. Logopedická péče je nedílnou součástí koordinované rehabilitace. Jedním z oslovených klientů byla hodnocena jako nedostatečná.

Důvodem byla nízká frekvence terapeutických sezení s logopedem. Spolupráce s psychologem by měla být součástí péče o osoby se získaným poškozením mozku. Jednou klientkou byla hodnocena jako nedostatečná. Dle jejího názoru by měla být součástí péče u všech klientů. Velmi by uvítala v některých případech spolupráci nejen s psychologem, ale také s psychiatrem.

Další zmiňovanou složkou koordinované rehabilitace v léčebném zařízení byla sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace se zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích (Bruthansová, Jeřábková, 2012). Osloveným klientům byla přínosnou v získávání nových důležitých informací, které by pomohly řešit jejich životní situaci a ulehčily klientům zjišťování jejich nároků a možností. Informanti byli schopni ve třech případech využít získané informace od sociálního pracovníka.

Pedagogická a pracovní rehabilitace znamenala pro oslovené klienty nácvik aktivit, které by mohli využít v běžném životě nebo měli možnost si osvojovat činnosti, které by mohli použít v péči o vlastní osobu, nebo v péči o domácnost. Výzkumem byla potvrzena důležitost tréninku činností, potřebných při zvládnání denních činností. Dále edukace činností a aktivit, které klient před příhodou zvládal a nyní se snaží si je znovu osvojit nebo nahradit jiným úkonem. Informantka 2 uvádí: „*Jak jsem se učila sbírat ty malý věcičky, zapínat knoflíky a učila jsem se vyšívát, hodně jsme si házeli, tak to bylo výborný na ty úchopy taky a ty se taky zlepšovaly. Taky jsme i nějak vařili, myslím, že topinky jsme dělali.*“ Pedagogická rehabilitace je dle Bruthansové a Jeřábkové (2012) celoživotní proces, kdy je důraz položen zejména na snahu o optimální rozvoj osob s postižením a jejich maximální integraci do společnosti. Cílem pracovní rehabilitace je dle Bruthansové a Jeřábkové (2012) obnovit pracovní potenciál člověka, ať již pro jeho původní zaměstnání nebo prostřednictvím rekvalifikace nalézt jiné vhodné uplatnění na trhu práce. Pracovní rehabilitace spíše později navazuje na rehabilitaci pedagogickou.

Získané poškození mozku mělo u všech oslovených informantů vliv na celkovou kvalitu života. Jako nedílnou součást léčby a péče o vlastní osobu označili klienti pomoc rodiny a svých blízkých. Klienti jsou motivováni být co nejvíce samostatní a soběstační, ale v některých činnostech pomoc rodiny nebo blízkých potřebují. Poškození mozku dle Maršálka a kol. (2011) blízkého většinou zcela zásadně ovlivní či změní životy rodinných příslušníků. Dochází k proměně vztahů a fungování rodiny. Rodinní příslušníci hrají často pro pacienta klíčovou úlohu, neboť mu poskytují dlouhodobou podporu a zásadním způsobem napomáhají procesu rehabilitace.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na téma koordinované rehabilitace u osob po získaném poškození mozku, které absolvují léčebně rehabilitační program v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Toto zdravotnické zařízení je centrem, kde je poskytována koordinovaná terapie osobám po poškození mozku. Multidisciplinární tým a jeho spolupráce tvoří základ komplexní péče o klienty. Léčebně rehabilitační program je tvořen na základě komunikace odborníků podílejících se na rehabilitační péči, je sestavován přímo na míru klienta podle jeho schopností a možností.

Diplomová práce je složena ze dvou částí, teoretické a výzkumné části. Teoretická část zahrnuje seznámení se základními neurologickými pojmy daného tématu, obsahuje dělení získaných poškození mozku, věnuje se tématu koordinované rehabilitace a charakteristice jednotlivých složek koordinované rehabilitace. Teoretická část také zahrnuje seznámení s Rehabilitačním ústavem Kladruby, jeho historií, přítomností a vizí léčebné péče do budoucna, popisuje možnosti koordinované rehabilitace a využití všech možností terapie, které mohou kladně ovlivnit návrat hospitalizovaných klientů zpět do života.

Výzkumná část obsahuje cíle a výzkumné otázky diplomové práce. Popisuje metodiku kvalitativního výzkumu, výzkumný soubor, metodiku sběru dat a analýzu dat. Rozhovory byly prováděny se čtyřmi klienty po získaném poškození mozku. Klienti byli hospitalizováni třetí měsíc v Rehabilitačním ústavu Kladruby a byli zařazeni do intenzivního léčebného kranio programu. Diplomová práce a výzkumná část byla podpořena souhlasem Etické komise Rehabilitačního ústavu Kladruby a práce byla schválena rehabilitačním ústavem ke zpracování.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit primární zdravotně sociální problémy u oslovených klientů po získaném poškození mozku. Vedlejším cílem bylo objasnit prioritní složku koordinované rehabilitace u oslovených klientů. Výzkumnými otázkami bylo zjišťováno, jaké limity vnímá klient s disabilitou jako nejzásadnější, a která intervence v rámci koordinované rehabilitace je pro klienty nejefektivnější.

Výzkumem byly zjištěny základní zdravotně sociální problémy, které vznikly u oslovených osob po získaném poškození mozku. Všichni klienti potvrdili, že prodělané poškození mozku změnilo kvalitu života jejich dosavadního života. U všech klientů vznikly zdravotní a sociální následky. Bylo zjištěno, že po prodělaném poškození mozku nebyl ovlivněn pouze klient, ale i jeho blízké okolí a to zejména rodina. Ve všech čtyřech případech procházeli rodinní příslušníci léčebně rehabilitačním procesem společně s hospitalizovaným

klientem. Zejména pomoc rodiny byla prokázána jako velmi přínosná, nepostradatelná a motivující. Zjištěnými zdravotními problémy byla u oslovených klientů nejčastěji porucha hybnosti homolaterálních končetin, ve dvou případech větší postižení horní končetiny a ve dvou zbývajících případech větší postižení dolní končetiny. S poruchou hybnosti horní končetiny byla vždy spojena porucha funkce ruky a to zejména porucha jemné motoriky, porucha úchopu, která je velmi úzce spojena se schopností samostatnosti, sebeobsluhy a zvládním běžných denních aktivit. Potíže s hybností dolní končetiny byly výzkumem propojeny se schopností chůze a poruchou rovnováhy. Klienti během léčebného programu absolvovali znovu nácvik stereotypu chůze a byli schopni chůze s opěrnými pomůckami. Dalším velmi zásadním zdravotním problémem byla zjištěna porucha řeči a s tím spojeno mnoho sociálních potíží, jakými je porucha komunikace, kontakt s okolím, další navazování mezilidských vztahů, pocity studu a pocity méněcennosti. Veškeré zjištěné zdravotní problémy u oslovených osob jsou úzce spojeny se zjištěnými sociálními následky.

Výzkumem bylo potvrzeno, že osobám po získaném poškození mozku pomáhá kontakt s ostatními klienty a samotné prostředí Rehabilitačního ústavu Kladruby. Žádný z oslovených klientů se neseťkal během pobytu s negativním nebo odsuzujícím postojem zaměstnanců ani ostatních klientů. Velmi dobře toto prostředí a postoj okolí ovlivňuje také psychické obtíže. Výzkum potvrdil, že u oslovených klientů došlo k větší motivaci, zlepšení samostatnosti a zvýšení sebevědomí. Samotné prostředí Rehabilitačního ústavu Kladruby a možnost komunikace s ostatními klienty, působí velmi pozitivně na fyzický i psychický stav osob po získaném poškození mozku, pomáhá jim navazovat kontakt s okolím, budovat nové sociální vztahy a zvyšuje těmto osobám schopnost návratu do života.

Zjištěná a výzkumem potvrzená byla léčebná rehabilitace jako nejpřínosnější složka koordinované rehabilitace. Byla kladně hodnocena všemi oslovenými informanty. Znamenala pro ně největší přínos a ovlivnění zdravotního stavu během léčebně rehabilitačního programu. S tímto cílem diplomové práce byla spojena jedna z výzkumných otázek, která zjišťovala nejefektivnější intervenci v rámci koordinované rehabilitace u oslovených klientů. Ve všech čtyřech případech byla jako nejefektivnější hodnocena fyzioterapie. Bylo velmi důležité ovlivnění zdravotního stavu klientů po prodělaném poškození mozku, a to rozcvičení a posílení končetin, nácvik chůze, zlepšení rovnováhy, koordinace těla, schopnost jemné motoriky a úchopu ruky. Další velmi pozitivně hodnocenou intervencí byla ergoterapie. Její nepostradatelnou pomoc klienti vidí v nácviku sebeobsluhy, samostatnosti, zvládním denních činností, nácviku různých triků v péči o vlastní osobu a ulehčení jednotlivých denních úkonů. Součástí ergoterapie je nácvik úchopů, který byl pozitivně hodnocen hlavně klienty, kteří měli

více postiženou horní končetinu. U dvou oslovených klientů byla hodnocena jako velmi důležitá a nepostradatelná logopedická péče. Oba tito oslovení klienti měli poruchu kognitivních funkcí, zejména zadržávání v řeči, zapomínání slov, strach z komunikace s okolím, dále zapomínání, nesoustředěnost na určité probírané téma. S poruchou řeči byly spojeny problémy v sociální oblasti, jako kontakt s okolím a navazování mezilidských vztahů. Jeden z klientů označil kvantitu logopedických sezení jako nedostatečné, jeho potíže by vyžadovaly častější kontakt s logopedem. Psychologická péče byla hodnocena jako nedílná součást léčebné rehabilitace. Jeden z oslovených informantů ohodnotil tuto péči jako nedostatečnou. Dle této informantky by byla potřebnou u všech hospitalizovaných klientů bez ohledu na jejich zdravotní postižení.

Výzkumná otázka zabývající se limity, které vnímají oslovení klienti jako nejzásadnější, byla u všech oslovených informantů spojena se zhoršeným zdravotním stavem a následnými zdravotními a sociálními dopady. Limity uvedli klienti ve spojení s poruchou funkce a hybnosti horní a dolní končetiny. Paréza nebo až plegie horní, dolní končetiny je spojena s limity v různých oblastech, ve zvládnání běžných denních činností, ovlivnění samostatnosti, nemožnost pokračovat ve volnočasových aktivitách, ukončení pracovního poměru, nedokončení studia, nemožnost řízení automobilu. Limity spojené s poruchou kognitivních funkcí byly spojeny se sociální oblastí. Poruchy komunikace s okolím, navazování kontaktu s lidmi, pocity nejistoty během hovorů s ostatními, zdrženlivost v komunikaci, pocit méněcennosti, poruchy soustředění a zapamatování tématu rozhovoru. U klientů s poruchou řeči byly zjištěny větší potíže se znovu zařazením do skupiny lidí a s navazováním kontaktu s ostatními osobami. Mezi velmi zásadní limity oslovení klienti zařadili také psychické potíže, jako negativní vnímání své vlastní osoby, dále pocity, že je okolí sleduje, pocity méněcennosti, pocity, že je okolí lituje, snaha skrýt před okolím nehybné části těla. Tyto negativní psychické potíže byly u oslovených informantů kladně ovlivněny pobytem v rehabilitačním zařízení. Kontakt s hospitalizovanými klienty a dlouhodobý pobyt jim změnil vnímání vlastní osoby, získali větší motivaci k návratu do života, zvýšila se jim sebedůvěra a zlepšila se jim samostatnost v péči o vlastní osobu a mezilidský kontakt.

Diplomová práce by mohla být přínosnou pro všechny odborníky působící v multidisciplinárním týmu, aby si vytvořili obrázek o nutnosti koordinované rehabilitace a budování dalších zdravotnických zařízení, kde se specializují na klientelu po získaném poškození mozku. Zajišťují pro ně v rámci léčebně rehabilitačních pobytů koordinovanou rehabilitaci, která usnadňuje návrat do života a může zlepšit také kvalitu další etapy života osob po prodělaném poškození mozku.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Z., 2011. *Základy neurologie*. Učebnice pro lékařské fakulty. 7. vydání. Praha: Galén. 341 s. ISBN 978-80-7262-794-3.
2. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ J., NELOS D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
3. BORDEN, N. M., FORSEEN, S. E., STEFAN, C., 2016. *Imaging Anatomy of the Human Brain. A Comprehensive Atlas Including Adjacent Structures*. [online]. New York: Demos Medical Publishing. [cit. 2019-03-21]. ISBN 978-1-617051-25-8. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=-RyDCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=imaging+anatomy+of+the+human+brain&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjncqFgcnAhViyaYKHew9DpgQ6AEIKDAA#v=onepage&q=imaging%20anatomy%20of%20the%20human%20brain&f=false>
4. BRADT J., MAGEE WL., DILEO C, WHEELER BL., MCGILLOWAY E., 2010. Music therapy for acquired brain injury (Review). [online]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Cochrane Library: John Wiley and Sons. Issue 7. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <http://www.temple.edu/boyer/research-center/documents/abireview.pdf>
5. BRAIN INJURY SOCIETY, 2019. Definition of Acquired Brain Injury. [online]. *What is Acquired Brain Injury*. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://braininjuriesociety.com/information/acquired-brain-injury/what-is-abi/>
6. BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ V., 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 73 s. ISBN 978-80-7416-102-5.
7. CEREBRUM, 2013. Poranění mozku. [online]. *Fakta o mozku*. [cit. 2019-4-21]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/fakta-o-mozku/>
8. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK J. a kol., 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Učební texty Univerzity Karlovy. Praha: Karolinum. 204 stran. ISBN 978-80-2463-809-6.

9. DÍLNY TVOŘIVOSTI, 2011. Manuál ucelené péče na území Prahy po poškození mozku. [online]. *Ucelená péče*. [cit 2019-09-23]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>
10. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing,a.s., 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
11. DŽAMBASOV, P., DOSTÁL, J., KOTÍKOVÁ, J., RÜCKER, P., 2017. *Screening podmínek pracovní, léčebné, sociální a pedagogické rehabilitace v ČR*. [online]. Praha: VÚPSV,v.v.i. 96 s. [cit. 2019-09-25]. ISBN 978-80-7416-305-0. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_427.pdf
12. EMMEROVÁ, M., 2012. Co to je koordinovaná rehabilitace? [online]. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV. 44 s. [cit. 2019-08-09]. ISBN 978-80-7421-052-5. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf
13. ERGO AKTIV, 2017. Co je to získané poškození mozku. [online]. *Handy & CAP. Newsletter 2/2017*. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.ergoaktiv.cz/handy-cap/co-je-to-ziskane-poskozeni-mozku/>
14. ERGO AKTIV, 2015. *Mrtvice – vyhněte se jí cvičením jógy*. [online]. [cit. 2019-06-21]. Dostupné z: <https://www.ergoaktiv.cz/handy-cap/mrtvice-vyhnete-se-ji-cvicenim-jogy/>
15. FNUSA, 2018. Epidemiologie cévní mozkové příhody. [online]. *Cévní mozková příhoda detailně*. Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://iweb3.fnusa.cz/o-nemocnici/cmp/cevni-mozkova-prihoda-detailne/>
16. GULOVÁ L., 2011. *Sociální práce. Pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing,a.s. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
17. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský postup*. Praha: Grada Publishing,a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
18. HEAD FORWARD CENTRE, 2019. TBI general information. [online]. *About TBI*. Head Forward Centre Manchester. Social rehabilitation for traumatic brain injury. [cit. 2019-09-13]. Dostupné z: <http://www.headforward.org/abi-general-information.html>

19. HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
20. HORÁČEK, O., KOLÁŘ, P., 2009. Kraniocerebrální traumata. In: KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. s. 386 - 389. ISBN 978-80-7262-657-1.
21. CHIESA, R., MELLISANO G., ZANGRILLO A., 2011. *Thoraco-Abdominal Aorta: Surgical and Anesthetic Management*. Italy: Springer-Verlag Italia. 750 s. ISBN 978-88-470-1850-0.
22. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing,a.s. 256 s. ISBN 978-80-271-9225-0.
23. JAKUBEKOVÁ, I., 2014a. Jak funguje mozek. [online]. *Mentem*. [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/jak-funguje-mozek/>
24. JAKUBEKOVÁ, I., 2014b. Mozkové hemisféry. [online]. *Mentem*. [cit. 2020-01-05] Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/mozkove-hemisfery/>
25. KALVACH, P., a kol., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2765-3.
26. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
27. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
28. KITTNAR, O. a kol., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
29. KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, a.s., 2012. Akutní mozková poranění – průvodce určený rodině a přátelům. [online]. *Informace pro pacienty + TV videa*. [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/akutni-mozkova-poraneni---pruvodce-urceny-rodine-a-pratelum>

30. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2012. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 386 s. ISBN 978-80-247-7346-9.
31. KROUPOVÁ, K. a kolektiv, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. Vybrané pojmy. Praha: Grada Publishing, a.s. 328 s. ISBN 978-80-271-9345-5.
32. KŘIVÁNKOVÁ M., HRADOVÁ M., 2009. *Somatologie*. Učebnice pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada Publishing, a.s. 244 s. ISBN 978-80-247-6899-1.
33. KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada Publishing, a.s. 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
34. KULAKOVSKÁ, M., 2011. Pohybová terapie v Rehabilitačním ústavu Kladruby. *Sanquis*. č. 90/2011. S. 68-70. ISSN 1212-6535.
35. KULIŠŤÁK P. a kol., 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Univerzita Karlova: Karolinum. 914 s. ISBN 978-80-246-3068-7.
36. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
37. KUZNÍKOVÁ, I. a kolektiv, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
38. LANGMEIER, M., a kol., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
39. LEVITOVÁ, A., HUŠÁKOVÁ, M., 2018. *Bechtěrevova nemoc: Návod na aktivní život a průvodce cvičením*. Praha: Grada Publishing, a.s. 272 s. ISBN 978-80-271-2401-5.
40. LUNGOVÁ, V., 2012. Oblasti mozkové kůry. [online]. *Stavba a funkce lidského mozku*. Olomouc. Investice do rozvoje vzdělávání. E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc. [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=3265>
41. MARŠÁLEK, P. a kolektiv, 2011. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. [online]. Praha: Cerebrum. [cit. 2020-01-13]. Dostupné z:

file:///C:/Users/dell/Downloads/DOPORU%C4%8CEN%C3%8D K ORGANIZACI SYST
%C3%89MU.pdf

42. MASON M. P., 2018. Traumatic Brain Injury Basics. [online]. *Brain Line. All about brain injury and PTSD*. [cit. 2019-07-18]. Dostupné z: <https://www.brainline.org/article/traumatic-brain-injury-basics>

43. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR, 2019. Lepší rehabilitační péče v Kladrubech. [online]. *Integrovaný regionální operační program*. [cit. 2019-09-28]. Dostupné z: <https://irop.mmr.cz/cs/Projekty/IOP/Lepsi-rehabilitacni-pece-v-Kladrubech>

44. MOJE ZDRAVÍ, 2019. Mozková mrtvice (Cévní mozková příhoda). [online]. *Nemoci*. [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.mojezdravi.cz/nemoci/mozkova-mrtvice-cevni-mozkova-prihoda-1899.html>

45. MÜLLER, O. a kol., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

46. NÁSLEDNÁ PÉČE A REKONVALESCENCE, 2013. Rozdělení ucelené rehabilitace do různých oblastí, jejich specifikace. [online]. *Úvod do ucelené rehabilitace*. [cit. 2019-10-09]. Dostupné z: <http://naslednapece.blog.cz/1310/1-rozdeleni-ucelene-rehabilitace-do-ruznych-oblasti-jejich-specifikace>

47. NAVRÁTIL, L., 2012. Potřeba neurorehabilitace u pacientů s těžkým poraněním mozku. [online]. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV. 44 s. [cit. 2019-08-09]. ISBN 978-80-7421-052-5. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf

48. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o.p.s. 43 s. ISBN 978-80-87240-33-5.

49. OREL, M., 2015. *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada Publishing, a.s. 216 s. ISBN 978-80-247-5070-5.

50. OREL M., FACOVÁ, V., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s. 256 s. ISBN 987-80-247-2617-5.

51. OREL, M., PROCHÁZKA, R., a kolektiv, 2017. *Vyšetření a výzkum mozku: Pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Praha: Grada Publishing, a.s. 184 s. ISBN 978-80-247-5539-7.
52. POLÍVKA J. 2017. Cévní onemocnění mozku. In: ČELEDOVÁ L., ČEVELA R. a kol. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. s. 215-230. ISBN 978-80-246-3829-4.
53. REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2019a. Léčebné rehabilitační pobyty. [online]. *O nás*. [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/poskytovana-pece/lecebne-pobyty/pobyty-hrazene-zdravotnimi-pojistovnamimi/lecebne-rehabilitacni-pobyty/>
54. REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2019b. Rehabilitace – Procedury. [online]. *Poskytovaná péče*. [cit 2019-10-05]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/poskytovana-pece/rehabilitace-procedury/>
55. REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2019c. Podpora klientů Rehabilitačního ústavu Kladruby při budoucí sociální rehabilitaci. Projekty EU. [online]. *O nás*. [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/projekty-eu/podpora-klientu-rehabilitacniho-ustavu-kladruby/?ftresult=podpora+klientu+pri+budouci+pracovn%C3%AD+>
56. ROKYTA, R. a kol., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 712 s. ISBN 978-80-247-9902-5.
57. ROKYTA, R. a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, a.s. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
58. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium a praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
59. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetřovatelství v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s. 288 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
60. SOCIETY OF NEUROSCIENCE, 2012. The Neuron. [online]. *BrainFacts.org*. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://www.brainfacts.org/brain-anatomy-and-function/anatomy/2012/the-neuron>

61. SPINAL CORD, 2019. Types of acquired brain injury. [online]. *Acquired brain Injury*. [cit. 2019- 03-21]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.com/types-of-acquired-brain-injury>
62. ŠLECHTOVÁ, A., 2012. Cévní mozková příhoda. [online]. *ICTUS o.p.s.* Pouze postižený, mající vůli k aktivní činnosti, může něco dokázat. [cit 2019-03-20]. Dostupné z: <http://www.ictus.cz/node/23799>
63. ŠVESTKOVÁ O., ANGEROVÁ Y., DRUGA R., VOTAVA J., PFEIFFER J., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, a.s. 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.
64. THE CHILDREN'S TRUST, 2019. Non-traumatic brain injury. [online]. *Acquired Brain Injury. For children with brain injury*. [cit. 2019-08-09]. Dostupné z: <https://www.braininjuryhub.co.uk/non-traumatic>
65. VYKOPALOVÁ, V. a kol., 2015. Mozek. Nervová soustava. [online]. *ELUC*. Schválilo MŠMT, č. j. MSMT 7521/2015-40 dne 28. 8. 2015 k zařazení do seznamu učebnic pro střední školy pro vzdělávací oblast Buněčná biologie, Biologie rostlin, Biologie živočichů. [cit 2019-02-12]. Dostupné z: <https://eluc.kr-olomoucky.cz/verejne/lekce/238>
66. VYMĚTAL J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

8 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obr. 1: Vznik poškození mozku

Obr. 2: Zdravotní postižení

Obr. 3: Zaměstnání

Obr. 4: Běžné denní aktivity

Obr. 5: Zdravotní dopady

Obr. 6: Sociální dopady

Obr. 7: Kvalita života

Obr. 8: Péče v rehabilitačním ústavu

Obr. 9: Fyzioterapie

Obr. 10: Ergoterapie

Obr. 11: Zdravotně sociální péče

Obr. 12: Psychologická péče

Obr. 13: Logopedie

Obr. 14: Pozitiva léčebného pobytu

Obr. 15: Negativa léčebného pobytu

Obr. 16: Kontrolní vizity

Tab. 1: Identifikační údaje informantů

Tab. 2: Získané poškození mozku a délka léčebného pobytu

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

atd. – a tak dále

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava (centrální nervový systém)

CT – počítačová tomografie

FH – francouzské hole

JIP – jednotka intenzivní péče

kol. - kolektiv

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

PNS – periferní nervová soustava (periferní nervový systém)

RÚ – rehabilitační ústav

SR – sociální rehabilitace

TBI – traumatic brain injury

TIA – transitorní ischemická ataka

tzv. - tak zvaný