



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Koordinovaná rehabilitace u mladších jedinců po cévní mozkové příhodě

Vypracoval: Lucie Bečvářová
Vedoucí práce: MUDr. Drahoslava Tišlerová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Název bakalářské práce je Koordinovaná rehabilitace u mladších jedinců po cévní mozkové příhodě.

Cílem této práce bylo zjistit subjektivní vnímání potřeb jednotlivců, jež si tímto závažným onemocněním prošli.

Teoretická část je rozdělena do dvou základních kapitol. První část obsahuje stručné informace o cévní mozkové příhodě. Anatomickofyziologický podklad, dělení a příznaky onemocnění. V druhé části je podrobněji rozebírána problematika koordinované rehabilitace a jejích složek. Pokusila jsem se definovat a popsat jednotlivé postupy a uvést odborníky kteří ji zajišťují.

Výzkumná část byla zpracována metodou kvalitativní výzkumné strategie. Zvolenou technikou byl polostrukturovaný rozhovor a pozorování. Výzkumným soubor tvořilo pět respondentů, čtyři muži a jedna žena. Kritériem pro jejich výběr bylo jednak prodělání cévní mozkové příhody a dále věk zúčastněných (45 - 55 let). Rozhovor byl veden podle scénáře otázek. Při jejich sestavování jsem se zaměřila na dvě oblasti. První zahrnovala informace o respondentovi, jeho onemocnění a léčbě ve smyslu koordinované rehabilitace. V druhé oblasti jsem se dotazovala na změny v životě po prodělání onemocnění. Celý rozhovor byl nahráván a následně doslovně přepsán. Jeden z respondentů si nahrávání nepřál, rozhovor byl tedy rovnou zapisován. Výsledky rozhovorů jsou prezentovány popisnou formou.

Výzkumem jsem se pokusila odpovědět na otázku: *"Jaké jsou potřeby lidí v různém časovém odstupu po prodělané cévní mozkové příhodě?"*

Všichni dotazovaní se vyjadřovali k potřebě soběstačnosti. V časném stádiu se jednalo hlavně o schopnost zvládnutí základních činností, jako například příjem potravy, kontrola vyměšování, vyjadřování se, pohyb. V další fázi léčby, jsou zvyšovány nároky na sebeobsluhu, schopnost porozumění, paměť, sociální interakci. Jedinci často procházeli intenzivní terapií. Po návratu do domácího prostředí je největším tématem potřeba seberealizace a aktivizace, smysluplné trávení volného času.

Práce by měla poskytnout více informací k dané problematice.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, koordinovaná rehabilitace, multidisciplinární tým

Abstract

Title of the bachelor thesis is Comprehensive rehabilitation in younger individuals after stroke.

The aim of this thesis was to determine the subjective perception of individuals' needs after stroke.

The theoretic part is divided into two main chapters. The first one contains brief information about the disease, its types, anatomy and physiology background and symptoms. The second chapter deals with the issue of comprehensive rehabilitation and its parts. Particular approaches are defined and described in detail, health professionals working in this area are also mentioned here.

The research part was processed by a method of qualitative research strategy. Semi-structured interview technique and observation were used. The research set included 5 respondents - four men and one woman. Past history of stroke and age of individuals between 45 and 55 years were the inclusion criteria for this research. Interview was held according to scenario questions, where I focused on two areas. First section included information about the respondent, his disease and treatment in the way of comprehensive rehabilitation. In the second part, respondents were asked how their life had changed after the experience of stroke. The interview was audio-recorded and then verbatim transcribed. One of the respondents did not wish to be audio-recorded, thus written notes were taken during the interview. Interviewing results are presented in a narrative format.

By conducting this research I tried to answer the following question: *What are the needs of individuals at various stages of stroke recovery?* Need of self-sufficiency was mentioned by all respondents. In early stage, it was mainly coping with basic activities such as food intake, control of excretion, verbal expression and movement. In the later phase of treatment, there are increasing demands on self-care, understanding ability, memory and social interaction. Individuals often went through an intensive therapy. After returning back to their home environment, the need of self-realization, activation and meaningful ways to spend a free time are the most significant issues.

This work should provide more information on the given topic.

Key words: cerebrovascular event (stroke), comprehensive rehabilitation, multidisciplinary team

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5.5.2015

Lucie Bečvářová

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce MUDr. Drahoslavě Tišlerové za cenné rady, vedení a odbornou pomoc při psaní mé práce.

Obsah

Úvod.....	10
1. Cévní mozkové příhody, charakteristika, dělení, příznaky.....	12
1.1 Anatomicko-fyziologický základ.....	12
1.2 Ischemické cévní mozkové příhody.....	14
1.3 Hemoragické cévní mozkové příhody.....	15
2. Koordinovaná rehabilitace (KRHC).....	17
2.1 Pojem rehabilitace.....	17
2.2 Pojetí koordinované rehabilitace.....	17
2.3 Jednotlivé segmenty KRHC.....	19
2.3.1 Léčebná rehabilitace.....	19
2.3.2 Sociální rehabilitace.....	22
2.3.3 Pedagogická rehabilitace.....	23
2.3.4 Pracovní rehabilitace.....	25
2.4 Organizace rehabilitace.....	27
2.5 Rehabilitace po CMP.....	28
2.6 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví.....	30
3. Cíl práce a výzkumné otázky.....	32
3.1 Cíl práce.....	32
3.2 Výzkumné otázky.....	32

4. Metodika	33
4.1 Metody výzkumu.....	33
4.1.1 Polostrukturovaný rozhovor.....	33
4.1.2 Pozorování.....	34
4.2 Popis výzkumného souboru.....	34
4.3 Zpracování dat.....	35
5. Výsledky	36
5.1 Respondent č.1.....	37
5.2 Respondent č.2.....	39
5.3 Respondent č.3.....	41
5.4 Respondent č.4.....	43
5.5 Respondent č.5.....	45
6. Diskuze	48
7. Závěr	53
8. Seznam informačních zdrojů	55
9. Přílohy	59

Úvod

Cévní mozková příhoda (CMP) je závažné a rozšířené onemocnění. Ve vyspělých i rozvojových zemích je nejčastější příčinou invalidity u lidí středního a vyššího věku.¹ V ČR postihne zhruba 30.000 pacientů ročně, z nichž přibližně 1/3 zůstává imobilní a trvale závislá na pomoci druhé osoby.²

Jedinci po poškození centrálního nervového systému trpí rozličnými potížemi. Nejedná se pouze o poruchu motoriky, postiženy bývají také kognitivní funkce včetně fatických, senzorycké funkce a v popředí mohou být též poruchy psychické. Z toho vyplývá nutnost intenzivní a koordinované péče.

Od roku 1999 usiluje Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti o prosazení uceleného pojetí rehabilitace mezi odborníky i laickou veřejností. Od roku 1999 Ministerstvo práce a sociálních věcí pracuje na konceptu ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. Tyto snahy zatím nevedly ke schválení potřebného zákona o rehabilitaci.³

Připravovaný zákon "Koordinovaná rehabilitace" by měl vycházet z filozofie Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Jeho součástí mají být práva, povinnosti klientů a zařízení, organizace rehabilitace, součinnost jednotlivých složek, vstupy a výstupy v rehabilitaci apod.⁴

¹ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Věstník 2* [online]. 2010 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3703_1770_11.html

² ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE. *Cévní mozková příhoda*. [online]. 2014 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: http://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=665&Itemid=533

³ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. 2011 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>.

⁴ ŠVESTKOVÁ, O. *Neurologie v praxi. Základní principy současné neurorehabilitace*. [online]. 2013 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://www.neurologiepraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/06.pdf>

Bakalářská práce má název Koordinovaná rehabilitace u mladších jedinců po cévní mozkové příhodě. Teoretická část obsahuje základní informace o tomto onemocnění, podrobněji je pak rozebrána problematika koordinované rehabilitace a jejích složek. Ve výzkumné části se zaměřuji na potřeby jedinců po prodělání cévní mozkové příhody. Výsledky šetření prezentuji popisnou formou.

Toto téma je mi velmi blízké. S lidmi po CMP se setkávám prakticky denně v rámci své profese. Mými klienty jsou lidé v akutní fázi onemocnění. Pro svůj výzkum jsem naopak volila jedince, kteří se nacházejí v období 3 měsíce až 5 let po prodělání onemocnění.

1. Cévní mozkové příhody, základní charakteristika, dělení, příznaky

1.1 Anatomicko-fyziologický základ

Nervová soustava zprostředkovává vztahy jak mezi vnějším prostředím a organismem, tak i mezi všemi částmi uvnitř organismu. Informace přijímá, zpracovává a zajišťuje na ně odpověď.⁵

Nervový systém lze rozdělit na pars centralis-centrální nervový systém (CNS), složený z mozku (encephalon) a hřbetní míchy (medulla spinalis) a pars peripherica-periferní nervový systém zahrnující periferní nervy, tedy svazky nervových vláken spojující CNS s periferií organismu. K periferním nervům patří i typická nahromadění buněk mimo CNS označovaná jako ganglia. Základní morfologickou i funkční jednotkou nervové soustavy je neuron-nervová buňka.⁵

Tepny mozku. Hlavním zdrojem cév pro mozek jsou pravá a levá a. vertebralis a pravá a levá a. carotis interna, které spolu s dalšími cévami vytvářejí circulus arteriosus cerebri (Willisi).⁶

Skrze foramen magnum vstupují do nitrolební aa.vertebrales , dextra et sinistra, které se navzájem spojí s nepárovou a. basilaris, ta se dále větví na dvě aa.cerebri posteriores, dextra et sinistra, jdoucí na mediální plochu týlního a spánkového laloku;

aa.carotides internae, dextra et sinistra se dělí na několik tepen, z nichž k mozku přicházejí a. cerebri anterior dextra et sinistra, končící na mediální ploše čelního a temenního laloku, a. communicans anterior, propojující aa.cerebri anteriores obou stran, a.cerebri media dextra et sinistra, a.communicans posteriori dextra et sinistra;

Z circulus arteriosus cerebri vystupují trojí tepny. Jednak tepny korové, tedy větvení a. cerebri anterior, media et posterior, dále aa. basales, skupiny menších tepen k bazi mozkové a aa.choroideae.⁶

⁵ ČIHÁK, R. *Anatomie 3.* 2. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 211. ISBN 978-80-247-1132-4

⁶ ČIHÁK, R. cit. 5, s. 312

Žíly mozku. Žíly hemisfér koncového mozku spolu s částí žil mezimozku lze rozdělit na povrchové, uložené na povrchu hemisféry, veane cerebri superiores, veane cerebri inferiores, vena cerebri media superficialis, vena cerebri media profundus a hluboké, venae cerebri internae pravé a levé strany spojující se ve vena magna cerebri.⁷

Fyziologie cévního zásobení mozku. Úkolem cévního zásobení mozku je přivádět do mozkové tkáně krev bohatou na kyslík a glukózu a zajistit tak integritu mozkových buněk a tím také správnou funkci mozku.⁸

Mozek spotřebuje asi 20% veškerého kyslíku, který lidský organismus přijímá. Minutová spotřeba kyslíku je pak přibližně 3,5 ml/ 100 mg mozkové tkáně a spotřeba glukózy přibližně 5,5ml na 100 mg mozkové tkáně. Tyto potřeby jsou zajištěny díky stálému mozkovému průtoku – CBF (cerebral blood flow), který je závislý přímo úměrně na perfúzním tlaku a nepřímo úměrně na mozkové rezistenci. Perfúzní tlak je rozdíl středního arteriálního tlaku a intracerebrálního tlaku. Mozková rezistence závisí na průsvitu cévního řečiště a na viskozitě krve.⁸

Uvádí se, že srdcem je přečerpáno asi 4200 ml krve, z toho spotřeba mozkové tkáně je 750-800 ml. Neměnnost mozkového průtoku zajišťují autoregulační mechanismy, na úrovni arteriol. Lze sem zařadit regulaci neurogení (sympatikus způsobuje vazokonstrikci a parasympatikus způsobuje vazodilataci) a regulaci metabolickou (hyperkapnie působí vazodilataci a hypokapnie vazokonstrikci). Na úrovni kapilár je regulace jen metabolická.⁸

Průtok šedou hmotou mozkovou je vyšší než průtok hmotou bílou v závislosti na funkční náročnosti dané mozkové oblasti. Při snížení průtoku se uplatňují rezervy a teprve dojde-li k poklesu normálního průtoku (50-60 ml/min na 100g mozkové tkáně) na 20ml/min na 100g mozkové tkáně, dochází k poruše funkce neuronů a rozvoji klinických příznaků plynoucích z ischemické léze.⁸

⁷ ČIHÁK, R. cit. 5, s. 322

⁸ AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006, ISBN 80-7262-433-4.

Při poklesu průtoku krve pod 10 ml/min dochází k nevratným změnám ve struktuře neuronů. Část mozku, kde průtok poklesl na hodnotu 10-20 ml/min je označována jako ischemický polostín – penumbra.⁹

1.2 Ischemické cévní mozkové příhody

Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastější, představují asi 80% všech CMP. Vznikají v důsledku kritického poklesu mozkové perfúze části nebo celého mozku. Jak již bylo zmíněno, klinický obraz ischemické léze se rozvíjí při poruše krevního průtoku pod hodnotou 20ml/100g mozkové tkáně. Vzniká tzv. mozkový infarkt. Příčiny mozkové ischemie mohou být lokální arterioskleróza, kardiální příčiny, hematologická onemocnění nebo celkové například celková mozková hypoxie při plicních poruchách.¹⁰

Ischemie v karotickém povodí. Při ischemii v karotickém povodí může být postižena a. carotis interna, nebo pouze její větve. Podle lokalizace postižení jsou v popředí příznaky z poškození čelního, temenního nebo spánkového laloku, popřípadě i z hlubokých struktur mozkové hemisféry.¹⁰

Při ischemii v tomto povodí je nejčastější ischemie a. cerebri media. Její klinický obraz je charakteristický kontralaterální poruchou hybnosti, na horní končetině více akrálně. Přítomna je též kontralaterální porucha citlivosti. Při postižení dominantní hemisféry dochází k poruše symbolických funkcí. Při poškození hemisféry nedominantní je přítomný tzv. neglect syndrom (neuvědomování si postižení). Přítomno bývá též tzv. Wernickeovo-Mannovo držení (flekční držení horní končetiny a extenční držení dolní končetiny s cirkumdukci při chůzi).¹¹

⁹ AMBLER, Z. cit. 8, s.137

¹⁰ KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, ISBN 978-80-7262-657

¹¹ KALINA, M. a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 232 s. ISBN 978-80-7387-107-9

Postižení celého kmene a. carotis interna jsou velmi obdobné jako u ischemie v povodí a. cerebri media, navíc doplněny příznaky z povodí jiných větví.

Ischemie v povodí a. cerebri anterior je kontralaterální hemiparéza více vyjádřena na dolní končetině. Někdy bývá přítomen také prefrontální syndrom u kterého dochází k výrazným psychickým poruchám.¹²

Ischemie ve vertebrobazilárním povodí. V tomto povodí může být postižena a. vertebralis, a. basilaris, mozečkové či kmenové tepny. Dochází k příznakům poškození kmenových struktur, mozečku, spánkového laloku, týlního laloku dále též vestibulárního a sluchového receptoru.¹²

Při ischemii v povodí a. cerebri posterior dochází ke zrakovým poruchám, kontralaterální hemianopsii až kortikální slepotě. Může být postiženo čítí, vnímání tělesného schématu a prostorové orientace.¹³

Při ischemii mozečkových tepen se rozvíjí Wallenbergův syndrom. Zde jsou homolaterálně přítomny neocerebelární příznaky, Hornerův syndrom, postižení V. hlavového nervu, kontralaterální porucha čítí, dále též vestibulární příznaky, poruchy polykání, chrapot, škytavka. Při jednostranném ischemickém postižení kmenových arterií dochází ke vzniku tzv. alternujících hemiparéz (kontralaterální hemiparéza a homolaterální postižení hlavového nervu).¹³

1.3 Hemoragické cévní mozkové příhody

Hemoragické CMP tvoří asi 20% všech mozkových příhod. Dochází při nich ke krvácení do mozkového parenchymu v důsledku ruptury mozkové arterie. Krvácení mohou být tříštivé, nebo ohraničené (globozní).¹³

¹² KALINA, M. a kol. cit.11, s.

¹³ KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 388-389

Tříštivá krvácení jsou častější, jejich příčinou je ruptura cévní stěny, postižené chronickou arteriální hypertenzí. Prognóza bývá nepříznivá. Globozní krvácení jsou většinou důsledkem ruptury cévní anomálie.

Centrální tříštivé hemoragie. Tento typ krvácení se projevuje ložiskovými příznaky, příznaky nitrolební hypertenze a často je doprovázen poruchou vědomí. Prognóza je nepříznivá s vysokou mortalitou.¹⁴

Závažná jsou též krvácení mozečková. Nejčastěji se projevují nauzeou, zvracením, bolestí hlavy, poruchou stoje a chůze a vestibulární symptomatologií.

Krvácení do mozkového kmene se projevují kmenovou symptomatologií. Prognóza je většinou nepříznivá.¹⁴

Příznaky subarachnoidálního krvácení jsou náhlá bolest hlavy, nauzea, zvracení. Ložiskové příznaky mohou být různého stupně. Dochází k rozvoji meningeálního syndromu. U závažného krvácení upadá pacient do komatu.¹⁴

¹⁴ KALITA, Z. *Akutní cévní mozkové příhody*. vyd. 1. Praha: Maxdorf, 2006, 620 s. ISBN 80-85912-26-0.

2. Koordinovaná rehabilitace (KRHC)

2.1 Pojem rehabilitace

Pojem „rehabilitace“ pochází z latiny a byl zaveden v 19. století. Původně znamenal léčebné postupy, vedoucí k navrácení funkčních schopností. Rehabilitace jako systém vzniká v USA po 1. světové válce. V roce 1918 dostává zákonnou podobu. Po 2. světové válce se termín rehabilitace rozšířil po celém světě. Nemalou zásluhu na tom měla Světová zdravotnická organizace (WHO).¹⁵

2.2 Pojetí koordinované rehabilitace

Jak již bylo nastíněno v úvodu, v České republice neprobíhá prosazování moderního (uceleného, koordinovaného) pojetí rehabilitace snadno.

Definice rehabilitace dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1969: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti“*. Tato definice se v průběhu let a rozšiřovala (1981): *„Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku a překážek způsobených zdravotním stavem (omezená aktivita – disabilita) a usiluje o společenské začlenění postiženého jedince“*. V roce 1994 pak popisuje WHO ve své publikaci Rehabilitace opřena o komunitu (Community based rehabilitation) rehabilitaci jako *„proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti“*.¹⁶

¹⁵ KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 1

¹⁶ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005, 103 s. ISBN 80-7040-826-X.

Definice z roku 2006 popisuje rehabilitaci jako: „*soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání. Poskytování rehabilitace ve všech jejích oblastech se proto musí řídit jednotnými základními principy...*“¹⁷

Definice koordinované rehabilitace prezentovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR v roce 2012 zní takto: „*Rehabilitace obecně je ucelený, vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož hlavním úkolem je minimalizace negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu jedince (st. p. úrazu hlavy, končetin, st. p. operaci nebo závažném onemocnění), které výrazně ovlivňují jeho sociální začlenění. Cílem je optimální funkční zdatnost, zajištění soběstačnosti a vhodného pracovního uplatnění. K naplnění těchto cílů slouží u nemocných v produktivním věku (18–60 roků) komplexní a koordinovaná RHC.*“¹⁸

V současné době by tedy měla být rehabilitace chápána jako interdisciplinární obor, propojující péči zdravotnickou, sociálně-právní, pedagogicko-psychologickou, a pracovní. Mluvíme o léčebných, sociálních, pedagogických (vzdělávacích) a pracovních prostředcích rehabilitace. M. Emerová popisuje navíc rehabilitaci volnočasovou a psychickou jako další segment koordinované rehabilitace. V praxi však není didaktické dělení podstatné, neboť „*musí jít o kombinované, vzájemně provázané a koordinované využívání všech daných prostředků podle potřeby.*“¹⁹

Základní atributy, které má koordinovaná rehabilitace (KRHC) splňovat, jsou kromě komplexnosti a koordinovanosti také včasnost, návaznost či dostupnost. K tomuto je zapotřebí multidisciplinárního posouzení a součinnosti poskytovatelů. Nezbytná je dobrá informovanost klienta. Cílovou skupinou koordinované rehabilitace jsou jedinci se zdravotním postižením, u nichž došlo (případně může dojít) v důsledku vrozené vady, úrazu či onemocnění k omezení aktivity a začleňování do společnosti.¹⁹

¹⁷ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. cit. 3.

¹⁸ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. [online]. 2012 [cit. 2014-3-3]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf

¹⁹ KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 2

Mluvíme o osobách, kterým jejich znevýhodnění nedovoluje dosáhnout optimální soběstačnosti, vzdělání nebo pracovního uplatnění.

V další kapitole budou podrobněji rozebrány jednotlivé segmenty koordinované rehabilitace. Podle charakteru prostředků, které rehabilitace využívá, ji lze rozdělit na léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní.

2.3 Jednotlivé segmenty KRHC

2.3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je neoddělitelnou součástí zdravotní péče. Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření k odstranění postižení (poškození) a funkčních poruch, ale také eliminaci vzniklého zdravotního postižení. J. Jesenský uvádí rozdělení léčebné rehabilitace podle J. Pfeiffera a J. Votavy na rehabilitaci vertikální, jenž vede k obnovení původního stavu organismu před onemocněním a na rehabilitaci horizontální, která má chronický charakter.²⁰ Léčebná rehabilitace je obsáhlou kapitolou, která postupuje vlastním léčením. Ideálně by měla být zahájena již v období poskytování akutní zdravotní péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO), jednotce intenzivní péče (JIP) a dále pokračovat na všech odděleních klinických oborů. Lůžkové oddělení včasné léčebné rehabilitace pak umožňuje pacientům další intenzivní terapii s vazbou na ostatní oblasti rehabilitace. O klienta se zde stará multidisciplinární tým. Většina výkonů léčebné rehabilitace je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

P. Kolář uvádí, že pokud je léčebná rehabilitace poskytnuta včas, až třetina osob po těžkém úrazu, nebo onemocnění se vrací zpět do původní kvality života.²¹

Léčebně-rehabilitační proces vychází z krátkodobého a dlouhodobého plánu.

²⁰ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. cit. 16, s. 41

²¹ KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 2

V krátkodobém plánu jde o koordinaci terapie v časově omezeném úseku. Obvykle nepřesahuje tři měsíce. Plán dlouhodobý je stanovením dalších postupů léčby. Vychází z objektivního testování klienta, hodnocení dosavadního průběhu a řešení podkladů k určení dlouhodobé prognózy. To vše v rámci multidisciplinárního týmu.²²

P. Kolář spatřuje nedostatky v oblasti léčebné rehabilitace především v jejím úzkém zaměření. Doporučuje aplikaci tzv. fázového modelu užívaného např. v Německu, zvláště u neurologických pacientů. Tento model (fáze A-F) pokrývá péči od akutního stádia až po integraci. V ČR tento model dobře funguje u pacientů s míšním poraněním. U klientů po CMP je aplikován nedostatečně.²²

Postupy, které řadíme mezi prostředky léčebné rehabilitace, jsou:

Fyzioterapie

Jedná se o terapii odpomáhající nemocnému k obnovení pohybu a funkce.²³ Zabývá se tedy zejména pohybovým systémem, diagnostikou a léčbou poruch. Její součástí jsou jak prostředky nespecifické, jako například kondiční cvičení, tak prostředky specifické (Vojtova metoda, propioceptivní nervosvalová facilitace, koncept manželů Bobathových a další)

Fyzikální terapie

Tento lékařský obor, užívá fyzikální podněty jako energii mechanickou, tepelnou, chemickou, elektrickou apod. k prevenci, diagnostice a léčbě.²³

Ergoterapie

Je profese, která se snaží prostřednictvím smysluplného zaměstnávání využít a zachovat schopnosti daného jedince, potřebné pro zvládání běžných denních a pracovních činností.²⁴ Součástí ergoterapie je též hodnocení a přizpůsobování technických pomůcek a nácvik jejich používání k soběstačnosti.

²² KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 3

²³ NHS CHOICES. *Physiotherapy*. [online]. 2014 [cit. 2014-08-11]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/conditions/Physiotherapy/Pages/Introduction.aspx>.

²⁴ ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Co je ergoterapie*. [online]. 2008 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

Animoterapie

Neboli metoda využívající působení zvířat. Nejrozšířenější je terapie za pomoci koně (hipoterapie) a psa (canisterapie). Výjimkou však není léčba za pomoci hlodavců, ptáků, užitkových zvířat apod.

Arteterapie

Tato terapie uplatňuje výtvarný projev jako prostředek k ovlivnění lidské psychiky. Terapie uměním klade důraz jak na samotný léčebný potenciál tvůrčí činnosti, tak i na prožitky z procesu tvorby.²⁵

Muzikoterapie

I zde jde o obor s terapeutickým dopadem. Jedná se o léčebný postup, kdy za použití hudby, nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie) dochází k rozvoji komunikace, vztahů, učení, sebevyjádření apod.²⁵

Psychoterapie

Cílem psychoterapie je zlepšení duševního zdraví klienta. Terapeut užívá verbální i neverbální techniky. Terapie mohou probíhat individuálně či skupinově. Nejčastěji užívanou metodou je rozhovor.²⁵

Další možné postupy, které souvisejí s léčebnými prostředky rehabilitace, jsou například léčba pomocí chirurgických zákroků, ortopedická protetika (protézy, ortézy, technické, resp. kompenzační pomůcky) či farmakoterapie.²⁶

Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci nemocniční lůžkové péče (preventivní, léčebná), ambulantní péče (specializovaná, dlouhodobá) a v odborných léčebných ústavech a lázeňských zařízeních.²⁶

Právní předpisy upravující rehabilitaci ve zdravotnictví jsou zejména:

- zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- zákon č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

²⁵ ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ SPOLEČNOST. Definice a cíle arteterapie. [online]. 2008 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

²⁶ KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 380

2.3.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace se zaměřuje na znevýhodněného ve smyslu zajištění soběstačnosti v běžném životě. Chce využít zachované schopnosti a potenciál jedince. Do prostředků sociální rehabilitace patří i vytváření ekonomických, materiálních podmínek a legislativní ochrana jedince s postižením.²⁷

Významným prostředkem sociální rehabilitace jsou sociální služby. Mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytovou. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Smyslem sociální rehabilitace je tedy dosažení co nejvyšší úrovně sociálního začlenění (integrace). U každého jedince dochází v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace. To samé platí i u člověka s postižením. Důležité je, jakou roli ve společnosti zaujímá, i jaké je jeho společenské postavení. Pro nastolení rovnováhy je nutné, aby byl dotyčný schopný integrace. M. Sovák užil pro ilustraci pojmy defekt a defektivita. Přidá-li se k defektu (funkčnímu nebo orgánovému) sociální dimenze, pak dochází k nežádoucí defektivitě (kdy je člověk na společnosti zcela závislý). Sociální prostředky rehabilitace uplatňují metody reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada poškozené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením).²⁸

Odborníci, kteří se podílejí na sociální rehabilitaci, jsou:

Sociální pracovník

Je v pozici zprostředkovatele sociálních služeb. Poskytuje klientovi sociální poradenství, vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu apod..

²⁷ ČESKO. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.

²⁸ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. cit. 16, s. 4

Pracovník v sociálních službách

Jedinec vykonává přímou obslužnou péči, nebo pečovatelskou činnost u klienta. Podmínky výkonu jeho činnosti jsou stejně jako u sociálního pracovníka dány zákonem 108/2006 Sb.

Posudkový lékař

Má důležitou roli nejen sociální, ale i pracovní oblasti rehabilitace. Jeho vyjádření je nezbytné pro přiznání nároku na invalidní důchod, vyplacení některých druhů příspěvku nebo například přidělení průkazu TP, ZTP, ZTP/P.²⁹

K rozvoji sociální rehabilitace v České republice přispěli nestátní neziskové organizace, odborné léčebné ústavy a nadace. V současné době je sociální rehabilitace financována prostřednictvím nenárokových dotací ze státního rozpočtu.

Právní předpisy upravující sociální rehabilitaci:

- zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách a v zákonech s ním souvisejících
- vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
- zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře

2.3.3 Pedagogická rehabilitace

Ačkoliv se pedagogické prostředky prolínají s léčebnými, sociálními i pracovními, je nezbytné chápat rehabilitaci také jako pedagogický jev. Výchova a vzdělávání hraje důležitou roli při socializaci člověka. Nelze ji však přiřazovat pouze k období dětství a dospívání. Jedná se o celoživotní otevřený proces. To se týká jak lidí s postižením, tak i zdravé populace.³⁰

²⁹ ČESKO. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.

³⁰ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. cit. 16, s. 48

J. Jesenský rozlišuje pedagogickou rehabilitaci u lidí se získaným postižením a u jedinců se zdravotním postižením od narození. U osob se získaným postižením, je úkolem pedagogické rehabilitace obnova původních znalostí a dovedností, nebo budování nových stereotypů se zřetelem na budoucnost jedince.³¹ Za cíl si tedy klade dosáhnout nejvyššího možného stupně vzdělání a optimální kvalifikace.

Tento proces vzdělávání (reedukace) je doménou speciální pedagogiky. Uplatňují se zde specifické metody podle druhu postižení:

somatopedie (pedagogika osob s tělesným postižením), psychopedie (pedagogika osob s mentálním postižením), tyflopédie (pedagogika osob se zrakovým postižením), surdopedie (pedagogika osob se sluchovým onemocněním), logopedie (pedagogika osob s narušenou komunikační schopností ve všech rovinách).³²

Mezi pedagogické pracovníky, vykonávající vyučovací, výchovnou, speciálně-pedagogickou, nebo pedagogicko-psychologickou činnost patří například: speciální pedagog, učitel, psycholog, vychovatel, asistent pedagoga či pedagog volného času.³³

Vzdělávání osob se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním upravuje školský zákon:

- zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání³⁴

³¹ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O cit. 16, s. 48

³² VOTAVA, J. *Ucelen. rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-2460-708-5 s. 126-127

³² ČESKO. Zákon 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

³³ ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) a jejich speciální vzdělávací potřeby zajišťuje školské poradenské zařízení.

2.3.4 Pracovní rehabilitace

Pokud mluvíme o pracovních prostředcích rehabilitace, nemáme na mysli pouze pracovní přípravu, tedy získávání vědomostí a dovedností, ale širší proces zahrnující soustavnou péči o lidi se zdravotním postižením.³⁵ Pracovní rehabilitace je opatřením aktivní politiky zaměstnanosti k vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením na trhu práce.

Pracovní prostředky rehabilitace jsou součástí komplexu činností a opatření, které vedou k integraci postiženého do pracovního procesu. Zahrnují poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání a zaměstnání, dále pak na teoretickou a praktickou přípravu pro povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon povolání nebo jiné výdělečné činnosti.³⁶

Jak bylo již zmiňováno, cílem je tedy uplatnění se na trhu práce. Předpokladem uplatnění se je obnovení pracovního potenciálu lidí, kteří důsledkem svého postižení mají pracovní schopnost změněnou, nebo vůbec nejsou schopni zaměstnání vykonávat. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce (ÚP) na základě žádosti osoby se zdravotním postižením. Odborná skupina vytvořená za tímto účelem na ÚP sestavuje s žadatelem individuální plán pracovní rehabilitace. Tento harmonogram má obsahovat poradenství, přípravu na výdělečnou činnost (například specializované rekvalifikační kurzy) a zprostředkování zaměstnání.³⁷

³⁵ JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 330 s. ISBN 80-7254-730-5.

³⁶ ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚTNÁVÁNÍ. Podporované zaměstnávání. [online]. [cit. 2014-01-11]. <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/16-pracovni-rehabilitace.html>

³⁷ KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 7.

Formy zaměstnávání osob se zdravotním postižením:

Podporované zaměstnání (vyhledání konkrétního pracovního místa pro danou osobu).³⁸

Chráněná pracovní dílna a Chráněné pracovní místo (speciální pracoviště přizpůsobené osobě se zdravotním postižením pracovním prostředím, formou i produktivitou práce).³⁹

Sociální firma (konkurenceschopný podnikatelský subjekt, vytvářející pracovní podmínky pro osoby znevýhodněné na trhu práce).

Na pracovní rehabilitaci se podílí:

Zaměstnanec úřadu práce

Žádoucí je účast pracovníka Úřadu práce jako člena multidisciplinárního týmu. V ideálním případě by tedy měl spolupracovat s ostatními odborníky, což umožní efektivněji vytipovat pracovní zařazení daného klienta se zřetelem k jeho vzdělání, praxi atd.⁴⁰

Ergonom

Ergonomové hledají optimální řešení mezi potřebami klienta a pracovními podmínkami. Řeší úpravy pracovního místa či náradí, kompenzační pomůcky atd.

Posudkový lékař

Posudkový lékař hodnotí zdravotní stav žadatele. Od ledna 2012 se toto hodnocení týká deseti ucelených oblastí každodenního života (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost).⁴¹

Provádění pracovní rehabilitace stanovuje:

- vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.³⁹

³⁸ ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ. Podporované zaměstnávání.unie.pz.cz [online]. [cit. 2014-01-11]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/14-co-je-pz.html>.

³⁹ ČESKO. Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti.

⁴⁰ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. cit.18, s. 10

⁴¹ ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Lékařská posudková služba*. [online]. 2015 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba>

2.4 Organizace rehabilitace

Jak již bylo okrajově zmiňováno, v procesu koordinované rehabilitace musí být splněno několik zásad:

Včasnost

Nasazení rehabilitačních prostředků v optimálním okamžiku. Jde o základní předpoklad, který vede k aktivizaci jedince.

Návaznost

Jednotlivé akce na sebe musí logicky navazovat, podle dosaženého pokroku, bez prodlev.

Komplexnost

Stanovení ideálního postupu rehabilitace a využití všech jejích prostředků a dostupných informací.

Koordinovanost

Propojenost léčebné, pracovní, sociální a pedagogické složky. Činnost vedená podle plánu, s cílem co nejlepších výsledků.

Dostupnost

Ideální průběh rehabilitace bez narušení její kontinuity. Za dostupné z hlediska finančního za jistění se považují služby v regionu bydliště klienta.

Součinnost

Spolupráce mezi všemi stranami. Oprávněnou osobou, poskytovateli rehabilitace i příslušnými orgány státní správy i samosprávy včetně ministerstev.^{39, 40}

³⁹ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. cit. 18, s. 7

⁴⁰ ŠVESTKOVÁ, O. cit. 4, s.139

2.5 Rehabilitace po CMP

V současné terminologii se často užívá pojmu neurorehabilitace. Jedná se o individuálně zaměřenou rehabilitaci pacientů s neurologickým onemocněním. Vytvoření standardů pro neurorehabilitaci iniciovala Evropská federace Neurologických společností (EFNS) roku 1996. V ČR byla založena sekce Neurorehabilitace v rámci Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny J. E. Purkyně.⁴¹

Pro zajištění péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou jsou zřizována specializovaná pracoviště. V nejvyšším stupni se jedná o Komplexní cerebrovaskulární centra, na která by měla přímo navazovat lůžkové oddělení včasné neurorehabilitace, dále pak Iktová centra a v základním stupni ostatní cerebrovaskulární péče.⁴² V praxi je zajištění včasné rehabilitace stále problematické. Chybí adekvátní počet specializovaných oddělení i dostupnost multidisciplinárního týmu. Problematické bývá propojení složek koordinovaného procesu.⁴³

Rehabilitace u klientů po CMP začíná obvykle v zdravotnickém zařízení akutní lůžkové péče, kde jsou v časně fázi onemocnění hospitalizováni. Ať již na jednotce intenzivní péče (JIP), iktové jednotce, anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) či v Komplexním cerebrovaskulárním centru. V tomto období má být co nejdříve aplikována léčebná rehabilitace ve smyslu fyzioterapie, rehabilitačního ošetřovatelství, případně doplněna o logopedii. Jejím úkolem je postihnout ve svém programu rozličné neurologické poškození, které je u pacienta vyjádřeno. Nejčastěji jde o sensorické poruchy, poruchy kognitivních funkcí, symbolických funkcí, centrální parézy, poruchy čítí, postižení hlavových nervů apod.⁴⁴

⁴¹ ŠVESTKOVÁ, O. cit. 4, s. 139

⁴² MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ . *Věstník* 2 [online]. 2010. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3703_1770_11.html

⁴³ SUSSOVÁ, J. Vývoj neurorehabilitace v České republice v kontextu se světovou neurorehabilitací. *Neurologia pre praxi*. [online]. 2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z:

http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6440&magazine_id=3

⁴⁴ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. cit. 16, s. 31.

Včasné zahájení terapie podporuje neuroplasticitu, snižuje rané i pozdní komplikace. Tato akutní léčebná rehabilitace je již dnes poměrně dobře organizována.⁴⁵

V následujícím období má být pacient překládán na lůžka akutní rehabilitace, (případně do léčebných rehabilitačních ústavů), kde je již umožněna rehabilitace v plném rozsahu. I když bývá pacient odkázán na ošetrovatelskou a léčebnou péči, není již v ohrožení života a může být „*aktivován a rehabilitován v plném rozsahu týmem odborníků v rehabilitaci a současně jsou definovány předpokládané problémy pracovní, sociální, včetně bytových, rodinných a dalších...*“⁴⁶ V interpersonálním týmu má své místo lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped, klinický psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, protetik...

Z oboru fyzioterapie se využívá rozličných přístupů a technik, které vedou k reedukaci hybnosti. Příkladem může být propioceptivní nervosvalová facilitace, koncept manželů Bobathových či Vojtova metoda. Ergoterapeut se u jedince po CMP zaměřuje hlavně na cílenou terapii horní končetiny, výběr a indikaci pomůcek, nácvik všedních denních činností a podobně. Logopedická péče u pacientů se získanou poruchou řeči, je nejčastěji zaměřena na dysartrii (částečnou) a afázii (úplnou) ztrátu schopnosti vyjadřovat se artikulovanou řečí. Je důležité, aby i ostatní členové rehabilitačního týmu byli seznámeni se závěry logopedického vyšetření a dodržovali jednotná doporučení pro práci s klientem. Úzký vztah mezi poruchami fatických a kognitivních funkcí vyžaduje spolupráci s klinickým psychologem.⁴⁷

Po ukončení pobytu klienta v zařízení a návratu do domácího prostředí je nutná další návaznost rehabilitace v místě bydliště. Zajištění následné specializované léčebné rehabilitace ambulantní formou (pokračování ve zdokonalování soběstačnosti, zachování dosaženého stavu, prevence komplikací, proškolení rodinných příslušníků). Z hlediska vzdělávání musí být dbáno na získávání nových znalostí, či pracovat na obnově původních.

⁴⁵ ANGEROVÁ, Y. Neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi*. [online] 2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/02.pdf>

⁴⁶ KOLÁŘ, P. cit. 10.

⁴⁷ STANČÁKOVÁ Z. Logopedická péče o pacientys poruchou řeči v subakutním stádiu. *Neurologie pro praxi*. [online] 2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/04.pdf>

V pracovní rehabilitaci je zásadním úkolem vytipování pracovního zařazení, získání a udržení výdělečné činnosti. Nezbytná je komunikace s pracovníkem Úřadu práce. V praxi se pacient často dostává do pasivního systému sociálního zabezpečení, což vede ke ztrátě pracovních návyků a motivace.⁴⁸ Každý člověk potřebuje možnosti aktivního uplatnění a seberealizace. Velmi přínosná může být spolupráce s občanským sdružením, svépomocnou organizací atd. Samozřejmostí by měla být součinnost s praktickým lékařem.

Domnívám se, že právě v této fázi léčby je nejvíce znát nedostatečné propojení a vzájemná spolupráce jednotlivých složek rehabilitace. Jako nejproblematictější shledávám především oblast pracovní rehabilitace, možnost uplatnění se na trhu práce, aktivizace, seberealizace a integrace. Mnoho pacientů po prodělání CMP zůstává i přes veškerou snahu v nějakém smyslu pracovním omezeno. Po náročných měsících intenzivní terapie se navracejí domů, kde postupně odhalují své „bariéry“. Uvědomují si, jak hluboce zasáhlo onemocnění do života jejich i celé rodiny. Narušilo se rodinné schéma. Zásadně se proměnila jejich sociální role. Často se postupně uzavírají před okolním světem. Absence seberealizace se negativně odráží na psychickém i fyzickém stavu.

2.6 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví

P. Kolář uvádí, že základním krokem ke vzniku klasifikace funkčních schopností bylo utvoření řady: nemoc- porucha- disabilita- participace.

Nemoc se projeví funkční poruchou. Porucha je od určitého rozsahu pro člověka omezující. Snižuje se jeho výkon a aktivita. Dochází ke vzniku disability. Společenský dopad tohoto omezení byl označován jako handicap. Tento pojem je nahrazen termínem participace (účastnění se).⁴⁹

⁴⁸ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. cit. 18, s. 7

⁴⁹ KOLÁŘ, P. cit. 10, s.10

Participace vyjadřuje, zapojení do životních situací vzhledem k poruše, zdravotním problémům a dalším faktorům.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (MKF) (International Classification of Functioning disability and health- ICF) byla vydaná Světovou zdravotnickou organizací v roce 2001. Její překlad do češtiny byl publikován v roce 2008. Základem koncepce je utvoření funkční diagnózy, ta se liší od diagnózy etiologické. Jak popisuje O. Švestková, funkční diagnóza je v průběhu onemocnění stejně závažná a s odstupem času i důležitější než diagnóza etiologická. MKF slouží k zaznamenávání a organizaci širokého množství informací.⁵⁰

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví nehodnotí člověka, ale situace ve kterých se nachází. Tato klasifikace se stala ideovou pomůckou pro zavádění rehabilitace.⁵¹

Klasifikace je seřazena podle čtyř základních komponent. Těmi jsou tělesné funkce a struktury, aktivity, participace a faktory prostředí. Komponenty se dále dělí na kapitoly a domény.⁵²

⁵⁰ ŠVESTKOVÁ, O. cit. 4, s. 137

⁵¹ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O cit. 16., s. 12

⁵² KOLÁŘ, P. cit. 10, s. 11

3. Cíl práce a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jedinci po prodělané cévní mozkové příhodě vnímají své potřeby v rámci koordinované rehabilitace.

3.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou potřeby lidí v různém časovém odstupu po prodělané cévní mozkové příhodě?

Dílčí výzkumná otázka: Jaký je rozdíl ve vnímání potřeb jedince v různém stádiu po cévní mozkové příhodě?

4. Metodika

4.1 Metody výzkumu

V závislosti na povaze tématu, které jsem si zvolila, bylo nejvhodnější užití kvalitativní výzkumné strategie.

M. Miovský říká, že kvalitativní přístup užívá pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných a nekvantifikovatelných vlastností kvalitativních metod. Uplatňuje principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, dynamiky, procesualnosti.⁵³

J. Hendl uvádí: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému..“⁵⁴

Ke shromáždění dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru a pozorování.

4.1.1 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor (interview) patří mezi náročné, avšak výhodné metody sběru dat. Je prováděn za účelem výzkumné studie. Podle míry strukturace se dělí do tří skupin, tedy na nestrukturovaný, polostrukturovaný a strukturovaný rozhovor.

Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou této metody výzkumu. Proti nestrukturovanému rozhovoru vyžaduje náročnější přípravu. Je zde nutné vytvořit určitý rámec, který je pro tazatele závazný. Je tedy důležité specifikovat okruh otázek, na které se budeme účastníků výzkumu dotazovat. Není však nutné dodržovat jejich pořadí. Definujeme tím tzv. jádro, tedy minimum témat, které je nutno probrat. Na toto jádro může navazovat množství doplňujících otázek.⁵³ Ty bývají přínosné, umožňují lépe pochopit dané téma, upřesňují a vysvětlují danou problematiku.

⁵³ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, Praha: Port, 1, 2005. ISBN 8073670402

⁵⁴ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Při sestavování otázek pro rozhovor jsem se zaměřila na dvě oblasti. První oblast zahrnovala informace o respondentovi a průběhu léčby ve smyslu koordinované rehabilitace. Druhá oblast otázek se týkala změn v životě po cévní mozkové příhodě.

4.1.2 Pozorování

Pozorování je jednou z nejstarších metod získávání psychologických poznatků. Na rozdíl od jiných metodik, neprošlo pozorování v psychologii nijak markantním vývojem. Zásahu na jeho rozvoji mají zejména klinické obory. Dle Milovského lze metody pozorování rozdělit do několika hledisek. Podle předmětu pozorování na introspektivní a extrospektivní, pozorování vnějších procesů se dále dělí na přímé a nepřímé, dle úrovně strukturace pak na strukturované, polostrukturované a nestrukturované.⁵⁵

O zúčastněném pozorování mluvíme tehdy, pohybuje li se výzkumník přímo v prostoru, kde se vyskytují jevy, jež pozoruje. Stává se tedy jejich součástí. Mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem dochází k interakci. Bezprostřední zkušenost dává výzkumníkovi možnost lépe pochopit danou situaci. Nevýhodou je větší náročnost pro pozorovatele s důrazem na jeho komunikační a sociální dovednosti. Zúčastněné pozorování lze dále dělit na skryté a otevřené.⁵⁵

Ve své práci jsem užila extrospektivní zúčastněné pozorování.

4.2 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět respondentů. Jednalo se o jedince ve věku 45 - 55let, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu s následkem těžkého neurologického poškození. Jedinci se nacházejí v různé fázi léčby.

⁵⁵ MIOVSKÝ, M. cit. 54, s. 159

Respondentem č. 1 je muž ve věku 47 let, který je 3 měsíce po CMP (3/2013). Respondentem č. 2 je žena, 52 let, 1,5 roku po CMP (5/2012). Respondent č. 3 je muž, 53 let, 2 roky po CMP (8/2011). Respondent č. 4 je muž, 48 let, 9 měsíců po CMP (9/2012). Respondent č. 5 je muž, 51 let, 5 let po CMP (6/2008).

Všechny jsem kontaktovala ve zdravotnickém zařízení, které navštěvují. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí dotazovaných. Každý byl informován o podrobnostech výzkumu, jeho užití pro účely bakalářské práce, a ujištěn o své anonymitě. Informanti jsou označeni smyšlenými iniciály.

4.3 Zpracování dat

V kapitole Výsledky předkládám závěry svého výzkumu. Členěním ji do pěti podkapitol. Provádím analýzu jednotlivých rozhovorů. Výsledky prezentuji popisnou formou. Pro přehlednost jsem zpracovala dvě tabulky. V tabulce č. 1 jsou zaznamenány základní údaje o respondentech. V tabulce č. 2 je scénář otázek, podle kterého jsem postupovala.

Rozhovor s respondenty byl zaznamenáván diktafonem a následně přepsán. Jeden ze zúčastněných si nahrávání nepřál, rozhovor byl tedy rovnou zapisován.

Přesné znění diagnózy jsem získala z dostupných lékařských zpráv dodaných respondenty. Nahrané rozhovory jsou v archivu autorky.

5. Výsledky

V tabulce 1 jsou zaznamenány základní údaje o dotazovaných. V tabulce 2 předkládám scénář otázek.

Tabulka 1: Údaje o respondentech

Respondent	Věk	Pohlaví	Doba po prodělané CMP
respondent č. 1 - p. D.K.	47	muž	3 měsíce
respondent č. 2 - pí. M.C.	52	žena	1,5 roku
respondent č. 3 - p. O.V.	53	muž	2 roky
respondent č. 4 - p. F.R.	48	muž	9 měsíců
respondent č. 5 - p. J.L.	51	muž	5 let

Zdroj:vlastní výzkum

Tabulka 2: Scénář otázek

Informace o respondentovi, průběhy léčby ve smyslu KRHC	Vzpomínáte si na začátek onemocnění?
	Jak probíhala Vaše léčba?
Změny v životě po CMP	Jste samostatný(á)?
	Zvládáte péči o domácnost?
	Jak vycházíte se členy rodiny?
	Jste zaměstnán(a)?
	Jak trávíte den?
Co Vás nejvíce omezuje?	

Zdroj:vlastní výzkum

5.1 Respondent č. 1

Pan D.K.

Diagnóza: iCMP v povodí ACM I.dx

Věk: 47 let

Pan D.K. prodělal cévní mozkovou příhodu před třemi měsíci. *„Stalo se mi to v práci, byli jsme na stavbě. Moc si toho nepamatuju.“* Byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče, poté na neurologickém oddělení. Po několika týdnech následoval překlad na oddělení následné péče do místa bydliště. S prostředky léčebné rehabilitace bylo započato hned na oddělení intenzivní péče. *„Vím, že chodil někdo z rehabilitace, cvičili jsme s rukou i nohou..., jak mi bylo líp, chtěl jsem hned postavit.“* Se sociální pracovníci se setkal po přeložení na oddělení následné péče. *„Mluvila hlavně s dcerou, kam půjdu a tak...“* *„Chtěl jsem totiž domů, na LDN jsem toho stejně moc nedělal... ráno cvičení deset minut, odpoledne chůze...“*

Pan D.K. je rozvedený, žije sám. Nyní bydlí přechodně u dcery. Jeho původní byt se nachází ve čtvrtém patře panelového domu bez výtahu. *„Po bytě už si leccos udělám, ale tolik schodů nedojdu...“* Současná bytová situace není ideální, mezi členy domácnosti dochází ke konfliktům. *„Jsem zvyklej sám, vím, že to myslí dobře, ale když vám pořád radí...“* Pan D.K. pracoval před onemocněním jako tesař. *„Nevím, co bude dál.“*

Analýza rozhovoru

Léčebná rehabilitace

Z rozhovoru bylo zřejmé, že dominantní úlohu v terapii pacienta zastávala léčebná složka rehabilitace. Od začátku hospitalizace spolupracoval s fyzioterapeutem. Po překladu na oddělení dlouhodobě nemocných nebyla fyzioterapie prováděna v takovém rozsahu. Po propuštění do domácí péče již neprobíhá vůbec. Dcera byla zainstruována v provádění prvků stimulace paretických svalů, dopomoci při chůzi apod. Je však pracovně velmi vytížená, nemůže tuto roli zastat. Zvažuje zajištění fyzioterapeuta do

domácího prostředí. Pan D.K. je schopen pomalé chůze s francouzskou holí. Na horní končetině vážně jemná motorika. S dopomocí zvládá základní činnosti.

Sociální rehabilitace

Dotazovaný komunikoval se sociální pracovníci při svém pobytu na oddělení následné péče. Řešili převážně klientovu rodinnou a bytovou situaci. Konečným rozhodnutím bylo dočasné přestěhování se k dceři. Další spolupráce již neprobíhá. Pan D.K. trvá na samostatném bydlení, které však není možné. Jeho původní byt je v současné době nedostupný. O možnostech sociálních služeb s nikým nemluvil.

Pedagogická rehabilitace

Neprobíhala.

Pracovní rehabilitace

Neprobíhala. Otázku zaměstnání respondent zatím neřeší. Předpokládá zlepšení fyzického stavu.

Shrnutí k dílčí výzkumné otázce

Soběstačnost

Pan D.K. prodělal cévní mozkovou příhodu před třemi měsíci. V současné době jej nejvíce sužuje to, že není soběstačný.

Je sice schopen pomalé chůze s jednou francouzskou holí, zvládá ji však pouze v rovném a pro něho "bezpečném" terénu. Je si jistý v domě, kde bydlí, ale horší situace nastává v neznámém prostředí, například v nemocnici. Neporadí si se schody, prahy, obtíže činí i kluzká podlaha apod. Samostatná chůze v exteriéru prakticky není možná. Problémy činí nerovnosti povrchu, překážkou je i dopravní ruch. Dotazovaný uvádí, že po zhruba 500 metrech chůze se cítí velmi unavený. Pokud je potřeba překonat delší vzdálenost odváží ho dcera autem. Většinu základních činností ve smyslu péče o sebe provádí samostatně zdravou končetinou, (mytí, čištění zubů, oblékání, používání toalety). Nezvládá přípravu pokrmů. Stravování zajišťuje dcera. Respondent si pokrm pouze ohřeje v mikrovlnné troubě. Obdobně je tomu i s péčí o domácnost. Dotazovaný není schopen zajistit úklid (umýt nádobí, odstranit odpadky), používat spotřebiče.

Pan D.K. není plně samostatný. Nejsou však podniknuty kroky ke zlepšení situace. Žádná rehabilitační péče u něho v současnosti neprobíhá. Bydlí s dcerou na vesnici. Dojíždění do vhodných zařízení vidí jako značně komplikované. Přál by si vrátit se do svého bytu. Nemá však představu o možnostech řešení své sociální situace. Neví, kde získat potřebné informace. Omezil kontakt s přáteli a kolegy. Většinu dne tráví sledováním televize. Snaží se trénovat chůzi. Vyčkává“ zlepšení pohybových dovedností.

Pan D. K. při rozhovoru opakovaně zmiňoval přání bydlet opět samostatně. Dcera se dotazovanému snaží zajistit maximální pohodlí, to však vede pouze ke konfliktům. Myslím, že aktivní řešení respondentovy situace by vedlo ke zvýšení jeho motivace.

5.2 Respondent č. 2

Paní M.C.

Diagnóza: iCMP v povodí ACI l.dx. s těžkým paretickým postižením LHK

Věk: 52 let

Paní M.C. je rok a půl po cévní mozkové příhodě. *„Přihodilo se mi to večer doma. Z několika dnů vím jenom útržky“*. Paní M.C. byla hospitalizována na iktové jednotce, později na neurologickém oddělení. Následoval překlاد na oddělení akutní rehabilitace a poté do rehabilitačního ústavu. Domů se dostala necelých šest měsíců po příhodě. Terapie ve smyslu fyzioterapie a ergoterapie začala hned na iktové jednotce. Stav byl pravděpodobně spojen s neglect syndromem a komplikován špatným psychickým stavem dotazované. *„Bylo to hrozné, o levé straně jsem nevěděla, nechápala jsem, co chtějí.“* S jinou formou léčebné rehabilitace se setkala ve specializovaném rehabilitačním ústavu. Z psychických důvodů pobyt předčasně ukončila. Sociální pracovníci vyhledal manžel dotazované. *„Na všechno se doptal, vyběhal na úřadech, hodně toho zjistil i na internetu. Já bych to nezvládla.“*

Paní M.C. žije s manželem, který je již v důchodu a pečuje o ni. *„Všechno mi trvá. Manžel mi musí hodně pomáhat.“* Dcera je vdaná. Mladší syn studuje a na víkendy jezdí k rodičům. *„Když musí manžel pryč, přijde dcera. Nenechávají mě samotnou.“* Před onemocněním byla paní M.C. zaměstnána jako učitelka. Nyní práci neřeší, nenapadlo jí to. *„Každý den cvičím, chodíme s manželem na procházky.“* Jednou za týden přichází fyzioterapeutka. Většinu činností v domácnosti zastává manžel. *„Nejvíce mi vadí, že doma nic nezvládnou. Taky ta psychika je špatná.“*

Analýza rozhovoru

Léčebná rehabilitace

Fyzioterapie a ergoterapie probíhala již na iktové jednotce a pokračovala v rehabilitačním ústavu, kde byla doplněna ještě o arteterapii. Motorické dovednosti dotazované se zlepšily. Zvládá samostatnou chůzi s francouzskou holí. Levá horní končetina je ve spastickém držení, do sebeobsluhy jí nezapojuje.

Sociální rehabilitace

Sociální pracovníci vyhledal manžel respondentky po jejím návratu z rehabilitačního zařízení. Aktivně se zajímal o sociální služby v místě bydliště, informoval se na podklady pro uznání invalidity.

Pedagogická rehabilitace

V rehabilitačním ústavu se dotazovaná setkala s trénováním paměti.

Pracovní rehabilitace

Neprobíhala. Manžel paní M.C. se dotazoval na možnosti zaměstnávání (zdrojem informací mu byl internet). Respondentka nemá zájem. Obává se kontaktu s lidmi, má strach z neúspěchu.

Shrnutí k dílčí výzkumné otázce

Soběstačnost, psychická stabilita

Paní M.C. je přibližně rok a půl po cévní mozkové příhodě. Trápí ji špatný psychický stav, cítí se unavená. Nezvládá péči o domácnost.

Paní M. C. intenzivně rehabilitovala téměř šest měsíců. V průběhu této doby se zlepšila v mnoha ohledech. Po pohybové stránce je velmi schopná. Chodí jistě, s minimální oporou o jednu francouzskou hůl (jen pro pocit bezpečí). Chůzi zvládá i mimo byt ve

veřejných prostorách, ve městě, v lese. Vždy s doprovodem druhé osoby. Samostatně se bojí. Pravidelně, jednou denně absolvuje vycházku s manželem. Jednou týdně s ním jezdí na nákup. Přepravují se nejčastěji autobusem. V činnostech týkajících se její osoby (hygiena, stravování, oblékání a pod.) je samostatná. Provádí je v pomalém tempu zdravou horní končetinou. Obtíže činí úkony spojené s vedením domácnosti, například příprava jídel (škrábání, krájení), praní a sušení oděvů, žehlení, úklid. Ačkoliv je respondentka (podle svých slov) hojně trénovala v rehabilitačním zařízení nedokáže je v praxi využít. Kompenzační pomůcky, které vlastní (speciální kuchyňské náčiní) nepoužívá. Všechny tyto činnosti, zastává manžel.

V průběhu rozhovoru působila dotazovaná nejistě, smutně. Má sklon se podceňovat. Aktivitu, o které se domnívá, že je nad její možnosti, okamžitě zamítá.

Paní M.C. ukončila svůj pobyt v rehabilitačním zařízení předčasně z psychických důvodů. Její potíže nejsou uspokojivě řešeny. S obvodním lékařem nemá dobré zkušenosti. Žádné specializované vyšetření nepodstoupila. Ačkoliv je dotazovaná (dle mého názoru) pohybově zdatná, většinu činností v domácnosti přebírá manžel. Své dovednosti dále nerozvíjí. Odmítá se zapojit do pracovní rehabilitace. Nemá zájem o dřívější záliby. Jejím velkým koníčkem byla vážná hudba. Ráda chodila na koncerty. Dále ji bavila práce na zahrádce. Nic z toho momentálně nedělá. Domnívám se, že velká péče ze strany manžela, není v tomto případě k užitku.

5.3 Respondent č. 3

Pan O. V.

Diagnóza: hCMP do BG vlevo - pravostranná hemiplegie, smíšená fatická porucha, centrální paresa n.VII dx, st. po odsátí atypického hematomu v BG l.sin

Věk: 53 let

Pana O.V. postihla mozková příhoda před dvěma lety. Po zaléčení na iktové jednotce vyvstala nutnost neurochirurgického zásahu. Byl tedy přeložen na

specializované pracoviště, následně pak zpět na jednotku intenzivní péče. Po návratu byla zahájena fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Pan O.V. si vybavuje úplné ochrnutí pravé poloviny těla, včetně obličeje. Byl plně odkázán na ošetrovatelskou péči. Velmi omezující bylo postižení řeči. Nebyl schopen žádné verbální komunikace. Ačkoliv se k terapii vyjadřuje pochvalně, v souvislosti s tímto obdobím nemoci používá slova jako „*strach, nepochopení, bezmoc.*“ Po propuštění z neurologického oddělení následoval příjem na rehabilitačním oddělení, následně asi tříměsíční pobyt v rehabilitačním ústavu, dále ambulantní terapie a lázně. Ve všech těchto zařízeních, tvořily terapii složky léčebné rehabilitace, z pedagogické rehabilitace byla uplatňována logopedie. Pan O.V. žije s manželkou. Mají dvě dospělé děti. V současné době je schopen samostatné chůze s vycházkovou holí. Základní sebeobsluhu zvládá. Omezením zůstává fatická porucha. Dotazovaný je však v komunikaci velmi aktivní a v případě nouze řeč kompenzuje psaním. Za nejobtížnější považuje kromě znesnadněné komunikace ztrátu zaměstnání. Pan O.V. pracoval před onemocněním ve vedoucí funkci. Měl široký okruh spolupracovníků. Nyní se vídá s několika přáteli a rodinou. Nemá žádné zájmy ani povinnosti. „*Dny jsou dlouhé.*“

Analýza rozhovoru

Léčebná rehabilitace

Z jejich prostředků byla využívána fyzioterapie a ergoterapie. Při pobytu v rehabilitačním ústavu byla doplněna ještě o muzikoterapii a arteterapii. Pan O.V. zvládá chůzi pouze s vycházkovou holí. Ujde až tři kilometry. Na pravé ruce přetrvává těžká paréza. Všechny činnosti provádí obratně levou rukou.

Sociální rehabilitace

Sociální pracovníci navštívila manželka respondenta při jeho pobytu v rehabilitačním ústavu. Řešily náležitosti pro přiznání invalidního důchodu.

Pedagogická rehabilitace

Pan O.V. trpí fatickou poruchou. S logopedem začal spolupracovat na neurologickém oddělení a pokračoval i ve všech dalších zařízeních. V komunikaci se značně zlepšil, přesto je pro něho stále největším omezením.

Pracovní rehabilitace

Neprobíhala. Téma zaměstnání je pro dotazovaného velmi citlivé. Trápí ho nemožnost seberealizace. O pracovních možnostech neví.

Shrnutí k dílčí výzkumné otázce

Seberealizace, soběstačnost

Pan O.V. prodělal onemocnění před dvěma lety. Prošel intenzivní terapií v několika zařízeních. Po fyzické stránce se velmi zlepšil. I přes poruchu hybnosti pravé horní končetiny je téměř soběstačný. V průběhu dne je doma sám. Zastane vše potřebné. Uvaří jednoduché jídlo. Ven chodí samostatně, k opoře využívá hůl. Zvládá i náročný terén. Velkým omezením zůstává porucha řeči, která pana O. V. značně sociálně izoluje. Mluvené řeči rozumí, jeho verbální produkce je omezená. Pan O. V. je velmi houževnatý, snaží se komunikovat. V případě potřeby užívá i psanou formu. Komunikační bariéra znamenala pro dotazovaného změnu společenského života. Zmenšil se okruh jeho přátel. Pravidelně se vídá pouze s několika nejbližšími lidmi. Dříve s manželkou a přáteli hodně cestovali. Chybí mu tyto aktivity.

Pan O.V. se nemohl vrátit k původnímu zaměstnání. Tato skutečnost ho velmi zasáhla. Byl zvyklý věnovat práci i mnoho ze svého volného času. Nyní se cítí nevyužitý. Jeho zájmy se omezily na procházky. Dny popisuje jako jednotvárné. Chybí mu smysluplná činnost. O možnostech pracovní rehabilitace dotazovaný nepřemýšlel. Předpokládá neúspěch z důvodu řečové poruchy. Jakoukoliv seberealizaci by uvítal.

5.4 Respondent č. 4

Pan F.R.

Diagnóza: iCMP v povodí VB i ACM vpravo, kvadruparéza s poruchou vědomí

Věk: 48 let

Pana F.R. zasáhla mozková příhoda před devíti měsíci. „*Našli mi ležet doma.*“ Několik dní strávil na ARO, v bezvědomí na umělé plicní ventilaci. Došlo k ochrnutí

všech čtyř končetin. S fyzioterapií bylo započato téměř okamžitě. Po zlepšení stavu a překladu na iktovou jednotku začal za panem F.R. docházet také logoped. Na neurologickém oddělení strávil dva měsíce. *„Nešlo mi polykat, mluvení bylo taky špatný. Koukal jsem do stropu a bál se. Taky mi všechno bolelo. Přetáčení, cvičení...“* Další tři měsíce byl pan F.R. hospitalizován na oddělení akutní rehabilitace, přibližně stejnou dobu pak v rehabilitačním ústavu. Většinu terapií, kterými dotazovaný prošel, je možné zařadit do složek léčebné rehabilitace. Pan F.R. je nyní doma. Manželka si změnila pracovní úvazek. Do zaměstnání dochází pouze na několik hodin týdně. V té době je doma dcera. *„Nechtěl, abych byl sám.“* Ačkoliv se pan F.R. pohybově zdokonalil a v základních dovednostech je soběstačný, mnoho povinností stále zastává manželka. *„Pečuje až moc, nemůžu ani se psem.“* Pan F.R. byl před onemocněním zaměstnán ve stavební firmě. *„S tou rukou pracovat nemůžu, nevím, jak se to dělá, asi dostanu důchod.“*

Analýza rozhovoru

Léčebná rehabilitace

Fyzioterapie byla zahájena na ARO a navazovala i dále na oddělení akutní rehabilitace. V rehabilitačním ústavu byla doplněna ergoterapií a arteterapií. Pan F.R. chodí samostatně, na delší vzdálenost užívá hůl. Přetrvává omezená hybnost levé horní končetiny. Nyní navštěvuje ambulantně ergoterapeutku.

Sociální rehabilitace

Neprobíhala. Rodina bude kontaktovat sociální pracovníci.

Pedagogická rehabilitace

Na iktové jednotce začala za respondentem docházet logopedka. Cílem byla terapie fatické poruchy a orofaciální stimulace.

Pracovní rehabilitace

Neprobíhala. Dotazovaného zajímá. Chtěl by pracovat, ale neví jak postupovat. Obává se též případné reakce rodiny.

Shrnutí k dílčí výzkumné otázce

Seberealizace, aktivizace

Pan F.R. byl cévní mozkovou příhodou zasažen před devíti měsíci. I přes počáteční nepříznivý zdravotní stav je nyní soběstačný. Při chůzi na delší vzdálenost nosí pro jistotu hůl. Po domě chodí bez kompenzační pomůcky. V případě potřeby ho vozí manželka nebo dcera autem. Přál by si zase řídit. Městskou hromadnou dopravu nevyužívá, ačkoliv se zastávka autobusu nachází v těsné blízkosti jeho bytu. Sám nikam nechodí. Při sebeobsluze preferuje pravou horní končetinu. Na levé ruce je omezená jemná motorika, dotazovaného navíc trápí bolestivé rameno. Vadí mu i dlouhodobě komplikované polykání. Dle svých slov zvládne doma téměř vše, ale nedělá to. Péči o domácnost zajišťuje manželka. Nemá momentálně žádné povinnosti. Rád by se vrátil ke svým zálibám (rybaření, jízda na kole).

Největší starost mu dělá budoucnost. Je přesvědčen, že do původního zaměstnání se vrátit nemůže. V tomto postoji jej podporuje i rodina. Neví, jak věci řešit. Žádné informace ohledně profesního uplatnění nemá.

Pan F.R. je velmi samostatný a aktivní. Doposavad neměl možnost probrat svou pracovní situaci s odborníky. Rád by se realizoval. Domnívá se, že dotazovaný má šanci na pracovní uplatnění. Není však rodinou podporován. Manželka se obává o jeho zdravotní stav. V aktivitách ho spíše brzdí.

5.5 Respondent č. 5

Pan J.L.

Diagnóza: krvácení do BG vpravo s provalením do komor s kompletní levostrannou plegií a okohybnou poruchou, st. p. komorové drenáži

Věk: 51 let

U pana J.L. proběhla mozková příhoda před pěti lety. Vedl tehdy velkou firmu. „*Samej stres a najednou bylo všechno jinak.*“ O prvních týdnech ví jen od manželky.

Krátce po vzniku příhody došlo k rozvoji komatosního stavu. Bylo nutné přeložení na specializované pracoviště k neurochirurgickému řešení. V průběhu dlouhé hospitalizace na neurologickém oddělení byl rehabilitován ve smyslu fyzioterapie. Spolupráce byla jistě obtížná. Pan J. L. byl dlouhou dobu desorientovaný, neklidný, s poruchou soustředění. *„Víc si vzpomínám až na rehabilitační oddělení.“* Dotazovaný byl během prvních dvou let po mozkové příhodě třikrát dlouhodobě léčen v rehabilitačním ústavu, mimo to docházel ambulantně na fyzioterapii a ergoterapii. V dalších letech jezdil hlavně do lázní a pokračoval v ambulantní léčbě.

Pan J.L. žije s rodinou. S manželkou mají tři děti. Nejmladšímu synovi je deset let. *„S malým to bylo těžký, nemohl sem co dřív, nestačím mu.“* Manželka pracuje z domova. Velkým tématem bylo zaměstnání. *„To je nejhorší, nejsem už ten, co vydělává, ale marod.“*

Analýza rozhovoru

Léčebná rehabilitace

U pana J.L. probíhala v časném období po onemocnění hlavně fyzioterapie a po zlepšení spolupráce též ergoterapie. V průběhu dlouhé léčby v mnoha zařízeních využíval také fyzikální terapie, arteterapie a hipoterapie. Respondent zvládá kratší chůzi s holí, na levou nohu používá ortézu. Levá ruka je ve spastickém držení. Sebeobsahu provádí druhou rukou.

Sociální rehabilitace

Se sociální pracovníci spolupracoval již při hospitalizaci v nemocnici. Po propuštění domů jim pomáhala zajistit osobní asistenci. Manželka dotazovaného ji kontaktovala též při nejasnostech ohledně vyřizování invalidního důchodu.

Pedagogická rehabilitace

Neprobíhala.

Pracovní rehabilitace

Neprobíhala. Pana J.L. trápí nemožnost finančního zajištění rodiny. Tvrdí, že nemá šanci získat zaměstnání. O možnostech se nikdy neinformoval.

Shrnutí k dílčí výzkumné otázce

Seberealizace, finanční zajištění rodiny

Pan J. L. je v současnosti pět let po cévní mozkové příhodě. V průběhu léčby byly uplatňovány prostředky léčebné a sociální rehabilitace. Nyní již (dle názoru respondenta) nedochází ke zlepšování, stav je setrvalý. Dům ve kterém manželé bydlí, byl v průběhu let uzpůsoben bezbariérově (vchod do zahrady, koupelna, kuchyně). Díky tomu je pan J. L. mnohem více soběstačný. Vše potřebné (hygienu, oblékání, sebesycení) se naučil zvládat zdravou rukou. Jelikož při chůzi používá francouzskou hůl, je pro něho problematické zvedání a přenášení jakýchkoliv věcí (nádobí, prádlo). Činnosti, které vyžadují rychlost a koordinační přesnost nezvládá. Žádné práce v domácnosti ani na zahradě nezastává.

Pan J. L. působí velmi odevzdaně. Tvrdí, že má momentálně nelehké období. S následky onemocnění se nevyrovnal. Vadí mu například, že se nemůže dostatečně účastnit synových aktivit (sportovních zápasů). Většinou je nezbytná přeprava do jiného města. Pan J. L. neřídí, manželka je pracovně zaneprázdněna. Veřejnou dopravu nezkoušel. Dotazovaný mluví o ztrátě vlivu na syna. Rád by se více zapojoval.

Pan J. L. pobírá invalidní důchod. V rozhovoru několikrát zmiňoval své dřívější profesní postavení - vedoucí funkci a s ní spojenou velkou zodpovědnost, vytíženost, finanční zabezpečování rodiny, atd. Sužuje ho nemožnost být výdělečně činný. Nyní tráví čas sledováním dokumentů, rád je na zahradě. Dle svých možností se věnuje synovi.

6. Diskuze

Koordinovaná rehabilitace je komplexní činnost. Snaží se co nejvíce zmírňovat následky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který omezuje, nebo zcela znemožňuje sociální začlenění osob s disabilitou.

Mnoho autorů se shoduje, že odborná a nákladná medicínská péče, která zachraňuje život pacientům s neurologickým onemocněním, nemá návaznost dalších služeb potřebných pro zkvalitnění jejich života.⁴⁶

Za příklad lze použít pacienta po CMP. Jedinec může být účinně léčen na ictové jednotce, ale chybí-li následná neurorehabilitace s konečným propojením v oblasti pracovní, nedochází k potřebnému efektu.

Ve výzkumné části této práce jsem se zabývala otázkou „*Jaké jsou potřeby lidí v různém časovém odstupu po prodělané cévní mozkové příhodě?*“ K jejímu zodpovězení jsem šla cestou kvalitativního šetření. Z metod jsem volila pozorování a polostrukturovaný rozhovor.

Spolupráce s jednotlivými respondenty byla zajímavou, ne však jednoduchou zkušeností. Téma cévní mozkové příhody představuje pro všechny jistý mezník v dosavadním životě. Jednotlivé otázky vedly k mnohdy obsáhlému popisu každodenních těžkostí a omezení v životě. Emotivní reakce vyvolávala zvláště problematika rodinného života a pracovního uplatnění.

Shrnutí k výzkumné otázce

Jaké jsou potřeby lidí v různém časovém odstupu po prodělané cévní mozkové příhodě?

Všichni dotazovaní se shodli, že v akutní fázi po mozkové příhodě, kdy byli hospitalizováni na JIP, ictových jednotkách a neurologických odděleních, řešili hlavně otázku soběstačnosti v rámci základních potřeb. Byli plně odkázáni na pomoc jiné osoby.

⁵⁵ ŠVESTKOVÁ, O. cit. 34, s. 136

S tím souvisí i téma ošetřovatelské péče, ke které se někteří dotazovaní vyjadřovali.

Tři respondenti vzpomínali na negativní zážitky. Jednalo se hlavně o nešetrné polohování, chvátání při jednotlivých úkonech a nedodržování intimity. Intimita v souvislosti se zdravotní péčí je diskutovaným tématem. J. Příbáň ji vidí jako oblast života, ve které není počítáno s publikem. Její zajištění na jednotkách intenzivní péče nebývá samozřejmostí. Personál se mnohdy soustředí hlavně na rychlost a preciznost provádění úkonů. Potřeby pacienta zůstávají v pozadí. Klient má však také právo na citlivý přístup k soukromí a vlastní individualitě.⁵⁶

V další fázi léčby, kdy již byli dotazovaní překládáni na oddělení akutní rehabilitace, nebo do rehabilitačních ústavů, se nejvíce soustředili na zdokonalování pohybových a řečových schopností. Zvyšovaly se jejich nároky na soběstačnost. (zvládnout samostatně přesun na pokojové WC, dojít na koupelnu, provést samostatně hygienu apod.) Vedle nedostatků v sebeobsluze, dva respondenti upozorňovali na psychické problémy, které nebyly řešeny. Tři respondenti se zmiňují o potížích s pamětí.

D. Populová mluví právě o přínosu psychodiagnostiky. Uvádí, že nemalé množství lidí po onemocnění CNS prožívá ztrátu školních dovedností. Učí se číst a psát. Klienti mají problémy s řečí, v sociální komunikaci, potýkají se s poruchou paměti a koncentrace. Vyskytují se u nich změny emocí, je narušeno sebevědomí.⁵⁷

Žádný s respondentů nespolečně pracoval s psychologem či psychoterapeutem. Jeden dotazovaný se setkal s kognitivním tréninkem v rámci jiné terapie v rehabilitačním ústavu.

V období, kdy se jedinci vracejí do domácího prostředí jsou konfrontováni s realitou. Uvědomují si omezení pro běžný život. Tři z dotazovaných uvádějí komplikace s překonáváním architektonických bariér (schody, prahy, vana apod.) Jeden z respondentů musel původní byt opustit.

⁵⁶ KONTAKT. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. [online]. 2011 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506102118789778.pdf>

⁵⁷ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. cit. 18, s. 26

O této problematice mluví také O. Švestková v souvislosti s hodnocením disability. Popisuje důležitost trénování nezávislosti v prostorách modelového bytu (cvičné koupelny, kuchyně apod.). V nemocnicích fungují tělocvičny, či pracovny pro ergoterapeuty, ale prostory pro výcvik aktivit denního života chybí.⁵⁸ Složitou problematikou je pak fungování rodiny. Z rozhovorů vyplynulo, že každý z dotazovaných vnímá změnu sociálních rolí. Dva respondenti potvrzují, že jsou rodinou neustále posuzováni jako nemocní. Jejich nejbližší jsou více pečovateli než partnery. Nemají možnost podílet se na rozhodnutích, nebo se účastnit důležitých událostí, pokud jsou spojeny například s delším cestováním. Jeden ze zúčastněných se domnívá, že selhává v roli rodiče. Nejvíce byla diskutována potřeba seberealizace. Čtyři respondenti udávají, že se již nemohou věnovat svým zájmům. Žádný ze zúčastněných v současné době nepracuje. Čtyři z dotazovaných nemají představu o možnostech zařazení se do pracovního procesu. Domnívám se, že absence pracovní rehabilitace je zapříčiněna nedostatečnou informovaností.

M. Emerová uvádí, že chybí propojenost, která by směřovala k obnovení pracovního potenciálu. Klienti mají tendenci přiklánět se k jistotě invalidního důchodu. Řešení sociálně pracovních perspektiv je náročným úkolem.⁵⁹

S tématem pracovní rehabilitace úzce souvisí ergodiagnostika, která je určena k vyšetření osob se zdravotním postižením. Tento nástroj aktivní politiky státu hodnotí funkční pracovní potenciál jedince, jeho schopnosti a podpůrné prostředky, či pomůcky, které budou pro daného jedince nezbytné. Závěrečné hodnocení klienta by mělo sloužit právě pro Úřady práce ČR, k jednoduššímu plánování pracovní rehabilitace. V současné době funguje v ČR třináct ergodiagnostických center.⁶⁰

⁵⁸ ŠVESTKOVÁ, O. cit. 4, s. 138

⁵⁹ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. cit. 18, s. 5

⁶⁰ SVĚČENÁ, K. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologia pre praxi* [online]. 2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6441&magazine_id=3

Klasifikování a vyhodnocování funkčních poruch, bez ohledu na jejich organický původ umožňuje nový způsob Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) . Nehodnotí se tedy osoby, ale popisují se situace člověka, v řadě okolností vztahujících se ke zdraví.⁶¹

Švestková uvádí, že by klasifikace měla být používána pro zpracování posudků a zpráv, mimo jiné pro účely hodnocení stupně disability, způsobilosti k práci, nutnosti předepisování pomůcek atd.⁶²

Shrnutí k dílčí výzkumné otázce

Jaký je rozdíl ve vnímání potřeb jedince v různém stádiu po cévní mozkové příhodě?

Odlišnosti v subjektivním vnímání potřeb u respondentů byly menší, než byl můj původní předpoklad.

U všech dotazovaných byla základním tématem soběstačnost.

Cévní mozková příhoda zásadním způsobem ovlivňuje motorické dovednosti jedince, což vede k závislosti v základních činnostech a potřebách. Například, respondent č. 1, který prodělal onemocnění před třemi měsíci, je značně závislý na pomoci druhé osoby. Za předpokladu bezbariérové úpravy prostoru koupelny zvládne hygienu, oblékání apod. Dokáže se najíst, pokrm si však neuvaří, obtížně jídlo servíruje. Není schopen delší chůze v terénu. Nenavštíví samostatně lékaře, úřad apod. Vzhledem ke svému bydlišti mimo město je znesnadněno využívání služeb zdravotnických, sociálních.

V delším časovém odstupu po prodělané mozkové příhodě se dostává do popředí potřeba seberealizace.

Všichni z informantů ztratili své zaměstnání. Dva z nich byli zvyklí pracovat více než deset hodin denně. Nyní jsou bez povinností a v několika případech i bez zájmů. Sociální kontakty jsou omezeny na okruh rodiny a nejbližší přátele. Kvalita života je výrazně snížena.

⁶² SUSSOVÁ, J. cit. 43, s. 132

⁶³ ŠVESTKOVÁ, O. cit.4, s. 137

Jsem si vědoma toho, že závěry mého výzkumu se týkají pouze malého vzorku dotazovaných. Nelze je tedy samozřejmě zobecňovat. Výsledky však nejsou v rozporu s názory autorů odborných článků a publikací.

Největší zlo je odejít z počtu živých dříve, než jsi umřel.

Lucius Annaeus Seneca

7. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem potřeb jedinců po cévní mozkové příhodě. Dále mne zajímalo, jaké složky koordinované rehabilitace byly u jednotlivých respondentů využity, jaká byla jejich návaznost a vzájemná propojenost. Výzkumná otázka, kterou jsem si položila, zněla: Jaké jsou potřeby lidí v různém časovém odstupu po prodělané cévní mozkové příhodě?

V teoretické části jsem stručně popsala anatomii a fyziologii cévního zásobení mozku a rozdělila a charakterizovala základní typy CMP. Pokusila jsem se shrnout poznatky o koordinované rehabilitaci, charakterizovat jednotlivé prostředky, kterých lze využít, a uvést základní legislativní ukotvení.

Pro své téma jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření. Používala jsem metodiky polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Výsledky jsou prezentovány popisnou formou.

V závěru svého výzkumu nedokážu jednoznačně odpovědět na otázku, kterou jsem si položila. U všech dotazovaných se v průběhu rozhovoru opakovaně dostáváme k potřebě soběstačnosti. Limity a omezení, která jednotliví respondenti vnímají, se odrážejí v jejich dalších aktivitách. V kratším období po proděláním takto závažného onemocnění je potřeba alespoň základní soběstačnosti. V delším odstupu po mozkové příhodě se jedinci více zaměřují na seberealizaci, ať už v oblasti zájmové, pracovní či rodinné.

Respondenti, se kterými jsem měla možnost spolupracovat, se liší v mnoha ohledech. Mají různou životní úroveň, zázemí, rodinné vazby nebo například osobnostní rysy. Výpovědi, které mi poskytovali, jsou jejich subjektivním pohledem na věc.

Domnívám se, že jsem výzkumem potvrdila i názor, který zastává odborná veřejnost, a to, že návaznost jednotlivých složek rehabilitace není dostačující. Z informací, které jsem měla k dispozici, se domnívám, že byla splněna převážně včasnost jejího zahájení. Koordinovanost a součinnost jednotlivých součástí rehabilitace není kvalitní. Dobře fungují rehabilitace léčebná, chybí však propojenost s ostatními

oblastmi. Zejména povědomí o možnostech pracovního uplatnění je mezi dotazovanými malé. Kvalita života jedinců je tímto velmi ovlivněna.

8. Seznam informačních zdrojů

ANGEROVÁ, Y. Neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi*. [online]. 2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/02.pdf>

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. 352 stran. ISBN 80-7262-433-4.

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ SPOLEČNOST. Definice a cíle arteterapie. *arteterapie.cz* [online]. 2008 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. Co je ergoterapie. *Ergoterapie.cz* [online]. 2008 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚTSNÁVÁNÍ. Podporované zaměstnávání. *Unie-pz.cz* [online]. [cit. 2014-01-11]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/14-co-je-pz.html>.

ČESKO. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.

ČESKO Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001). Zdraví 21 – zdraví do 21. století.

ČESKO. Zákon 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

ČESKO. Zákon 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) a jejich speciální vzdělávací potřeby zajišťuje školské poradenské zařízení.

ČESKO. Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti.

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Lékařská posudková služba. *Cssz.cz* [online].2015 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba>

ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 2. vyd. Praha: Grada,2004, s. 314-318. ISBN 978-80-247-1132-4

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Port.l, 2005. 407 s. ISBN 8073670402

JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 103 s ISBN 80-7040-826-X.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 330 s. ISBN 80-7254-730-5.

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

KALITA, Z. *Akutní cévní mozkové příhody*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2006. 620 s. ISBN 80-85912-26-0.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9

KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1 vyd. Praha: Galén, 2010. 233-246 s. ISBN 978-80-7262-657

KONTAKT. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních
Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky.
ISSN 1804-7122 [online] 2011[cit. 2013-06-02]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2011/682-opomijeni-dodrzovani-intimity-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich>

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ . *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. 2011 [cit. 2014-3-3]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. 1. vyd. Praha: MPVS, 2012. 43 s. ISBN 978-80-7421-052-5. [online]. 2012 [cit. 2014-3-3]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ . *Věstník 2* [online]. 2010. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3703_1770_11.html

NATURE REVIEWS NEUROLOGY. Ischaemic stroke in young adults. *nature.com* [online] 2014 [cit. 2014-04-03]. dostupné z: <http://www.nature.com/nrneurol/journal/v10/n6/full/nrneurol.2014.72.html>

NHS CHOICES. Physiotherapy. [online].2014 [cit. 2014-08-11]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/conditions/Physiotherapy/Pages/Introduction.aspx>

NEUBAEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 134 s. ISBN 978-80-7435-174-7.

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci, pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5

STANČÁKOVÁ Z. Logopedická péče o pacienty s poruchou řeči v subakutním stádiu. *Neurologie v praxi* [online] 2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/04.pdf>

SUSSOVÁ, J. Vývoj neurorehabilitace v České republice v kontextu se světovou neurorehabilitací. *Neurologia pre praxi*. [online]2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6440&magazine_id=3

SVĚCENÁ, K. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologia pre praxi*. [online]. 2013 [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6441&magazine_id=3

ŠVESTKOVÁ, O. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie v praxi*. [online] 2013 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/06.pdf>

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE. Cévní mozková příhoda. *uvn.cz* [online]. 2014 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: http://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=665&Itemid=533

VOTAVA, J. *Ucelen. rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-2460-708-5

VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1 vyd. České Budějovice: Dona s. r. o., 2007. 336 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

9. Přílohy

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu k bakalářské práci „Koordinovaná rehabilitace u mladších jedinců po cévní mozkové příhodě“.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu, a že se jej chci dobrovolně zúčastnit. Údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledků v této bakalářské práci (viz. výše). Rozhovor bude nahrán na diktafon. Z výzkumu mohu kdykoliv podle svého vlastního uvážení vystoupit.

V.....dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....