Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Cévní mozková příhoda, její dopady na jedince a rodinu

bakalářská práce

Autor práce: Havlíčková Silvie
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: MUDr. Drahoslava Tišlerová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Abstrakt

Zaměření bakalářské práce je na cévní mozkovou příhodu, její dopady na jedince a rodinu. Toto téma je aktuální. CMP se již netýká jen starších generací, ale v současné době stále více postihuje mladší jedince. CMP patří mezi nejčastější příčiny úmrtí i invalidizace nejen v České Republice, ale i celosvětově. CMP zahrnuje problematiku léčebnou, psychickou, sociální, pedagogickou i finanční. CMP není záležitostí jen jedince, ale také celé jeho rodiny. Proto je důležité, aby všechny osoby podílející se na rehabilitaci a interakci jedince, měli potřebné informace.

Teoretická část bakalářské práce je rozvržena do 9 základních okruhů. První okruh charakterizuje a rozděluje typologii, popisuje příznaky a vyšetřovací metody CMP. Ve druhém okruhu zjistíme, jak poznat CMP a také první pomoc při vzniku iktu. Třetí okruh obsahuje rizikové faktory, které mohou být ovlivnitelné a neovlivnitelné. Následují Ischemické CMP a Hemoragické CMP (zde se popisují typy CMP). Další okruhy jsou dopady CMP (dopady se zásadně liší, proto je důležitý jejich popis), rodina a CMP (důležité je zapojení rodiny do péče a také dopady spojené s pozicí pečovatele), rehabilitace po CMP (zaměřené více na sociální prostředky rehabilitace) a formy sociální pomoci (kde jsou uvedeny nejčastější formy pomoci).

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda sociální interakce v rodině. Dílčím cílem je zjistit, jaké jsou možnosti sociální pomoci. V závislosti na cílech jsou stanovené dvě výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka je: Jak se změnily sociální interakce v rodině po prodělané cévní mozkové příhodě? Dílčí výzkumná otázka zjišťuje, jak proběhla v rodině sociální pomoc.

V bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Při sběru dat byla použita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výběrový soubor tvořilo 5 respondentů, kdy se jednalo o pacienty po prodělané CMP a jeho rodinu ochotnou spolupracovat při sběru dat. Respondenti byli vybráni cílovým (záměrným) výběrem. Při vyhodnocení kvalitativních dat byla použita metoda vytváření trsů.

Výsledky jsou řazeny do dvou bloků. První blok se týká subjektivních názorů samotného jedince o prodělání CMP. Výsledky jsou pro větší přehlednost rozdělené

do okruhů. První okruh obsahuje demografické údaje respondentů a jejich životní styl před proděláním CMP. Následující okruh poukazuje na rizikové faktory, které ovlivňují vznik iktu. Ostatní okruhy se zaobírají CMP s jejími dopady, využití složek ucelené rehabilitace, pomocí od rodiny, komunikací, vztahy s veřejností, sociálními dopady a situací v současné době. Druhý blok se zabývá subjektivními názory rodinných příslušníků na vzniklou situaci rodiny po prodělání CMP. Okruhy u rodinných příslušníků jsou rozděleny na přijetí onemocnění postiženého, finanční pokles v rodině, izolace pečovatele od společnosti a dále, zda byly rodině poskytnuty potřebné informace o CMP.

Diskuze je rozdělena podle výzkumných otázek. V diskuzi porovnávám informace zjištěné z výzkumu a výroky z odborných zdrojů.

Z výzkumu vyplývá, že je nedostatečná informovanost respondentů o důsledcích rizikových faktorů, které mohou být příčinou vzniku iktu. Nikdo z klientů nevěděl o příčinách (rizikových faktorech) CMP. U 2 klientů došlo ke shodě, že věděli o úmrtnosti spojené s proděláním CMP. Ostatní respondenti netušili, že jejich životní styl a některá onemocnění vedou ke vzniku iktu. Výzkum také poukazuje, že počáteční stavy po CMP u respondentů byly pravostranná hemiparéza, levostranná hemiparéza, pravostranná hemiplegie, řečová apraxie, bolesti hlavy, akustická agnozie, ataxie, kognitivní problémy, ztráta normálně kontrolovaných pohybů, inkontinence, prozoagnozie, změny nálady a pocity úzkosti. Ve výzkumu se ukázalo, že 4 klienti nevědí o využití sociálních služeb pro danou problematiku, ale také vyplynulo, že 3 rodinní příslušníci i sami respondenti dostali potřebné informace od personálu mnoha zdravotnických i sociálních institutů. Všichni respondenti využili minimálně 2 složky ucelené rehabilitace. Dále se respondenti shodli, že pomoc od rodiny byla velice dobrá.

Předpokládané využití získaných poznatků bakalářské práce bude možno zužitkovat jako informační zdroj pro jedince a rodinu po CMP a také pro odbornou i laickou veřejnost.

Klíčová slova: Cévní mozková příhoda – Sociální dopady – Rodina - Rehabilitace

Abstract

The focus of this bachelor work is to stroke, its impact on individuals and families. This topic is relevant. CMP does not longer concern only the older generations, but now increasingly young people affects as well. CMP is one of the most common causes of death and disability in the Czech Republic and worldwide. CMP involves issues of medical, psychological, social, educational and financial. CMP is not a matter only of the individual but also his entire family. It is therefore important that all persons involved in the rehabilitation and interaction of the individual have the necessary information.

The theoretical part of the thesis is divided into nine basic categories. The first circuit characterizes and divides the typology, describes the symptoms and examination methods CMP. In the second circuit we learn how to recognize stroke and first aid in the development of stroke. Third circuit includes the risk factors that may be controllable and uncontrollable. The following ischemic stroke and hemorrhagic stroke (here are described the types CMP). Other circuits are CMP impacts (impacts are fundamentally different, so it is important to their description), family and CMP (important is family involvement in care and the impacts associated with the position of careers), rehabilitation after stroke (focusing more resources on social rehabilitation) and forms social assistance (which are the most common forms of assistance).

The aim of this thesis is to determine as stroke affected social interaction in the family.

A partial goal is to find out what are the possibilities of social assistance. Depending on the objectives set by the two research questions. The main research question is: How have social interaction within the family changed after a stroke? Partial research task asks how welfare assistance was realized in the family.

Qualitative research was chosen in the thesis. When data collection method was used interviews and semi-structured interview technique. The sample consisted of 5 respondents who had stroke and his family was willing to cooperate in collecting

data. Respondents were selected target (intentional) choice. When evaluating the quality of the data was carried out by cluster.

The results are organized into two blocks. The first section concerns subjective opinion of an individual to experience a stroke. Results are for greater clarity divided into circuits. The first circuit includes demographic data of respondents and their lifestyle before going through the CMP. The following circuit shows the risk factors that influence the emergence of a stroke. Other circuits have dealt with CMP and its impacts, the use of components of comprehensive rehabilitation, assistance from family, communications, public relations, social impacts and the situation at present. The second part deals with the subjective opinions of family members on the situation of the family after suffering stroke. Circuits with family members are divided on adoption diseases affected; the financial decline in the family, careers isolation from society and family, whether they were given the necessary information about the CMP.

The discussion is divided according to the research questions. In the discussion I compare information gathered from research and statements from expert sources.

The research implies that the respondents' lack of awareness of the consequences of risk factors that may be the cause of stroke. None of the clients did not know about the causes (risk factors) CMP. Only in case of two clients there was a consensus that they knew about the mortality associated with going through the CMP. Other respondents did not know that their lifestyle and some diseases lead to stroke. Research also shows that the initial conditions after CMP of the respondents were right-sided hemiparesis, left-sided hemiparesis, right-sided hemiplegia, speech apraxia, headache, auditory agnosia, ataxia, cognitive problems, loss normally controlled movements, incontinence, prozoagnozie, changes in mood and anxiety. The research showed that 4 clients do not know about the use of social services for the issue, but also showed that 3 family members and some respondents were given the necessary information from the staff of many medical and social institutions. All respondents used at least two components of comprehensive rehabilitation. In addition, respondents agreed that assistance from family was very good.

Intended use of the acquired knowledge of the thesis will be to utilize as resource for individuals and families after stroke and also for professional and the general public.

Keywords: Stroke - Social impact - Family - Rehabilitation

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013 .....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat primářce MUDr. Drahoslavě Tišlerové za rady, čas a podporu při vedení bakalářské práce. Ráda bych chtěla poděkovat všem respondentům za poskytnutí informací. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost během studia.

Obsah

Úvod **12**

1 SOUČASNÝ STAV **13**

1.1 Cévní mozková příhoda 13

1.1.1 Charakteristika 13

1.1.2 Typy CMP 14

1.1.3 Příznaky 14

1.1.4 Vyšetřovací metody 14

1.2 Jak poznat, že jde o cévní mozkovou příhodu 16

1.2.1 První pomoc 16

1.3 Rizikové faktory 16

1.3.1 Neovlivnitelné faktory 17

1.3.2 Ovlivnitelné faktory 17

1.4 Ischemické cévní mozkové příhody 19

1.5 Hemoragické cévní mozkové příhody 21

1.5.1 Intracerebrální hemoragie (ICH) 21

1.5.2 Subarachnoidální krvácení (SAK) 23

1.6 Dopady cévní mozkové příhody 24

1.7 Rodina a cévní mozková příhoda 29

1.8 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě 30

1.8.1 Sociální prostředky rehabilitace 30

1.9 Formy sociální pomoci 31

1.9.1 Sociální služby 31

1.9.2 Invalidní důchod 32

1.9.3 Příspěvek na péči 33
1.9.4 Nárok na příspěvek na mobilitu 33
1.9.5 Příspěvek na zvláštní pomůcku 33
1.9.6 Průkaz osoby se zdravotním postižením 34
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 35
2.1 Cíl práce 35
2.2 Výzkumné otázky 35
3 METODIKA 36
3.1 Metody a techniky sběru dat 36
3.2 Zkoumaný soubor 37
3.3 Realizace výzkumu 37
4 VÝSLEDKY 38
5 DISKUZE 58
6 ZÁVĚR 63
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 65

Seznam použitých zkratek

CMP – Cévní mozková příhoda

CNS – Centrální nervová soustava

CT – Computerová tonografie

EEG - Elektroencefalografie

EKG - Elektrokardiografie

HK – Horní končetina

ICH – Intracerebrální hemoragie

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MR – Magnetická rezonance

MRA – Magnetická rezonanční angiografie

PTA – Perkutánní transluminální angioplastika

RIND – Reverzibilní ischemický neurologický deficit

SAK, SAH – Subarachnodiální krvácení

TIA – Tranzitorní ischemická ataka

TK – Krevní tlak

TP – Těžce zdravotně postižení

ZTP – Zvlášť těžce zdravotně postižení

ZTP/P - Zvlášť těžce zdravotně postižení s průvodcem

Úvod

Cévní mozková příhoda, dále CMP, Iktus, (lidově mrtvice) je nejčastějším onemocněním mozku. K poškození mozkové tkáně dochází v důsledku omezení, či úplného přerušení přítoku krve nebo následkem tepenného krvácení do mozku. Dle místa a rozsahu postižení centrálního nervového systému může CMP způsobit různé formy ochrnutí, poruchy řeči, zraku, myšlení, koncentrace apod. Toto onemocnění se řadí mezi civilizační choroby a statisticky zaujímá třetí místo v úmrtích po kardiovaskulárních a onkologických chorobách. CMP už není záležitostí starších generací, ale v současné době stále více postihuje mladší jedince. Lidé si nejsou vědomi rizikových faktorů, které vedou k prodělání CMP. Životní styl v současné době výrazně podporuje vznik CMP. Čím dál více jedinců kouří v mladším věku, mají málo aktivního pohybu, jejich stravování je nepravidelné a nezdravé. V neposlední řádě se také jedná o výrazný faktor, a to je stres.

Nemocný po prodělané CMP nemusí být jen postižen motorickou nebo jinou poruchou symbolických funkcí, ale také jinými následnými stavy, které ovlivňují život nemocného, jeho prognózu a kvalitu jeho života.

CMP není jen záležitostí medicíny, ale zahrnuje i problematiku sociální, psychologickou, ekonomickou a pedagogickou.

Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí. CMP tedy není jen záležitostí jedince, ale ovlivní život celé jeho rodiny. Pod vlivem CMP se mění nejen postavení nemocného, ale i obsah rolí ostatních členů rodiny, jejich celkový životní styl, někdy i jejich hodnoty a normy. Partneři často obtížně zvládají novou situaci, dokonce mohou být pod větším tlakem než pacient sám.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože se domnívám, že tato problematika je aktuální pro současnou dobu. Často se setkávám s jedinci po prodělané CMP a tento faktor byl také rozhodující pro výběr tématu.

1 SOUČASNÝ STAV

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je v České republice třetí nejčastější příčinou úmrtí a hlavní příčinou trvalé invalidity. Počet CMP je v České republice stále vysoký a v posledních letech je pozorován vzrůst nejen u seniorů, ale stále více postihuje jedince v produktivním věku. Každý rok postihne CMP v České republice přibližně 35 000 lidí, nejčastěji osoby po 65. roce života, ale může se dostavit v každém věku. V České republice je vysoký počet CMP u pacientů ve věku 49 až 65 let. Tento počet je 2 až 3 krát vyšší než v zemích západní a severní Evropy (6, 16, 35).

1.1 Cévní mozková příhoda

„Akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (eventuelně do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.“ (43, s. 190)

1.1.1 Charakteristika

CMP se též označuje jako mozková mrtvice, mozkový iktus, mozkový infarkt či mozková příhoda (16, 17, 25, 40, 47).

Pod pojmem CMP se rozumí náhlé selhání funkcí určité části mozku. Příčiny CMP převážně spočívají v nedokrvení čili zástavě přívodu krve (ischemií) v uzavření (blokády, ucpávky, obstrukce) cévy, kdy tato céva zásobuje krví danou část mozku nebo v krvácení (hemoragii) do mozku v důsledku prasknutí (ruptury) cévy. Dojde k náhlé poruše dodávky kyslíku a živin (25, 27).

CMP se může, ale i nemusí projevit v závislosti na místě a velikosti poškození mozku. Projevy CMP mohou být tělesné, duševní nebo změna chování. Akutní CMP je velice urgentní stav jako závažné poranění mozku nebo infarkt myokardu (17, 27).

1.1.2 Typy CMP

CMP se rozděluje na 2 typy: Ischemické a Hemoragické CMP. Ischemické cévní mozkové příhody, které zastupují v 80 % případy CMP a Hemoragické cévní mozkové příhody,které se dále dělí na Intracerebrální hemoragii (ICH), která se vyskytuje v 15 % a Subarachnoidální krvácení (SAH), výskyt je přibližně 5 % (17, 25, 27).

1.1.3 Příznaky

Obecné příznaky možného iktu jsou náhlá slabost (paresa) nebo plné ochrnutí (plegie). Bolest, pocit zmrtvení, ztuhlost, necitlivost či jiné nepříjemné pocity a porucha hybnosti tváře (kdy se přestane hýbat ústní koutek na postižené straně), horní a dolní končetiny na jedné polovině těla. Potíže s řečí, buď ve smyslu neschopnosti vyslovovat (dysartrie) nebo ve smyslu neschopnosti vyjádřit myšlenku nebo porozumět řeči druhých (afázie). Mezi obecné příznaky také patří porucha zraku, zpravidla na jednom oku nebo náhlé výpady části zorného pole, dvojité vidění nebo i pokles víčka. Náhlý pád, problém s chůzí nebo závrať, neobvykle silná bolest hlavy, jež vznikla náhle nebo má nezvyklý ráz, včetně nevysvětlitelné změny v charakteru bolestí hlavy často spojené s bolestí a ztuhlostí šíje. Příznakem akutní CMP je úzkost až panický stav, který je přítomný u více jak poloviny pacientů. Náhlá zmatenost, dezorientace v prostoru a čase, kdy postižení jedinci nepoznávají své blízké, kdy mohou i nepřiměřeně reagovat. Mezi méně časté příznaky CMP patří náhlé vzniklé neuvědomování si a ignorování věcí na jedné straně těla, náhlé výpadky paměti, porucha psaní či počítání, neschopnost provést běžné denní činnosti, problémy s kontrolou moče a stolice (17, 25, 27, 42).

1.1.4 Vyšetřovací metody

Správná diagnóza mezi mozkovou ischemií a hemoragií, mezi různými subtypy ischemického nebo hemoragického iktu může být velmi složitá i v době sofistikovaných vyšetřovacích metod. Nejzákladnější je přirozeně anamnéza. Pacienti s akutním iktem jsou pravidelně sledováni. Sleduje se puls, TK, teplota, úroveň vědomí, dýchání, výdej

moči, pohyby střev, známky slabosti, potíže s mluvením, rozuměním, polykáním, hybností s citlivostí (17, 25, 47).

Computerová tomografie (CT) – zobrazují se příčné řezy, hraje výraznou roli při diagnostice akutního iktu, a to především v zobrazení čerstvě intrakraniálního krvácení (17, 25).

Magnetická rezonance (MR) – v detekci mozkové ischemie je bezesporu prioritní a významná, ischemie je detekovaná časně. Vyšetření libovolných rovin řezu bez rentgenového záření ve větším rozlišení kontrastu (43).

Ultrazvuk – používá se u zobrazení karotických tepen pří pátrání po možném tepenném zúžení nebo sraženině (17).

Magnetická rezonanční angiografie (MRA) – k určení nitrolebních aneuryzmat a malformací mozkových krevních cév (17).

Mozková angiografie – Injekční podání látky (kontrastní látka) do mozkových tepen zobrazující se na rentgenových snímcích. Nejpřesnější zobrazení tepen a žil při hledání zúžení nebo dalších patologických změn (17).

Lumbální punkce – se příležitostně používá ke stanovení subarachnoidiálního krvácení, při vyloučení infekce CNS (17).

Elektroencefalografie (EEG) – své místo má v diagnostice a sledování různých forem epilepsie (43).

Elektrokardiografie (EKG) – pomocí přístroje elektrokardiogram, který graficky zapisuje elektrické potenciály, které vznikají v průběhu srdeční činnosti. U CMP se používá k hledání důkazu nenormálního srdečního rytmu nebo srdečního onemocnění jakožto možné příčiny (17, 51).

Echokardiografie – je ultrazvuk srdce používající se k vyhledávání strukturálního poškození v srdci (17).

Rentgen hrudníku – používá se při hledání hrudních abnormalit, včetně onemocnění plic a srdce. U CMP může odhalit příčiny zhoršení stavu pacientů (17).

Testy krve a moči – mezi krevní testy můžeme zahrnout test srážlivosti krve, počtu krvinek, k zjištění zánětu, sedimentace a další. Rozbor moči se používá k odhalení infekce a onemocnění ledvin (17, 51).

1.2 Jak poznat, že jde o cévní mozkovou příhodu

2/3 mozkových iktů nastanou bez varování, přibližně 1/3 CMP včetně TIA varovné signály má. Varovné signály se mohou objevit samostatně nebo v jakékoli kombinaci. Trvání těchto signálu může být od několika vteřin (typická TIA) až po 24 hodin (atypická, těžká TIA). Mohou vzniknout jednou nebo opakovaně. Projevem CMP může být slabost, ztráta citlivosti tváře nebo končetiny, poruchy vnímání, zmatenost, dezorientace, pocit závratě, potíže s pohybem a náhlá bolest hlavy (6, 17).

1.2.1 První pomoc

Zavoláme okamžitě rychlou záchrannou službu (155). Při podezření na CMP provedeme u jedince protišoková opatření. Když je jedinec při vědomí, uložíme ho do polohy jako při mozkolebních poraněních. Jestliže jedinec při vědomí není, ukládáme ho do stabilizované polohy. Důležité je nepodávat žádné léky (6).

1.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory lze dělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ovlivnitelné rizikové faktory mohou být regulovány nebo i zcela eliminovány léčebnými prostředky (užívání léků) nebo prostředky medicínskými (změna životního stylu). Vznik CMP narůstá s počtem kombinovaných rizikových faktorů. Některým rizikovým faktorům se můžeme vyvarovat nebo je kontrolovat (17).

1.3.1 Neovlivnitelné faktory

Mezi tyto faktory se řadí genetické dispozice, pohlaví a rasa. Nejvýznamnějším faktorem je věk, jelikož po 55 roce věku se zvyšuje riziko více jak dvojnásobně. Muži pod 65 let mají přibližně o 20 % vyšší riziko vzniku CMP než ženy. Ženy mají vyšší riziko vzniku subarachnoidálního krvácení (SAK) bez ohledu na věk až o 50 %. U jedinců starších 65 let je riziko nejvyšší. Dědičné faktory patří vzácně mezi přímou příčinu iktu (17, 27).

1.3.2 Ovlivnitelné faktory

Prodělaná CMP i TIA zvyšuje riziko recidivy iktu. Významným rizikovým faktorem pro CMP je hypertenze, dále k těmto faktorům můžeme zařadit nepravidelnou srdeční akci, ischemickou chorobu srdeční, infarkt myokardu, diabetes mellitus, ateroskleróza, vysoká hladina cholesterolu. Rizika spojená s nesprávnými návyky a životním stylem jsou kouření, pravidelná konzumace alkoholu, nesprávný životní styl, nadváha, fyzická nečinnost, nevhodná dieta, psychický stres, užívání návykových látek, orální antikoncepce (17, 27).

Hypertenze

Pro CMP je hlavním rizikovým faktorem právě hypertenze. Prevencí CMP je odhalování a léčení hypertenze. Za hypertenzi lze považovat TK 140/90mmHg a více. Způsobuje poškození cévních stěn, tvrdnutí tepen, podporuje vznik krevních sraženin a tvorbu výdutí, kdy tyto faktory mohou vést ke vzniku CMP (17, 27, 47).

Onemocnění srdce

Významný rizikový faktor vzniku CMP. Nejvýznamnějším je nepravidelná srdeční akce, fibrilace srdečních síní, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, angína pectoris, vrozené srdeční vady. Onemocnění srdce se podílí na vzniku CMP mechanizmem embolizace ze srdce do mozkové cirkulace a poruchou prokrvení mozku (15, 17, 27).

Diabetes mellitus

Výrazně zvyšuje riziko vzniku CMP. Toto onemocnění způsobuje změny v cévním systému zejména ateroskleróz. Zdvojnásobuje riziko ischemického iktu (17, 25, 27).

Ateroskleróza

Je jednou z hlavních příčin CMP, kdy může postihnout všechny přívodní tepny do mozku. Aterosklerotickým procesem dochází k uzávěru či ucpání tepny (6, 17, 15, 27).

Životní styl

Kouření výrazně znásobuje riziko vzniku CMP, způsobuje zúžení a tvrdnutí tepen v celém těle, tím podporuje vznik aterosklerózy, omezení krevního proudu a usnadňuje tak srážení krve. Kouření napomáhá tvorbě a růstu nitrolebních aneuryzmat. Pravděpodobnost vzniku CMP je vyšší u dlouhodobých kuřáků. Nejlépe je přestat kouřit úplně a naráz (17, 25, 27).

Pravidelná nadměrná konzumace alkoholu zvyšuje vznik CMP zejména hemoragický typ. Alkohol zvyšuje krevní tlak. Mírná konzumace alkoholu (jedna sklenice denně) snižuje riziko převážně ischemického iktu (17, 27, 47).

Nadváha a obezita patří mezi další rizika vzniku CMP. Nadváha podporuje hypertenzi, srdeční onemocnění, diabetes melittus II. typu a aterosklerózy. Pohybová nečinnost může vést k nadváze a zvýšení pravděpodobnosti vzniku CMP (17, 27).

Konzumace návykových látek (drog) je riziková pro vznik CMP. Heroin, amfetaminy, kokain, fencyklidin, marihuana a další drogy způsobují záněty tepen a žil, křečové zúžení mozkových tepen, poruchy funkce srdce, zvýšenou krevní srážlivost nebo náhlé zvýšení TK (17, 27).

Nevyvážená strava je jedním z nejpříznačnějších rizikových faktorů pro CMP. Nezdravá strava způsobuje a urychluje vznik aterosklerózy, hypertenze, krevní sraženiny, diabetes melittu a nadváhy. Hyperlipoproteinémie je rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění, a to, jak již víme, souvisí se vznikem CMP (15, 17).

Hormonální antikoncepce, substituční terapie

Pokud žena současně užívá hormonální antikoncepci a kouří, je zde možnost vzniku CMP. Může zvyšovat krevní tlak a zahušťuje krev, ve které se snáze tvoří

sraženiny. Hormonální substituční terapie zvyšuje riziko zejména ischemické CMP (17, 47).

1.4 Ischemické cévní mozkové příhody

80% případů CMP zastupují právě ischemické příhody. Pokud se zablokuje céva přivádějící krev do mozku a ten nedostane odpovídající dávku kyslíku, nazývá se tato deprivace ischemie. Často bývá uzávěr tepny trombotický vmetek. Podle uzávěru vznikají menší nebo větší hypoxie a následné destrukce mozkové tkáně (38, 47).

Klinická symptomatika je variabilní, od velmi lehkých až po těžké stavy, končící smrtí. Následný klinický efekt je závislý na rychlosti uzávěru, lokalizaci, rozsahu vzniklé ischemie a délce jejího trvání. Jestliže se funkce poruší perifokálním edémem nebo sníženou perfúzí, může být léčbou opět obnovena. V důsledku endogennímu trombolytickému procesu se v některých případech může cirkulace částečně nebo i úplně obnovit. Dělení ischemické cévní mozkové příhody je buď podle lokalizace, hlavní etiologie nebo podle doby trvání klinických symptomů. Důležité je zjištění etiologie iktu, který se dělí na subtypy (1, 3, 26).

Ischemické cévní mozkové příhody lze diferencovat dle kritérií:

- podle mechanismu vzniku na obstrukční (okluzivní), ve kterém dojde k uzávěru cévy trombem nebo embolem a neobstrukční, kdy vznikají hypoperfúzí z příčin regionálních i systémových. V současnosti se rozlišují čtyři základní subtypy, a to: aterotromboticko-embolický okluzivní proces velkých a středních arterií (40%), arteriopatie malých cév (lakunární infarkty 20%), kariogenní embolizace (16%), ostatní (koagulopatie, hemodynamické-hypoxicko-ischemické příčiny, neaterosklerotické poruchy a infarkty z nezjištěné příčiny 4%);
- podle vztahu k tepennému povodí - na infarkty teritoriální (v povodí některé mozkové tepny), interteritoriální (na rozhraní povodí jednotlivých tepen) a lakunární (postižení malých perforujících arterií);

- podle časového průběhu na tranzitorní ischemické ataky (TIA), reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND), vyvíjející se (progredující, pokračující) příhoda a dokončené ischemické příhody (3).

U lehké nebo středně těžké CMP příznaky přetrvávají několik dnů a týdnů. Tyto příznaky úplně nezmizí, ale zůstávají určité ložiskové příznaky. Příklady těchto symptomů jsou horší pohyblivost HK, problémy při chůzi, porucha čití. Těžká CMP je velice závažná, vzniká hemiplegie. Doprovází ji často ztráta vědomí. Jestliže jedinec přežije, následky jsou trvalé a velice závažné (1, 38).

Začít s léčbou co nejdříve je velice důležité, a to ve fázi, kdy nedošlo ke strukturálním změnám. V důsledku této včasné léčby přežívají jedinci značně dlouho a mohou žít i aktivním životem. Důležitá jsou centra pro akutní CMP, která koordinují více odborností (diagnostických, terapeutických, konzervativních i chirurgických). Součástí komplexu léčby je celková léčba, pod kterou můžeme zahrnout zajištění respirace, dostatečná ventilace, oxygenace, monitorování EKG, zajištění oběhu, dostatečná hydratace, podání vitaminu C a E, monitorace glykemie, iontová bilance a adekvátní nutrice. Další léčba je antiagregační, ta zabraňuje agregaci krevních destiček a její vazbě s fibrinem, tuto léčbu zahajujeme ihned po vzniku iktu. Její význam spočívá v zabránění progrese nebo recidivy. Trombolytická léčba umožňuje přímé rozpuštění již vzniklého trombu pomocí trombolyticky aktivní substance. Tuto léčbu je nutno zahájit do 3 hodin od vzniku iktu, kdy hlavním rizikem je možnost krvácení. Hemoreologická léčba zlepšuje mozkovou mikrocirkulaci. Antiedematózní léčba působí proti mozkovému edému, spočívá v polohování hlavy ve zvýšené pozici, řádné oxygenii, odstranění všech bolestivých podnětů a normalizaci tělesné teploty. Vazodilatační léčba je považována za nepřesný termín, kdy se používají vazoaktivní látky významněji ovlivňující konečný stav nebo přežití nemocných. Podávají se od akutního až po chronické stádium. Endovaskulární intervence se uplatňují převážně v léčbě arteriálních okluzí a významných, kritických stenóz kraniálních tepen. Používá se PTA s následným zavedením stenu do cévy (1, 20, 37, 38).

Tranzitorní ischemická ataka (TIA)

Řadíme ji pod klinické syndromy, kdy symptomatika odezní do 24 hodin. Je charakterizovaná náhlou a přechodnou ztrátou ložiskové mozkové funkce. Mezi příčiny TIA můžeme zařadit dočasný uzávěr intrakraniální tepny vmetkem, embolizace ze srdce, postižení malých perforujících intrakraniálních cév. Příznaky TIA lze rozdělit na ložiskové a neložiskové, kdy mezi ložiskové řadíme poruchy řeči, motorický deficit na polovině těla, poruchy čití, příznaky zrakové, vestibulární a kognitivní. Jako příklady neložiskových příznaků se uvádí celková slabost, zmatenost a pocity na omdlení. U 50% nemocných dojde k plné úpravě do jedné hodiny, v 90% dojde k úpravě do čtyř hodin. Doba trvání je individuální, převážně se hovoří o minutách. TIA prokazatelně reprezentuje hlavní riziko pro vznik ischemického iktu a následné opakování CMP (3, 25, 26).

Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND)

Tento pojem se užívá, jestliže dojde ke kompletní úpravě a odezní symptomatika do 3 týdnů. Příčinou RIND se uvádí drobnější emboly nebo celkové hemodynamické vlivy (1).

1.5 Hemoragické cévní mozkové příhody

Akutní hemoragické CMP zastupují 15-25% všech akutních iktů. Dělí se na intracerebrální hemoragie (ICH) a subarchnoidiální hemoragie (SAH). Vyžadují nákladnější zdravotní a sociální péči v důsledku prokazatelně vyšší úmrtnosti a morbiditě. Krvácení vzniká porušením stěny mozkové cévy (26, 44).

1.5.1 Intracerebrální hemoragie (ICH)

ICH představují 10-15% všech iktů a jsou 2 krát častější než SAH. ICH má vyšší morbiditu a mortalitu než ischemické ikty. Zhruba 35-52% pacientů po ICH umírá

do jednoho měsíce po příhodě. Pro ICH se také používá termín mozková apoplexie. Horší vyhlídky mají nemocní s většími hematomy, kdy se zde prolíná hledisko objemu a lokalizace (26, 28).

Mnoho ICH vzniká rupturou malých penetrujících tepen a tepének, jde o jednorázový děj. Lokalizace ICH je v bazálních gangliích, thalamu, mozečku a kmenu. Nejčastější příčinou ICH je arteriální hypertenze v 70-90%. Mezi další příčiny můžeme řadit cévní malformaci, tumor, léky a drogy, hematologické poruchy a amyloidní angiopatie. Rozlišujeme příznaky celkové (prudce stoupá nitrolební tlak – zvracení, porucha vědomí) a ložiskové (podle místa hemoragie v CNS). Nejčastější příznaky při vzniku intracerebrální hemoragie jsou bezvědomí, bolest hlavy, parézy, psychické změny a epileptické záchvaty. Je-li krvácení supratentoriálně, projevující se příznaky jsou hemiparéza (částečné ochrnutí poloviny těla), hemihypestezie (snížená citlivost na vnější smyslové podněty poloviny těla včetně tváře), hemianopie (oboustranný výpadek poloviny zorného pole způsobený poruchou zrakové dráhy). Krvácení může nastat i v pontu, kdy se příznaky projevují jako kvadruplegie (úplné ochrnutí všech čtyř končetin), úzké zornice, poruchy dechu, okohybné poruchy a vyšší teplota. Jestliže je hemoragie v mozečku, příznaky jsou mozečkové a kmenové (ataxie - porucha hybnosti a koordinace pohybů, dysartrie - porucha řeči porušena výslovnost, nystagmus - mimovolní, rychlý, rytmický pohyb očí, vertigo - závrať), nárůst nitrolebního tlaku. Význam zde mají degenerativní změny v cévní stěně (progresivně se vyvíjejí během života), jedná se o ztenčení stěny a lipo – fibrohyalinózu (zbavují cévu elasticity) (1, 26, 28, 43, 52).

Ve speciálních sekvencích dají CT i MRI rychlou informaci o lokalizaci a objemu hematomu. Další vyšetření může být laboratorní nebo angiografické. ICH musíme chápat jako proces a ne jednorázový krátký děj. Cílem léčby je zastavit co nejdříve probíhající krvácení, dle možnosti odstranit krev z mozkové tkáně nebo komor a léčit obecné komplikace. Kvalitní kompletní péče je velice důležitá, jinak ztrácí většina specifických léčebných postupů smysl. U ICH je léčba konzervativní čili protiedémová, vazoaktivní a neuroprotektivní. Při léčbě, je velice důležitá kontrola TK. Další typ léčby je neurochirurgická (20, 25, 26, 37).

1.5.2 Subarachnoidální krvácení (SAK)

SAK se též nazývá intermeningeální. Představuje specifickou problematiku i nozologickou jednotku cévních onemocnění mozku a to v 8% všech iktů. Mortalita se u SAK pohybuje kolem 20-40%. Jedná se o krvácení do likvorových cest mezi arachnoideu a pia mater. Ve světové literatuře je označováno jako SAH je to zkrácený anglický název subarachnoid hemorrhagie. Před dosažením nemocniční péče umírá 5-10% nemocných. Nejčastější příčinou přibližně v 70% je ruptura vakovitého aneurysmatu především na Willisově okruhu. Aneurysma se tvoří v místech odstupu nebo větvení tepen, který může být na podkladě kongenitálního nebo získaného defektu cévní stěny, zeslabení médie. Mezi další příčiny spontánních SAK můžeme zařadit ruptury arteriovenózních malformací (5%), hypertenze, krvácivé choroby, primární vaskulopatie (méně jak 5%) nebo i disekující intrakraniální aneurysmata. Nezjištěná příčina SAK se nazývá kryptogenní (počet 20-30%). Typické projevy jsou náhlá prudká cefalea - bolest hlavy, často s poruchou vědomí, nauzeou, zvracením a meningeální syndrom. Porucha vědomí může být přítomna u 50% nemocných. V akutní fázi SAK jsou popisovány v 5-10% epileptické záchvaty. Meningeální syndrom se rozvijí do několika hodin od vzniku SAK. Klinický obraz se hodnotí podle Hunt a Hessovy škály. I. stupeň - je bez ložiskového nálezu, mírná bolest hlavy, s lehkým meningeálním syndromem. II. stupeň - také bez ložiskového nálezu, výraznější meningeální syndrom, střední až krutá bolest hlavy. III. - stupeň lehká porucha vědomí, ospalost, zmatenost, lehký až střední neurologický deficit. IV. stupeň – středně těžká až těžká hemiparéza, střední až těžká porucha vědomí. V. stupeň – komatózní stav, decerebrací příznaky (1, 3, 25, 28, 44).

Stanovení diagnózy se nejdříve provede pomocí CT, které může prokázat krvácení do subarachnoidálních prostor. U SAK se kvantifikuje CT nález podle Fisherovy škály. 1. stupeň – žádná krev, 2. stupeň – difuzní přítomnost krve ve vertikální vrstvě tenčí než 1mm, 3. stupeň – sraženiny nebo přítomnost krve ve vertikální vrstvě silnější než 1mm, 4. stupeň – intracerebrální nebo intraventrikulární krvácení. Je-li negativní CT a je silné podezření na SAK, provádí se lumbální punkce. Jestliže je SAK potvrzené, je nutnost

provést angiografii. Léčba by měla být v absolutním klidu na lůžku, úprava hypertenze, tlumení bolestí hlavy a zvracení. Medikamentózní léčba u SAK je zaměřena na prevenci vazospasmů. Po zjištění aneurysmatu je indikována okamžitě operace nejlépe do 48 hodin. Operace se provádí klipováním aneurysmatu (založení svorky na krček aneurysmatu) nebo zpevněním stěny obložením svalem popřípadě jinými materiály (1, 3, 25, 37, 52).

1.6 Dopady cévní mozkové příhody

Dopady mohou být neurologické, motorické, senzorické, komunikační, psychické, emoční a sociální (40).

Vaskulární Demence

Vznikají v důsledku narušení cévního zásobení mozku. Prevalence vaskulární demence po ischemickém iktu do třech měsíců u pacientů starších 60 let je 26,3%. 4-12krát zvyšuje iktus pravděpodobnost demence. Příčinou může být zúžení či ucpání mozkové cévy a krvácení. Jedinec je zpomalený, popletený, najednou nerozumí situaci, je neorientovaný v místě, čase, často se vyskytuje smutná nálada, nechuť, nerozhodnost, nespavost, pocit neschopnosti, touha zemřít (24, 26).

Epileptické záchvaty

Jako možná komplikace u CMP mohou být právě epileptické záchvaty, status epilepticus a vznik epilepsie. Záchvaty generalizované a záchvaty typu parciálního se mohou objevit u všech typů CMP. Jakmile, se objeví epileptický záchvat v rámci akutního neurologického inzultu, neklasifikujeme epilepsii, ale mluvíme o časných epileptických záchvatech. Epilepsie mohou ovlivnit kognitivní funkce (26, 39).

Bolesti hlavy (cefalea)

Bolesti hlavy chápeme jako subjektivní pocit bolesti ve vztahu k různým intrakraniálním a extrakraniálním strukturám. Většinou se zde jedná o takzvané sekundární bolesti, které vznikají jako doprovodný příznak jiného základního onemocnění (33, 41).

Parézy

Paréza neboli obrna. Je to částečná neschopnost aktivního volního pohybu. Příčinou mohou být poruchy na různých úrovních řízení pohybu (mozek, mícha, periferní nerv, nervosvalový přenos, sval). Jedná se o hemiparézu (částečné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla) často po CMP, kvadruparézu (částečné ochrnutí všech čtyř končetin) a paraparézu (částečné ochrnutí poloviny těla) (52).

Faciální paréza je charakterizována jako motorická ztráta svalů obličeje. Nemocný vypadá, jako kdyby byl zamračený, mohou se objevit problémy se zavíráním oka, úst, slintáním a polykáním (40).

Plegie

Neschopnost aktivního pohybu končetinou. Označuje se jako hemiplegie pokud postihuje jednostranně horní a dolní končetinu. Postihuje-li všechny končetiny, je stav označen jako kvadruplegie. Jestliže postihne obě dolní končetiny, označuje se jako paraplegie (53).

Spasticita

Spasticita je charakterizována, jako nespecifický syndrom, který je vyvozen z poškození CNS. Projevem je zvýšený tonus příčně pruhovaného svalstva. Spasticita může značně ovlivnit rehabilitační proces a funkční stav nemocného který je jedním z hlavních faktorů a který určuje stupeň postižení nemocného (19, 26, 27).

Ztráta normálně kontrolovaných pohybů

Tato ztráta omezuje schopnost člověka provádět každodenní úkony. Hovoří se o ztrátě normálního svalového tonu. Jestliže je svalový tonus zvýšený, jedná se o spasticitu nebo hypertonu. Pakliže, je svalový tonus snížený, hovoříme o chabosti nebo hypotonii. Následky této ztráty mohou být proleženiny, zánětlivé komplikace nebo zácpa (40).

Porucha polykání (dysfagie)

Jedná se o poruchu pasáže potravy během polykacího aktu, je spjata s dočasným pocitem tlaku a váznutí nebo uváznutí potravy. V počátku až 50% pacientů s CMP má zřetelné spontánní zlepšení. Následkem může být hlad, oslabení organizmu a riziko vdechnutí potravy do plic (21, 40, 45).

Ataxie

Chůze, která má širokou bázi, je neobratná a potácivá. Je tvořena tvrdým dopadem nohou o podlahu. Jedinec neustále sleduje nohy a podlahu, jinak by mohlo dojít k pádu (7, 29).

Inkontinence

Jedná se o neschopnost udržet moč nebo stolici. Inkontinence se dělí na afektivní, reflexní, stresovou a urgentní (52).

Poruchy gnostických funkcí

Tyto poruchy jsou pro nemocného velice stresující. Jde o vizuální agnozii, kdy má jedinec potíže s určováním barev, tvarů i tváří (prozopoagnozií – porucha poznávání tváří, nepoznávají své blízké). Jestliže vás nemocný zná, vzpomene si, až jej oslovíte (4).

Akustická agnozie

Jedinec není schopen identifikovat a třídit slyšené zvuky. Potíže se mohou objevit v sociální sféře, kdy nemocný není schopen rozeznávat intonaci řeči (na vlídnost reaguje podrážděně) a to vede k izolaci (4).

Neglect syndrom

Syndrom opomíjení. Jedinec opomíjí smyslové podněty z poloviny prostoru okolo. Neregistruje sluchové, zrakové či hmatové podněty. Opomíjení se projevuje na opačné straně než je mozkové poškození (2,4, 36).

Hemianopsie

Oboustranný výpadek poloviny zorného pole způsobené poruchou zrakové dráhy (52).

Diplopie

Jedná se o dvojité vidění. Vznik při poruše souhry pohybů očí (52).

Řečová apraxie

Je to porucha řeči, postižena je hlavně modalita řeči (čtení, psaní a rozumění jsou bez postižení). Jedná se o poruchu plánování a programování řečových pohybů (ztížená aktivace, iniciace a koordinace). U postiženého jsou patrné nepravidelné záměny hlásek s porušenou melodií řeči (45).

Apnoe-hypopnoe

Porucha spojená s poruchou dýchání, kdy apnoe je přerušení dýchání ve spánku na více než 10 vteřin a hypopnoe je omezení dýchání o více než 50% na dobu delší než 10 vteřin. 50% nemocných po iktu trpí poruchami dýchání spojenými se spánkem. Příznaky apnoe-hypopnoe jsou hlasité chrápání, ranní bolesti hlavy, zřetelné apnoické pauzy, mikrospánky (v průběhu dne má krátké epizody hlubokého spánku). Následkem

během dne jsou ospalost a únava, změny nálady, podrážděnost, snížená kvalita života, deficit kognitivních funkcí, zvýšený výskyt nehod (5, 26).

Kognitivní problémy

Kognitivní problémy mohou být potíže při myšlení, koncentraci, vzpomínání, rozhodování, uvažování, plánování a učení. Zde je problém, že nemocný chápe, co se mu říká, ale nemůže najít slova pro komunikaci. Nebo se může objevit, že nemocný chápe pouze velmi málo z toho, co se mu říká, a proto nezvládá logicky komunikovat. Dále může opakovat jedno a to samé slovo. Používá slova, která postrádají význam (17, 40).

Afázie

Afázie je postižení schopnosti jazykové produkce a percepce. Projevem jsou rozsáhlé obtíže v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní (32).

Psychické a emocionální problémy

Po prodělané CMP se jedinec učí vyrovnat se situací, která nastala. Mohou se objevit deprese, úzkost a změny nálady. Jedinec po CMP může být velice citlivý, snadno se rozčílí, rozpláče, rozesměje nebo rozkřičí. Také může být deprivovaný, podrážděný (neschopnost vyjádřit se), smutný, nespokojený a zmatený. Tyto emoce se mění velice rychle. Emoční problémy vzniknou, když si nemocný plně uvědomí dopad CMP na jeho soběstačnost a mnoho dalších následků (17, 40).

Sociální dopady

CMP může být příčinou menších či větších změn ve vztahu mezi jedincem, který prodělal CMP a ostatními členy rodiny. Mnohdy dochází ke snížení rodinných příjmů. CMP může zapříčinit izolaci v rámci rodiny i ve společnosti. Dochází ke změně vztahů i k přátelům, jedinec se stává závislým na cizí pomoci. Míra závislosti je úměrná stupni postižení. Rodina se stává pečovateli a jsou zodpovědní za uspokojování všech potřeb včetně těch nejzákladnějších. Jedinec po CMP se ocitá v situaci, kdy ztrácí role, které

původně měl. Nemocný potřebuje najít svoji identitu a zároveň neztratit lidskou důstojnost (31, 40).

1.7 Rodina a cévní mozková příhoda

Při rehabilitaci po CMP je role rodiny velice důležitá a členové se potřebují v každé fázi opírat o psychosociální a praktickou podporu (17).

Definice rodiny

„Skupina osob spojená manželstvím, pokrevním příbuzenstvím nebo adopcí, které tvoří jednu domácnost a jsou spolu ve vzájemné interakci.“ (22, s. 194)

Rodina může být nukleární, kdy jde obvykle o dva manželé, kteří pocházejí z různých rodových linií a nejsou pokrevně příbuzní. Dále se jedná o rodinu rozšířenou, zahrnuje prarodiče, kteří bydlí s mladší generací (22).

Rodina by měla co nejdříve získat jasné informace a pokyny pro co největší pacientovu podporu. Rodina by měla co nejvíce jedince povzbuzovat, dodat mu důvěru v uzdravení a umožnit mu stát se aktivním a nezávislým, jak jen to bude v jeho silách. Nemocný potřebuje být neustále ujišťován, že je pro rodinu stále důležitý a rodina ho potřebuje. Důležitá je zde motivace, aby se nemocný nenechal odradit neúspěchy. Také je velice důležité mu najít nové koníčky a zapojit jej do domácích úkolů. Pro rodinu je to veliká zátěž a někteří členové mají problém se vyrovnat nejen s emočním dopadem, ale i s novou zodpovědností. Tyto problémy vedou k depresi a úzkosti členů rodiny. Členové rodiny se stávají pečovateli. Zodpovídají za uspokojování všech potřeb, a to i těch nejzákladnějších. Ošetřování bezmocného člověka působí zvýšenou tělesnou zátěž. Je zde potřebné zvedání, přemisťování nemocného a úkony spojené s vyprazdňováním. Jestliže jedinec zůstává ve svém domově, je zapotřebí nainstalovat pomůcky (například zábradlí, rampy a madla). Pečovatelé mohou být izolováni od rodiny, přátel i společenského života v důsledku poskytování 24 hodinové péče.

Pečovatel by si měl udělat občas vlastní volno, jinak hrozí vztek a odpor k postiženému (17, 31).

1.8 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě

Rehabilitace by měla začít co nejdříve. Intenzita rehabilitace závisí na stavu nemocného a samozřejmě také na stupni postižení. Klíčové je seznámení rodiny se zásadami rehabilitace, kdy má rodina pomáhat a kdy ne. Jedinec s CMP se učí, jak si poradit s každodenními činnostmi. Důležitá je motivace k maximální možné samostatnosti (17).

Podstatný je zde ucelený systém rehabilitace, který zahrnuje péči zdravotnickou, sociálně právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní (23).

1.8.1 Sociální prostředky rehabilitace

U člověka dochází k procesu humanizace, socializace a personalizace v rámci lidské společnosti. Velice záleží na společenském postavení, roli, kterou ve společnosti zaujímá. Důležité je, aby nemocný přijal své postižení, nemoc, poruchu či znevýhodnění a v maximální možné míře se integroval do společnosti. Pojem sociální integraci je zapotřebí chápat, jako snahu o to, aby všechny osoby se zdravotním postižením byly přijímány jako součást společnosti. Jedinec by se měl naučit se svým postižením žít, přijmout jej jako výzvu či úkol a být i v dobrém slova smyslu asertivní. Základní společenskou jednotkou je rodina, cílem sociální rehabilitace je podporovat rodinu a vnitrorodinné vztahy, a to také rozhoduje o kvalitě života. Sociální prostředky mají permanentní charakter, čili jsou celoživotním procesem. Metody sociální rehabilitace mohou být reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením). Cílem sociální rehabilitace je zajištění ekonomických a dalších materiálních jistot pro samostatný život (23, 54).

1.9 Formy sociální pomoci

Mezi formy sociální pomoci řadíme sociální služby, nárok na invalidní důchod, příspěvek na péči, nárok na příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku (8, 10, 11, 12).

1.9.1 Sociální služby

Zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytují se ve formě pobytové, ambulantní nebo terénní. Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb se řadí:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Mezi služby sociální péče při CMP patří osobní asistence (služba je poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které osoba potřebuje), pečovatelská služba (služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb), tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby (jedná se o službu, jejímž cílem je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek), centra

denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace (10).

1.9.2 Invalidní důchod

Nárok na invalidní důchod vzniká, jestliže pojištěnec nedosáhl věku 65 let nebo důchodového věku, je-li důchodový věk vyšší než 65 let a stal se invalidním, získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku nebo invalidním následkem pracovního úrazu (11).

Pojištěnec je invalidní, pakliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35%. Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla:

- Nejméně o 35%, avšak nejvíce o 49%, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- nejméně o 50%, avšak nejvíce o 69%, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- nejméně o 70%, jedná se o invaliditu třetího stupně (11).

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost. Pakliže tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok (11).

Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého stavu (11).

Výše základního výměru invalidního důchodu je 9% průměrné mzdy. Výše procentní výměry invalidního důchodu činí za každý celý rok doby pojištění. 0,5% výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně, 0,75% jestliže se jedná o invaliditu druhého stupně a 1,5% pakliže jde o invaliditu třetího stupně (11).

1.9.3 Příspěvek na péči

Na tento příspěvek má nárok osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Jedinec starší 18 let se považuje za závislý na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I (lehká závislost) – z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat 3 až 4 základní životní potřeby, ve stupni II (středně těžká závislost) – pakliže nezvládá 5 až 6 základních životních potřeb, ve stupni III (těžká závislost) – jestliže nezvládá 7 až 8 základních životních potřeb a ve stupni IV (úplná závislost) – nezvládá 9 až 10 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Při posouzení závislosti se hodnotí tyto základní životní potřeby – mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc – 800 Kč ve stupni I, 4000 Kč ve stupni II, 8000 Kč ve stupni III, 12 000 Kč ve stupni IV. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce (10).

1.9.4 Nárok na příspěvek na mobilitu

Má osoba starší jednoho roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby. Výše dávky za kalendářní měsíc činí 400 Kč (12).

1.9.5 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí a trvá nebo má trvat u ní dlouhodobě nepříznivý stav déle než jeden rok. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je to, že tato pomůcka umožní osobě

sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím a osoba může zvláštní pomůcku využívat. Jedná se o dodatečnou úpravu motorového vozidla, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC, speciální komponenty osobního počítače, nájezdové lyžiny, přenosná rampa a stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě. Je-li příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, je rovněž podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být převážena motorovým vozidlem. Maximální výše příspěvku na pořízení motorového vozidla činí 200 000 Kč. Na pořízení zvláštní pomůcky, jejíž cena je nižší než 24 000 Kč, se příspěvek poskytne v případě, jestliže je příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných nižší než osminásobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob. Žádá-li osoba opakovaně, může jí být příspěvek poskytnut, i když příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných přesahuje osminásobek životního minima. Spoluúčast osoby činí 10% z ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč. Pokud je cena pomůcky vyšší, než 24 000 Kč stanoví se spoluúčast osoby 10%. Za 60 kalendářních měsíců nesmí být vyplaceno na příspěvcích na zvláštní pomůcku více jak 800 000 Kč (8, 12).

1.9.6 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Krajská pobočka Úřadu práce vydává kartu sociálních systémů, která slouží jako průkaz pro osoby s těžkým zdravotním postižením (průkaz TP) nebo průkaz pro osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižním (průkaz ZTP) anebo jako průkaz pro osoby se zvláštním zdravotním postižením s potřebou průvodce (průkaz ZTP/P). Tento průkaz se vydává osobám, kterým byl přiznán příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku. Průkaz TP náleží osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I. Průkaz ZTP náleží osobám, které jsou ve stupni II závislosti na pomoci jiné osoby. Průkaz ZTP/P náleží osobám, které jsou považovány za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III nebo stupni IV (12).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda sociální interakce v rodině. Dílčím cílem bakalářské práce je zjistit, jak proběhla v rodině sociální pomoc.

2.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení cíle práce, byla stanovena hlavní výzkumná otázka:
Jak se změnily sociální interakce v rodině po prodělané cévní mozkové příhodě?

K hlavní výzkumné otázce byla položena dílčí výzkumná otázka:
Jak proběhla v rodině sociální pomoc

3 METODIKA

3.1 Metody a techniky sběru dat

V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum. Na kvalitativní výzkum se liší názory. Termín kvalitativní výzkum je zavádějící, jelikož pro každého může znamenat něco jiného. Různí metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní ho mohou brát jako protipól nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě. Kvalitativním výzkumem rozumíme výzkum, kdy se nedosahují výsledky pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace (18, 48).

U kvalitativního výzkumu dostáváme mnoho informací o velmi malém počtu jedinců. Posláním kvalitativního výzkumu je převážně porozumění lidem v sociálních situacích. Na začátku výzkumu jsou určené výzkumné otázky, které se mohou modifikovat a doplňovat během výzkumu. Dále se provádí sběr dat a analýza dat. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které jsou nápomocné k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Také vytváří holistický obraz, informuje o názorech účastníků výzkumu (14, 18).

V důsledku, rozsáhlejšího postižení, kdy byla zhoršená komunikační schopnost, byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor patří zřejmě mezi nejrozšířenější podobu metody rozhovoru. Při polostrukurovaným rozhovoru vznikají větší problémy s kódováním než u standardizovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru vyžaduje oproti nestrukturovanému rozhovoru náročnější technickou přípravu. Vytváří se schéma, které je pro tazatele závazné a kdy toto schéma specifikuje okruhy otázek, na které se respondentů ptáme. Je zde důležité upřesnění, vysvětlení odpovědi účastníka. Necháme si vysvětlit, jak danou věc myslí a kdy si ověříme, zda jsme správně pochopili a interpretovali odpovědi (34).

Pro zaznamenávání dat byl použit diktafon, kdy jedinci dali slovní souhlas k nahrávání. Při získávání dat jsem odpovědi zaznamenávala formou terénních poznámek (nedoslovný záznam).

3.2 Zkoumaný soubor

Kvótní výběrový soubor byl tvořen cílovým (záměrným) výběrem. Kvótou pro výběr byl pacient po prodělané CMP a jeho rodina, která byla ochotna spolupracovat při sběru dat. Tato rodina je v blízkém kontaktu s jedincem nebo se o něj přímo stará. Oba soubory se skládají z 5 respondentů, z toho jsem oslovila 2 ženy a 3 muže.

3.3 Realizace výzkumu

Výzkum byl proveden od března do dubna roku 2013. Doba rozhovoru se pohybovala okolo 30 minut. Výzkum byl proveden v přirozeném prostředí jedinců, kde se cítili bezpečně, a to v jejich domovech. Při vyhodnocení kvalitativních dat byla použita metoda vytváření trsů.

Metoda vytváření trsů slouží k seskupení a konceptalizaci určitých výroků do skupin. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do daného trsu je seskupené s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním. Principem metody vytváření trsů je srovnávání a agregace dat (34).

4 VÝSLEDKY

Tabulka č. 1 Demografické údaje klientů

Demografické údaje				
	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Stav
Klientka 1	50	Žena	Vyučena v oboru kuchařka	Rozvedená
Klientka 2	76	Žena	Vyučena v oboru kuchařka	Vdaná
Klient 3	60	Muž	Středoškolské vzdělání chemické	Rozvedený
Klient 4	60	Muž	Vyučen v oboru zedník	Svobodný
Klient 5	65	Muž	Vyučen v oboru dřevomodelář	Ženatý

Klienti před CMP				
	Zaměstnání	Děti	Bydlení	Kontakt s rodinou
Klientka 1	Kompletování vysavačů	2 (první dítě zemřelo)	Dříve v bytě. Dnes v řadovém domě	Udržuje kontakt s dítětem
Klientka 2	Různé dělnické profese	3	V rodinném domku, dvougenerační	Udržuje kontakt s celou rodinou
Klient 3	Taxikář a řidič kamionu	2	Dříve s manželkou v panelákovém bytě. Dnes v řadovém domě	Dnes udržuje kontakt pouze s dětmi. Převážně pak s dcerou
Klient 4	Slévač	Žádné	V bytě pro sociálně slabé jedince	Udržuje kontakt se sourozenci.
Klient 5	Dřevomodelář	3 dcery	V bytě ve 2 patře.	Udržuje, 2 dcery žijí ve stejném městě. 3 dcera pravidelně dojíždí.

Zdroj: Vlastní výzkum

Věk klientů se pohyboval od 50 do 76 let. Respondenty tvořili 2 ženy a 3 muži. Dosažené vzdělání bylo u 4 respondentů vyučeno a 1 klient uvedl středoškolské. Z 5 respondentů jsou 2 v manželském páru, 1 svobodný a 2 rozvedení. Klientka 2 a klient 3 spolu žijí ve společné domácnosti, potkali se v lázních.

Většina klientů uvedla, že měli fyzicky náročnou práci. „*Dělala jsem různé dělnické práce v textilním a v dřevařském průmyslu. Na pile jsem byla dva roky. Pak jsem dělala v kožešnictví, tam jsem šila a dělala jsem kuchařku ve školní jídelně.“* Klient číslo 3 odpověděl. *„Jezdil jsem jako taxikář a pak v kamionu. Někdy jsem byl hodně unavený.“*

2 respondenti uvedli, že mají 3 děti, 2 mají 2 děti a 1 nemá žádné. Jedna respondentka uvedla: *„Mám jedno teda dítě. První mi zemřelo tragicky.“* Tato velice stresová událost se stala před proděláním CMP. Všichni respondenti odpověděli, že udržují pravidelný kontakt s rodinou. Klient 3 udržuje kontakt pouze se svými dětmi. *„První manželka mi zemřela. S ní mám 2 děti, syna a dceru. Syn už je samostatný, dcera ještě studuje. S druhou manželkou jsme se rozvedli.“*

Tabulka č. 2 Rizikové faktory, Informace o CMP a CMP u příbuzných

Rizikové faktory před CMP, které přetrvávají dodnes				
	Vysoký TK	Kouření	Konzumace alkoholu	Zdravá strava
Klientka 1	Neměla vysoký TK, naopak měla výrazně nízký	Dříve 5 – 10 cigaret denně Dnes stále kouří, omezila množství na 3 denně	Dříve příležitostně při společenských událostech Dnes také jen příležitostně	Ano dbala Dnes bezlepková dieta
Klientka 2	Léčila se před CMP na hypertenzi a	Nekouřila	Výjimečně při rodinných oslavách	Ano dbala
Klient 3	Neměl Dnes léčen pro vysoký TK	Dříve kouřil Dnes stále kouří ale jen příležitostně	Ano pravidelně Dnes příležitostně	Ano dbal
Klient 4	Nebyl léčen	Nekouřil	Ano pravidelně Dnes příležitostně	Ano dbal
Klient 5	Léčen na vysoký TK rok před CMP	Kouřil 10 – 20 denně Dnes už nekouří	Výjimečně Dnes abstinent	Ano dbal, ale nejedl mléčné výrobky

	Informace o CMP	CMP u příbuzných
Klientka 1	Neměla, nevěděla o rizikových faktorech, které vedou k CMP	Ne
Klientka 2	Neměla, nevěděla o rizikových faktorech, které vedou k CMP	Ne
Klient 3	Neměl, nevěděl o rizikových faktorech, které vedou k CMP	Ne
Klient 4	Neměl jen, že na to může člověk zemřít, nevěděl o rizikových faktorech, které vedou k CMP	Ne
Klient 5	Věděl, že existuje ale nic víc, nevěděl o rizikových faktorech, které vedou k CMP	Ano sestřenice

Zdroj: Vlastní výzkum

Na vysoký krevní tlak byli léčeni 2 klienti, u 1 klienta se hypertenze objevila až po prodělané CMP. Z toho 2 klienti neměli vysoký TK před prodělanou CMP a 1 klientka uvedla, že měla *„hrozně nízký tlak přes 20 let“*. Aktivními kuřáky byli 3 klienti a 2 klienti nekouřili vůbec. Pravidelná konzumace alkoholu byla u 2 klientů, 2 klienti konzumovali alkohol výjimečně a 1 klient příležitostně. Všech 5 respondentů odpovědělo, že dbali na zdravou stravu.

Informace o CMP neměl nikdo z respondentů. *„Nic jsem o ní nevěděl. Přišlo to z ničeho nic. Nevěděl jsem o ní nic, akorát že to bude mít následky, ale nevěděl jsem jaký. A že když to člověk dostane, tak může být i po smrti.“ „Věděl jsem, že existuje, ale nic víc.“* Klientka 2 řekla o rizikových faktorech. *„Nic takového jsem nevěděla,*

že to způsobuje mrtvici.“ U 4 klientů nebyla CMP u příbuzných, 1 klient odpověděl, že jeho sestřenice prodělala CMP. Jeden z klientů doslova řekl *„v příbuzenstvu nic takového nebylo“*.

Tabulka č. 3 CMP a její dopady

CMP				
	Kdy proběhla	Kde proběhla	Jak proběhla	Hospitalizace
Klientka 1	Před 10 lety	Hamzova odborná léčebna v Košumberku	Při rehabilitaci, terapeut zmáčkl 3 body na hlavě (začala tupět ruka, brnět prsty a tuhnout ústa)	Nemocnice v Chrudimi – 3 týdny
Klientka 2	Před 8 lety	Doma	Při vaření – pocit nevolnosti, na omdlení, musela si lehnout	Nemocnice Havlíčkův brod – 3 týdny
Klient 3	Před 7 lety	V kamionu v Itálii	V kamionu – pocit nevolnosti na omdlení, po zastavení došlo k omdlení, pak se probudil a znovu omdlel venku na parkovišti	Nemocnice v Itálii – 3 měsíce, poté převezen do nemocnice v Teplicích – 1 měsíc

Klient 4	Před 6 lety	V domácnosti u bratra	Cítil hořko v puse, začal padat na levou stranu	Nemocnice Havlíčkův brod – 5 a půl týdne
Klient 5	Před 3 lety	Doma	Spadl, když chtěl jít na WC, necítil pusu, ruku, nemohl mluvit, došlo k inkontinenci	Nemocnice Havlíčkův brod
Dopady CMP				
Klientka 1	Pravostranná hemiparéza, řečová apraxie, bolesti hlavy, akustická agnozie, ataxie, kognitivní problémy, ztráta normálně kontrolovaných pohybů, změny nálady, pocity úzkosti			
Klientka 2	Řečová apraxie, kognitivní problémy			
Klient 3	Řečová apraxie, Pravostranná hemiparéza, bolesti hlavy, inkontinence, kognitivní problémy, ztráta normálně kontrolovaných pohybů, změny nálady, pocity úzkosti			
Klient 4	Levostranná hemiparéza,			
Klient 5	Pravostranná hemiplegie, ztráta normálně kontrolovaných pohybů, řečová apraxie, inkontinence, prozoagnozie, kognitivní problémy, změny nálady, pocity úzkosti, ataxie			

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku kde proběhla CMP, odpověděli 3 klienti, že v domácím prostředí, 1 klient ve zdravotnickém zařízení a 1 klient mimo domov, v zahraničí. (Klientka 1) *„Stalo se to v léčebně na Košumberku. Byla jsem tam s páteří a rukou. Terapeut mi chtěl pomoci a zrovna mačkal nějaký tři body, co jsou za krkem. Chtěl mi ulevit od bolesti ruky. No a právě mě to zmáčknul víc a já bych řekla, že neměl tolik zkušeností. No a tak mě začala tupět ruka a brnět prsty. Když jsem se ho ptala, co mi*

to udělal, tak mě odvezl na pokoj, no a tam se mi udělalo zle, začaly mě tupnout rty a váznout jazyk. Pak se mi udělalo lépe. Večer to se mnou úplně zinklo. Vypadla mi sklenice z ruky a já stačila přátelům říct: „ Hele mě je nějak hrozně zle, já necítím celou pravou polovinu těla“. Doktorka v léčebně mi hned píchala nějakou injekci právě na rozpuštění té sraženiny. Poslala mě na CT do nemocnice v Chrudimi. Tam se nic neprokázalo. Potom jsem jela domů a můj neurolog, když mě viděl, tak mě okamžitě poslal na hospitalizaci do chrudimské nemocnice. Druhý den mě vezli do Pardubic na MR a hned pan primář věděl, že jsem, po mozkové příhodě. Byla jsem na neurologii 3 týdny. Mluvit jsem uměla, ale prostě jsem jen koktala, váznul mě prostě hodně jazyk. Ruka prostě nefungovala. A nohu jsem teda tahala za sebou, tu jsem nedokázala zvednout. Některé slovo neumím vyjádřit. Zapomínám hodně. Zhoršil se mi zrak a sluch po mrtvici. Teď mě dost často bolí hlava. Výkyvy v náladách byly hrozný. To je taková bezmoc, když se člověk neumí postarat sám o sebe. Stěžovala jsem si pořád na bolest pravé poloviny těla. Zjistili, že mám neuropatické bolesti. Přendali mě do poradny bolesti. Ještě musím mít bezlepkovou dietu, protože mám nemocné tenké střevo. Prý to mám ze stresu.

(Klientka 2) *„Byla jsem v kuchyni, vařila jsem. Udělalo se mi tak trochu špatně. Já nevím, jak bych to řekla, bylo mi na omdlení. Pak jsem si musela lehnout. Sanitka mě odvezla do nemocnice v Havlíčkově brodě. Byla jsem na neurologii 2 týdny. V nemocnici mě převezli na rehabilitační oddělení, tam jsem byla týden. Pohybuju se normálně. Pomaličku dojdu všude. Dělá mi problém najít slova a paměť. Ptám se, jak se to jmenuje, nemůžu si vzpomenout, jak se tomu říká. Po 14 dnech když jsem přijela domů, se mi to stalo znovu. Zase jsem byla malátná. Zavolali sanitku. Byla jsem v nemocnici v Havlíčkově brodě. Tam jsem byla 14 dní. Pak mě pustili domů.*

(Klient 3) *„Jel jsem v kamionu, udělalo se mi na omdlení a tak jsem zastavil u krajnice. Omdlel jsem úplně. Potom jsem se probudil a zaparkoval na parkovišti. Když jsem vyšel ven, zase jsem úplně omdlel. Prý mě někdo našel a zavolal sanitku. Probudil jsem se v nemocnici. Uměl jsem jen italsky, úplně jsem přestal mluvit česky. Řeč mi vázla. Museli, na mě mluvit jen italsky, češtině jsem nerozuměl. Vůbec jsem nechodil. Necítil jsem pravou polovinu těla. Na začátku jsem měl cévku. Byl to hrozný*

stav, být takhle daleko, nikoho jsem tam neznal. Když jsem začal trochu chodit s chodítkem, převezli mě do nemocnice v Teplicích. Tam jsem byl 1 měsíc a pak jsem šel domů. Po druhý jsem dostal mrtvici u přítelkyně doma. Je to 2 roky zpět. Zase jsem omdlel, probudil jsem se a zavolal záchranku. Byl jsem v nemocnici Havlíčkově Brodě 1 měsíc. Všechno bylo mírnější. Ty stavy nebyly tak hrozný jako předtím.

(Klient 4) *„Byl jsem u svého bratra, tam to na mě přišlo. Vůbec nic jsem nevěděl. Cítil jsem hořko v puse. Takový blbý pocit jsem měl. Začal jsem se klátit a když jsem šel,pořád jsem padal na levou stranu. Potácel jsem se doleva. Oni si mysleli, že jsem, opilý, ale nebyl jsem. Byl jsem u doktorky, tam mě naložila sanita a odvezla do nemocnice Havlíčkův Brod. Tam jsem byl 2 a půl týdne na neurologii a 3 týdny na rehabilitaci. Potom mě pustili domů.*

(Klient 5) Z důvodu zhoršené komunikace u klienta byla do rozhovoru zapojena jeho manželka, která pomohla s ujasněním pojmů a odpovědí. *„Stalo se to doma, šel si lehnout a když chtěl jít na záchod, spadl. Doplazil se do postele. Volala jsem hned obvodního lékaře. Ten, když přišel, volal záchranku. Spadl mu koutek, ukazoval na pusu, že nemůže mluvit. A taky ukazoval na ruku, že s ní něco má. Počůral se při tom. Bylo vidět, že má strach. Byl převezen do nemocnice v Havlíčkově Brodě. Na neurologii byl 1 týden, po týdnu šel na LDN, tam byl 2 měsíce. Pak jsme si ho vzali domů. Nehýbal celou pravou polovinou těla. Neudržel 8 měsíců moč a stolici. Měl cévku a byl na pamperskách. Nepoznával rodinu, jen mě a své dcery. Vnoučata mu vždycky musela říct, kdo jsou. Rozuměl nám, co říkáme, ale když chtěl něco říct on, tak z něho vyšel blud. Jednou na nás mluvil dokonce německy a morseovkou. Nemluvil ve větách, pouze slovy. Hodně se mu střídaly nálady. Někdy brečel a bylo na něm vidět, jak ho to všechno štve a hlavně, že mu nerozumíme. Občas byl i agresivní, když chtěl něco říct a my jsme nevěděli, co po nás chce.“*

Tabulka č. 4 Využití sociálních služeb, dávek a kompenzačních pomůcek

Využití sociálních služeb		
	Jaké	Jejich znalost
Klientka 1	Pečovatelská služba, zajištění obědů bez donášky	Nezná je, jen ví o pečovatelské službě, která je v místě bydliště
Klientka 2	Charita – Domácí zdravotní péče	Nezná sociální služby
Klient 3	Nevyužíval žádné služby, pomoc od rodiny	Nezná sociální služby
Klient 4	Nevyužíval žádné služby, pomoc od rodiny	Nezná sociální služby
Klient 5	Charita – osobní asistence	On sám je nezná, ale rodina o nich ví.
Využití dávek		
	Jaké	Jejich znalost
Klientka 1	Invalidní důchod III. stupně, kartu ZTP, příspěvek na mobilitu, dříve příspěvek na péči dnes ne	Ano zná je
Klientka 2	Starobní důchod, příspěvek na péči a příspěvek na mobilitu	Ano zná je
Klient 3	Invalidní důchod III. stupně, příspěvek na mobilitu, dříve příspěvek na péči a ZTP	Ano zná je
Klient 4	Invalidní důchod III. stupně	Zná jen tuto dávku, o jiných neví
Klient 5	Starobní důchod, příspěvek na péči	Ano zná je

Kompenzační pomůcky		
	Jaké	Znalost
Klientka 1	Hůl	Nezná je
Klientka 2	Francouzkou hůl	Nezná je
Klient 3	Hůlku, dříve chodítko	Spíše je nezná
Klient 4	2 hole (čtyřnožka, dvojnožka)	Nezná je
Klient 5	Chodítko, lůžko polohovací s možností elektrického nastavení, podložka antidekubitní mechanický vozík, křeslo klozetové, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC, hole	On sám je nezná ale rodina ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda využívali sociální služby, odpověděli 2 klienti, že žádné nevyužili, ke 2 klientům docházela charita a 1 klientka využívá pečovatelskou službu. (Klient 4) *„Nic takového jako službu nevyužívám.“* (Klientka 2) *„Pečovatelská služba nám zajistila obědy, ale syn pro ně chodí.“* (Klientka 1) *„Akorát za mnou chodila zdravotní sestřička, když jsem na tom byla hodně špatně, ta mě chodila rehabilitovat nohu. Byla pod charitou.“* Z 5 klientů uvedli 3 respondenti, že neznají sociální služby, 1 klient ví o pečovatelské službě, protože je v místě bydliště. U 1 klienta zná tyto služby rodina.

Všichni dotazovaní klienti uvedli, že znají dávky, pouze jeden klient odpověděl, že zná dávku, kterou pobírá, o dalších neví.

Klienti odpovídali na otázku, jaké využívají dávky. Z 5 klientů odpověděli 3, že pobírají invalidní důchod III. stupně, příspěvek na mobilitu, 2 mají starobní důchod, příspěvek na péči a 1 klient má kartu ZTP. (Klientka 1) *„Mám ZTP. 400Kč mi dávají na mobilitu. Mám invalidní důchod III. stupně. Vím o dávkách. Příspěvek na péči pobíral dříve můj druh.“* (Klientka 2) *„Pobírám starobní důchod. Příspěvek na mobilitu*

mám. Taky příspěvek na péči.“ (Klient 4) *„Dříve jsem měl příspěvek na péči a ZTP, pak mi to sebrali.“*

Na otázku znalosti kompenzačních pomůcek, odpověděli 3 klienti, že neznají jiné kompenzační pomůcky, než ty které využívají, 1 klient uvedl, že je spíše nezná a u 1 klienta zná kompenzační pomůcky rodina respondenta.

Klienti uvedli kompenzační pomůcky, které využívali nebo stále využívají. Převážně používají hole. Někteří využili více kompenzačních pomůcek jako například chodítko. (Klient 3) *„Na začátku jsem doma chodil s chodítkem. Když jsem se zlepšil, používal jsem jen hůlku.“* (Klient 4) *„Tuhle čtyřnožku používám doma. Na ven mám jinou. Zaplatila mi to pojišťovna. Jinou mi koupil bratr za své.“* (Klient 5) *„Máme polohovací postel s tou antodekubitní podložku, vozíček, chodítko, gramofón, hůl, pak jsme předělávali koupelnu a záchod. Měli jsme před tím vanu a manžel od naší holky ho tam musel dávat.“*

Tabulka č. 5 Využití složek ucelené rehabilitace, pomoc od rodiny

Využití složek ucelené rehabilitace	
Klientka 1	Rehabilitace v Chotěboři, dvakrát v Jánských lázních,
Klientka 2	Rehabilitace v Chotěboři, logoped
Klient 3	Lázně v Dubí, dvakrát v Jánských lázních, logoped
Klient 4	Rehabilitace v Chotěboři
Klient 5	Dvakrát v Hamzově odborné léčebně, klinický logoped v Hlinsku
Pomoc od rodiny	
Klientka 1	Velice dobrá, převážně od druha
Klientka 2	Velice dobrá, opora v rodině
Klient 3	Na začátku dobrá, poté došlo k rozpadu manželství v důsledku prodělání CMP
Klient 4	Velice dobrá, převážně od bratrů
Klient 5	Velice dobrá, zapojení celé rodiny

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni klienti odpověděli kladně na otázku, zda využili složky ucelené rehabilitace. Klienti 1, 2 a 4 podstoupili rehabilitaci v Chotěboři. Klientka 1 uvádí: *„Když mě propustili z té nemocnice, tak jsem asi tak 2 měsíce byla doma a po 2 měsících mě hned zajistil pan doktor v Chotěboři rehabilitaci“.* Klientka 2 říká: *„do Chotěboře jsem pak jezdila na rehabilitaci“.* Z 5 respondentů 3 odpověděli, že vyžili logopeda: *„Na to mluvení jsem chodila“* a 2 klienti rehabilitovali v Jánských Lázních. (Klientka1)

„V Jánských Lázních jsem byla dvakrát. Nedocházela jsem k logopedovi, protože se mi

řeč potom vrátila sama od sebe a pak jsem ani nezadrhávala.“ (Klient 3) *„ Nejvíc mi pomohli v lázních v Dubí. Dá se říct, že tam mě dali do kupy. Pak jsem byl ještě dvakrát v Jánských Lázních.* (Klient 5) *„Byl dvakrát v Košumberku v léčebně. Poprvé na 6 týdnů, podruhé na 5 týdnů. Hodně mu tam pomohli. Začal trošku hýbat nohou a rukou.*

U 4 respondentů proběhla pomoc od rodiny velice dobře, u klienta 3 byla pomoc na začátku, poté došlo k rozpadu manželství v důsledku prodělání CMP. Klientka 1 uvedla: *„Já si myslím, že to fungovalo, hodně mi pomáhali, to je pravda. Vlastně za mě všechno žehlili, uklízeli a stírali. Jak já bych vyždímala jednou rukou hadr. Měla jsem dobrou motivaci k uzdravení kvůli rodině. Rodina to vzala docela dobře. Nezačali se ke mně chovat jinak, furt mě brali takovou, jaká jsem.“* Klientka 2 odpověděla: *„Všichni mi moc pomohli a pomáhají. Hlavně děti.“*. Klient 3 říká: *„Všichni mi na začátku moc pomáhali. Nejvíc dcera. Manželka to na začátku snášela, ale že jsem nenosil domů peníze a ještě se o mě musela starat, požádala o rozvod. Nezvládala to. Šel jsem z baráku. Potom jsem bydlel po kamarádech, kde se dalo. Motivaci k uzdravení jsem měl. Hlavně kvůli rodině. V Jánských Lázních jsem potkal současnou přítelkyni. Jsem za ni moc rád. Chápe mě a naučila mě chodit zase do společnosti.* U klienta 5 proběhla pomoc od rodiny velice dobře a obětavě. *„Celá rodina se zapojila do péče. Každý měl určitou funkci. Někdo s ním cvičil, další s ním četl, zlepšoval to mluvení.* V této rodině byl hlavní problém, že se dopady nezmírňovaly, ale stále přetrvávaly. Každému v této rodině docházely síly. Každé zlepšení u respondenta bylo jen nepatrné. Rodina pečuje o klienta v oblasti hygieny, stravování, oblékání, rehabilitace (tělesné, sociální, pedagogické) a v mnoha dalších.

Tabulka č. 6 Komunikace a vztahy s veřejností

Komunikace	
Klientka 1	Zapomíná slova, neumí se vyjádřit
Klientka 2	Špatně se jí mluví, nemůže si vzpomenout na slova
Klient 3	Opakuje se, ale není si toho vědom, pomalejší myšlení
Klient 4	Komunikace dobrá
Klient 5	Komunikuje velice špatně, nemluví ve větách, neumí se vyjádřit
Vztahy s veřejností	
Klientka 1	Dnes lepší, opustili jí přátelé, dříve se stranila lidí
Klientka 2	Dobré, snaží se mluvit
Klient 3	Trochu omezené
Klient 4	Výrazně se nezměnily
Klient 5	Špatné v důsledku komunikační, tělesné bariéry

Zdroj: Vlastní výzkum

Z 5 klientů odpověděli 4 respondenti na otázku, jak probíhá komunikace dnes, záporně. Nemohou si vzpomenout na otázku, musí se na ně mluvit pomaleji, neumí se vyjádřit a opakují se. Klient 4 na tuto otázku odpověděl: *„Největší štěstí je, že můžu normálně mluvit, že mi to nepostihlo mluvu.“* Ostatní respondenti odpovídali: (Klientka 1) *„Zapomínám prostě nějaký slova. Některý slovo neumím vyjádřit. Zapomínám hodně.“* (Klientka 2) *„Dělá mi problém najít ty slova. Špatně se mi mluví. Trochu ta paměť dělá problémy. Ptám se, jak se to jmenuje, nemůžu si vzpomenout na tu věc. Ale snažím se mluvit s lidmi.“* (Klient 3) *„Prý se opakuju, ale já o tom nevím. Ostatní mi to říkají, že jsem o tom před chvilkou mluvil. Když jsem někde ve společnosti, a mluví tam hodně lidí najednou, nestíhám jim rozumět. Musí na mě mluvit jeden a pomalu.“*

(Klient 5) *„Komunikuje jen slovem. Neumí složit větu dohromady. Nedokáže se vyjádřit. My mu nerozumíme, a proto je pak agresivní. Když začne nějakou větu, tak první slovíčka do sebe zapadají, ale pak z něho vyjde blud. A my nevíme, co vlastně po nás chce. Někdy vydává jen takový skřeky“.*

U většiny respondentů jsem měla problém s určením, kde končí a začíná věta v důsledku špatné intonace. Často hledali slovíčka. Nechtěla jsem jim vkládat do úst svoje názory. Poskytovala jsem dostatek času na promyšlení. Po čase na to slovo přišli sami nebo jsme společnými silami našli vyhovující odpověď.

Vztahy z veřejností bral každý jedinec jinak. Ti mladší, kteří stále navštěvují společenské akce, přistupovali k této problematice skepticky. Různé názory na vztahy z veřejností: (Klientka 1) *„Stranila jsem se lidí, protože, když mě potkali, tak prostě na mě ukazovali, nebylo mi to příjemný. Hrozně málo jsem chodila ven. Přátelé mě hodně opustili. Myslím si, že se za mě ten druh styděl. Takže já jsem pomalu nikam nechodila.“* (Klientka 2) *„Když dojdu na zahrádku, tak se mnou hodně lidí mluví. Lidé se zastavují a ptají se, jak se mám a tak dále. Hodně za mnou chodí rodina a pomáhá mi. Jsem ráda, že se mnou takhle mluví.“* (Klient 3) *„Do společnosti moc často nechodím. Mám hodně přátel, ale jsem s* nimi *v kontaktu spíše přes internet. Když si jdeme někam sednout, tak nestíhám ostatní, když mluví. Mám s tím problémy a ptát se jich pokaždé, aby to zopakovali, je trapný. Občas si jdu sednout do hospody, ale sedím tam sám a pozoruji ostatní. Jsem rád, když můžu být se svoji přítelkyní, hodně cestujeme a snažíme se nesedět furt doma.“* (Klient 5) *„Kluci chodí. Vnučky taky a miki. Tím myslel, že chodí na návštěvu hodně přátel, hlavně od něj z práce. Vždycky každému pomohl, když potřebovali, takže ho mají rádi. A miki je pes, má ho rád. Vždycky skočí tátovi do postele a ten ho jen hladí. Když je hezké počasí, snažíme se s ním jít ven. Naložíme ho do vozíku a jedeme se někam projet. Třeba k nám na zahradu. A po cestě ho zastavují lidé a snaží se s ním mluvit, i když je to těžké. Jsem ráda, že na něho myslí.“*

Tabulka č. 7 Sociální dopady a situace dnes

Sociální dopady a situace dnes	
Klientka 1	Finanční pokles, pocit izolovanosti, Neuropatické bolesti 24 hodin
Klientka 2	Výrazné dopady nejsou, k finančnímu poklesu nedošlo Problém s komunikací
Klient 3	Výrazný finanční pokles, rozpad rodiny, zhoršená mobilita
Klient 4	Pohyblivost je horší, k finančnímu poklesu nedošlo
Klient 5	Výrazný finanční pokles, zhoršená mobilita, problém s komunikací

Zdroj: Vlastní výzkum

U klientů 1, 4, 5 došlo k finančnímu poklesu a u 2 respondentů dokonce k výraznému. Dva klienti odpověděli, že mají problém s komunikací, jiní mají zhoršenou mobilitu. Jako další dopady uvedli klienti rozpad rodiny a neuropatické bolesti.

Klientka 1 uvádí: *„Dokad se mi nestala ta mrtvice, tak jsem vlastně furt dělala a byla jsem na tom daleko lepší. Měla jsem dobrou práci a dobře jsem si vydělala. Takže ty peníze teď chybí, není jich tolik. Dost došlo k finančnímu poklesu. Připadám si izolovaně. Přátelé mě hodně opustili. Nenavrátila jsem se do života, protože mám furt ty neuropatické bolesti. Mám je 24 hodin, prostě mě to nedovoluje vrátit se do normálního života. Večír je to daleko horší. Hodně zapomínám, nemůžu si vzpomenout.“* U klientky 2 nedošlo k finančnímu poklesu, jelikož před proděláním CMP pobírala starobní důchod. Finance jsou stále stejné. Klientka nemá závažné fyzické problémy a je v mnoha případech soběstačná. Finance se využívají stejně jako před proděláním CMP. Klientka má velikou rodinu, která je ochotna kdykoli pomoci. Největší sociální dopad klientky je, že má omezenou komunikační schopnost. *„Snažím se mluvit s lidmi, ale nemůžu si vzpomenout na slovíčka.“* Klient 3 říká: *„Mám o dost míň peněz. Dřív jsem jezdil kamionem a vydělal jsem si docela dost. Po mrtvici jsem nemohl pracovat a tak nemám peníze, na které jsem byl zvyklý. Proto se také se mnou manželka rozvedla. Dřív jsem jí nosil domů peníze a teď mám dost málo oproti tomu,*

co jsem vydělal dřív. Neměl jsem prachy a ještě se o mě musela starat, tak to nezvládla a vyhodila mě.“ U klienta 5 nedošlo k integraci, jelikož je stále plně závislý na pomoci rodiny. Jeho status se výrazně změnil. Dopady CMP jsou stále velice těžké. *„Zlepšil se v té hygieně, už není na pamperskách a nemá ani cévku. Na vozíčku se pohybuje po bytě. Dojede si na záchod. Chvilku mu to trvá, než tam dojede, ale zvládá to. Jídlo mu dám na talíř nakrájené a on se už nají sám. Jí lžící. Když s ním chodíme, tak ujde asi 200 metrů a potom si musí odpočinout. Takže to hýbání se taky zlepšilo. Ta mluva je ale furt špatná. Snažíme se s ním cvičit, ale moc to nejde.“* Výrazný finanční pokles byl v důsledku zakoupení kvalitních hygienických prostředků. Pomůcky na hygienu - *„stojí to moc peněz ty podložky, pěny na umývání a další prostředky.“*

Tabulka č. 8 Rodinný příslušníci a demografické údaje

Rodinný příslušníci a demografické údaje				
	Věk	Pohlaví	Zaměstnání	Stav
Rodinný příslušník 1	59	Muž (druh)	Taxikář	Rozvedený
Rodinný příslušník 2	79	Muž (manžel)	Důchodce	Ženatý
Rodinný příslušník 3	23	Žena (dcera)	Student	Svobodná
Rodinný příslušník 4	55	Muž (bratr)	Nezaměstnaný	Rozvedený
Rodinný příslušník 5	41	Žena (dcera)	Zaměstnaná - účetní	Vdaná

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo 5 rodinných příslušníků ve věku od 23 do 79 let. Tito příslušníci se podíleli na rehabilitaci a pomoci klientovi zvládnout dopady CMP. V příbuzenském poměru ke klientům byly 2 dcery, 1 bratr a 1 manžel. U klientky 1 byl pečovatelem její druh. U 2 rodinných příslušníků bylo pečování ztíženo plnou pracovní dobou v zaměstnání.

Tabulka č. 9 Rodinný příslušníci a CMP

Rodinný příslušníci a CMP	
	Přijetí onemocnění postiženého
Rodinný příslušník 1	Ano ale jen dočasně, po čase pochybnosti
Rodinný příslušník 2	Ano došlo k přijetí, pečovatel má sám postižení
Rodinný příslušník 3	Na začátku nedošlo k přijetí, poté ano dopady nebyly tolik závažné
Rodinný příslušník 4	Ano došlo k přijetí
Rodinný příslušník 5	Nedošlo k přijetí, vyrovnání
	Finanční pokles v rodině
Rodinný příslušník 1	Ano došlo k finančnímu poklesu
Rodinný příslušník 2	Nedošlo k finančnímu poklesu
Rodinný příslušník 3	Ano došlo k finančnímu poklesu
Rodinný příslušník 4	Nedošlo k finančnímu poklesu
Rodinný příslušník 5	Ano došlo k finančnímu poklesu
	Izolace pečovatele od společnosti
Rodinný příslušník 1	Na začátku ano, poté začal chodit do společnosti
Rodinný příslušník 2	Nedošlo k izolaci
Rodinný příslušník 3	Došlo ale jen z části
Rodinný příslušník 4	Nedošlo k izolaci
Rodinný příslušník 5	Došlo ale jen z části
	Informace o CMP
Rodinný příslušník 1	Ano informace o CMP dostali
Rodinný příslušník 2	Ano informace o CMP dostali
Rodinný příslušník 3	Ano informace o CMP dostali
Rodinný příslušník 4	Jen z části, podrobnější informace nedostali
Rodinný příslušník 5	Nedostali informace o CMP

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina rodinných příslušníků odpovídala kladně na otázku, zda přijali onemocnění postiženého nebo se s ním, smířili. Z 5 respondentů uvedli 2, že se s onemocněním nevyrovnali. Rodinný příslušník 2 a 4 uvádí: *„Srovnal jsem se s tím dobře. Já jsem s tím počítal, že to bude jiný. Já sám se sotva hejbu. Takže vím jaké to je.“ „Tak brácha mluví normálně, jen má tu nohu špatnou. Takže jsem chodil na nákupy a obstarával ostatní věci. Takže jsem to vzal tak, jak to je.“* (Rodinný příslušník 1) *„Na začátku jsem to bral tak , jak to je. Potřebovala pomoc, tak jsem pomáhal, kde se dalo. Ale po čase jsem zjistil, že takhle to dál nejde. Staral jsem se o ní 2 měsíce, pak jela do lázní. Tam jí dali do kupy a ona se dokázala postarat sama o sebe. Když jsem viděl, že se o sebe dokáže postarat sama, tak jsme se rozešli. Nezvládal jsem to.“* Jinak odpověděl rodinný příslušník 5: *„Nemohla jsem se s tím v žádném případě vyrovnat. Protože byl celý život vlastně zdráv. Nečekala jsem, že by mohl takhle tatínek dopadnout. Nejvíc mně vadilo, že lékaři vše řešili dáním tatínka do ústavu. Což jsme my zásadně odmítali. Prostě nechtěli jsme si to připustit, že by měl být daný do ústavu. Já jsem se rozhodla, že tatínka vezmeme domů.*

Na otázku, zda došlo k finančnímu poklesu rodiny, odpověděli 3 rodinní příslušníci, že došlo výrazně k finančnímu poklesu. Naopak 2 rodinní příslušníci nezaznamenali finanční pokles. Rodinný příslušník 2 a 4 uvedli: *„Finanční problémy jsme neměli. Oba dva jsme měli starobní důchod a ten máme i teď.“* nebo *„S tím co máme, vyžijeme. Nic víc nepotřebujeme. Jsme na tom postejně jako před mrtvicí.“* Naopak rodinní příslušníci 1, 3 a 5 říkají: *„Peněz bylo míň, ona před tím pracovala a měla víc peněz. Snažil jsem se víc pracovat, ale kšeftů bylo málo.“* nebo *„Taťka před mrtvicí víc vydělával. Měl pěkný plat. Potom bylo peněz míň a bylo to znát. Jeho manželka byla zvyklá na peníze, které nosil domů před mrtvicí a když pak nevydělával, tak se s ním rozvedla a vyhodila nás.* (Rodinný příslušník 5) *„Hodně se dá peněz na hygienu, pampersky, čisticí prostředky, různé olejíčky. A ohledně stravy kupujeme mu kvalitní stravu. Nějaký speciální nutridrinky, po kterých nabíral.“*

K izolaci pečovatele od společnosti došlo ale jen z části u 3 respondentů. U rodinných příslušníků 2 a 4 nedošlo k izolaci. *„Vůbec se necítím izolovaně. Všichni se ke mně chovají hezky. Máme štěstí, že bydlíme na náměstí, každý nás do oken zdraví, mává nám.“* Rodinný příslušník 1 říká: *„Na začátku, když potřebovala hodně pomoc s oblékáním, umýváním, česáním, jsem byl spíše s ní doma. Když odjela do lázní, začal jsem zase chodit ven.“* Rodinní příslušníci 3 a 5 se shodují: *„Ostatní věci jsem oželela, protože to byl můj otec, tak mi to tolik nepřipadalo.“* Respondent 5 dodává: *„Vadí mi, že nemůžu na zahradu. Nejvíc mně vadí, že nemám čas na svoji vlastní rodinu. Vadí mi, že všechno zůstalo na mě. Ze začátku, když jsem musela s taťkou cvičit, jsem chodila domů hodně unavená a na nic jsem pak neměla náladu.*

Na otázku, zda byly rodině poskytnuty informace o CMP, odpověděli 3 rodinní příslušníci, že dostali všechny potřebné informace, 1 respondent uvedl, že nedostali a 1 dostal informace jen okrajově. Rodinní příslušníci 1 až 3 se shodli na dostatečném množství informací o CMP. *„Já si myslím, že jsme dostali všechny informace. O mrtvici to mně všechno vysvětlili. Od doktorky jsem se taky hodně dozvěděl. Já jsem měl taky příspěvek na péči, tak z toho jsem to věděl.“* Rodinný příslušník 5 říká: *„Od personálu jsme se nic nedozvěděli. Co jsem si nevyštěkala, to jsem neměla. Vadilo mi, že lékaři nám kloudně nedávali informace. Proto jsem si sama zjistila telefon na svaz postižených, kteří mi řekli, kam se mám obrátit ohledně kompenzačních pomůcek.“*

5 DISKUZE

Hlavní výzkumná otázka měla zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda interakce v rodině. Interakce v rodině ovlivňuje, jak se jedinec a rodina vyrovnali a přijali dané onemocnění. Křivohlavý uvádí, že představy pacienta o tom, co mu je, ovlivňují daného člověka při jeho vnímání vlastního zdravotního stavu a zároveň ho i ovlivňují při jeho interpretaci toho, jak na tom zdravotně je (30). S tímto tvrzením souhlasím, při výzkumu jsem se setkala s jedinci, kteří dopady CMP nebrali jako něco významného. Uvedli, že mají v důsledku prodělání CMP určité omezení, ale interpretovali ho jako nezávažné. Křivohlavý dále říká, že ve fázi vlastního boje s nemocí jde u pacienta v prvé řadě o uvědomění si souboru postupů, kterými je možné daný problém řešit (30). O tomto tvrzení jsem se přesvědčila, kdy respondenti hovořili o motivaci k uzdravení, chtěli se co nejrychleji vrátit do rodiny. Drželi se daných postupů při rehabilitaci, která jim pomohla se navrátit do původního sociálního prostředí.

Vágnerová uvádí, že onemocnění není záležitostí jen jedince, ale ovlivňuje životy celé rodiny. Mění se postavení nemocného, role ostatních členů rodiny, celkový životní styl a někdy jsou i ovlivněny jejich hodnoty a normy. Vyrovnat se s takovýmto stresem vyžaduje čas (50). Rodinný příslušník 5 na tuto problematiku uvedl: *„Hodně mi to změnilo život. Od té doby mám strach o každého. Bojím se o své nejbližší. Vadí mi, co si taťka musí prožívat. Vadí mi, jak na tom taťka psychicky je. Také mi vadí, že nemám čas na svoji vlastní rodinu. Trpí tím můj manžel a moje děti.“* U této problematiky jsou dva typy jedinců, buďto příliš aktivní, kteří se nemohou smířit s dopady a snaží se najít různá východiska pro uzdravení. Nebo se jedná o rodinné příslušníky, kteří rezignují. Během výzkumu jsem se nesetkala s rezignujícím typem rodinného příslušníka. Klienti během rozhovoru uváděli různé zkušenosti (z nemocnice, při rehabilitaci) s ostatními pacienty, kteří prodělali CMP tak i s jejich rodinami. Myslím si, že rodina je velice důležitý motivační prostředek pro uzdravení a navrácení se do společnosti. Také to ale mohou být přátelé. Například klient 3 odpověděl:

„Všichni mi na začátku moc pomáhali. Nejvíc dcera. Manželka to na začátku snášela ale, že jsem nenosil domů peníze a ještě se o mě musela starat, požádala o rozvod. Nezvládala to. Šel jsem z baráku. Potom jsem bydlel po kamarádech, kde se dalo.“ U tohoto klienta převážně zapůsobili přátelé. Myslím si, že kdyby v tu chvíli neměl tolik dobrých přátel, mohla se vyvinout velice náročná životní situace. Tím jsem chtěla naznačit, jak je rodina důležitá při poskytování péče nemocnému jedinci. Když si rodina uvědomí, že je někdo blízký těžce nemocný, mohou se objevit deprese, pocity bezmocnosti a viny. Odpověď rodinného příslušníka 5 vystihuje tuto situaci: „*Nemohla jsem se s tím v žádném případě vyrovnat. Protože byl celý život vlastně zdráv. Nečekala jsem, že by mohl takhle tatínek dopadnout. Nejvíc mně vadilo, že nám lékaři kloudně nedávali informace. Řešili vše dáním tatínka do ústavu. Což jsme mi zásadně popírali. Prostě nechtěli jsme si to připustit, že by měl být daný v nějakém ústavu.“* Líbí se mi výrok Vágnerové, kde říká, že nemoc blízkého člověka představuje značnou zátěž. Vědomí jeho utrpení, respektive ohrožení, ale i změna chování nemocného vyvolává různé reakce. Proto není snadné se chovat požadovaným způsobem (50). S tímto tvrzením velice sympatizuji. Myslím si, že pečovatel se snaží co nejvíce udělat pro svého blízkého, ale neuvědomuje si, že jestliže on sám nebude v „pohodě“, tak bude dělat problémy nemocnému se s onemocněním vyrovnat. Můj názor je, že by si měl pečovatel odpočinout a stanovit si hranice svých možností.

Dle mého názoru jsou velice důležité rizikové faktory. Feigin uvádí, že mnoho CMP vzniká následkem kombinace medicínských (například vysoký TK) a návykových (například kouření) příčin. Některé rizikové faktory jsou zcela eliminovány nebo redukovány. Mnohé z rizikových faktorů se vzájemně ovlivňují. Jeden může zesilovat účinek toho druhého a obráceně. Riziko vzniku CMP roste s počtem kombinovaných rizikových faktorů (17). U respondentů se objevily tyto rizikové faktory: vysoký TK, pravidelné kouření a konzumace alkoholu. Z výzkumu vyplývá, že je nedostatečná informovanost respondentů o důsledcích rizikových faktorů. Nikdo z nich nevěděl o příčinách (rizikových faktorech) CMP. Jen málo z klientů vědělo informace o CMP před proděláním iktu. U 2 klientů došlo ke shodě, že věděli o úmrtnosti spojené s proděláním CMP. Ostatní respondenti netušili, že jejich životní styl a některá

onemocnění vedou ke vzniku iktu. Proto se také domnívám, že je málo informovanosti o prevenci a předcházení CMP. Klient 3 uvedl: *„Nic jsem o ní nevěděl. Přišlo to z ničeho nic. Nevěděl jsem o ni nic, akorát že to bude mít následky, ale nevěděl jsem jaký. A že když to člověk dostane, tak může být i po smrti.“*

Ve výzkumu jsem se setkala s jedinci, kteří měli velice těžké stavy neprodleně po prodělání CMP, ale díky dobré rehabilitaci a pomoci rodiny se tyto dopady výrazně zmírnily. Interakce v rodině byly ovlivněny důsledky CMP. U každého jedince jsou tyto důsledky přijímány odlišně a individuálně. Z výzkumu vyplývá, že počáteční stavy po CMP u respondentů byli pravostranná hemiparéza, levostranná hemiparéza, pravostranná hemiplegie, řečová apraxie, bolesti hlavy, akustická agnozie, ataxie, kognitivní problémy, ztráta normálně kontrolovaných pohybů, inkontinence, prozoagnozie, změny nálady a pocity úzkosti. Příklad bezmocnosti u klientky v důsledku dopadů CMP: „*To je taková bezmoc, když vlastně se neumíš postarat o sama sebe, vždyť jsem se neuměla učesat, vždyť jsem pravák a já jsem nedokázala ani zvednout pravou ruku, všechno levou, čistit si zuby, oblékání, vždyť jsem si ani neuměla zapnout knoflík na kalhotách. Výkyvy v náladách jsem měla hrozný.“*

Urban uvádí, že prvkem interakce je komunikace nebo předmětná činnost, kdy výsledkem pak jsou psychické kvality či změna prostředí (49). Slowík praví, že komunikace je jedním z nezbytných předpokladů úspěšné socializace každého lidského jedince. Komunikační obtíže jedince jsou pro něj v rámci běžné společnosti většinou silně stigmatizující (46). S tímto výrokem souhlasím jen z části. Záleží na individualitě nemocného a také na jeho povaze. U respondentky 2 bylo vidět v důsledku jejího postižení, že začlenění jak do rodiny, tak mezi přátelé i veřejnost, proběhlo velice dobře. Slowík také říká, že možnosti a úspěšnost nápravy závisí na rozsahu poškození mozkových center, na věku, ale také na kvalitě a včasnosti logopedické péče, na úsilí a motivaci dotyčného jedince, na podpoře blízkého okolí a dalších faktorech (46). Toto tvrzení je bližší mému názoru. Klient 3 nemluvil vůbec česky. Rozuměl všemu, co ostatní říkali, ale museli na něj mluvit italsky. Po dobré rehabilitaci se respondentovi navrátila komunikační schopnost. Určité omezení v komunikaci stále má, ale není tak výrazné. Klientka 2 uvedla v rozhovoru: „*Mluvit*

jsem uměla, ale prostě jsem jen koktala, váznul mě prostě hodně jazyk. Některé slovo neumím vyjádřit. Zapomínám hodně. Nedocházela jsem k logopedovi, protože se mi řeč potom vrátila sama od sebe, pak jsem ani nezadrhávala." Klientka má problémy s komunikací do teď. Často si nemůže vzpomenout na slovo. Myslím si, že u některých respondentů je komunikační schopnost narušena tak, že už nedojde k úplnému navrácení této schopnosti.

Ve výzkumu jsem se zabývala sociálními dopady. U jedinců po CMP může docházet ke snížení rodinných příjmů. CMP může vést k izolaci rodiny i ve společnosti. Může docházet i ke změně vztahů. K výraznému finančnímu poklesu došlo u 3 respondentů. Klientka 1 na toto téma uvádí: *„Dokud se mi nestala ta mrtvice, tak jsem vlastně furt dělala a byla jsem na tom daleko lepší. Měla jsem dobrou práci a dobře jsem si vydělala. Takže ty peníze teď chybí, není jich tolik."* Myslím si, že smíření se s tím, že nemůže klient dostatečně zabezpečit finančně rodinu a ještě se stává závislým na jejich pomoci, může u něho vést k psychickým problémům. U 2 klientů nedošlo k finančnímu poklesu, jelikož klientka 1 pobírala starobní důchod už před proděláním CMP a u klienta 4 zůstal stejný finanční příjem, jako měl před vznikem iktu.

Dílčí výzkumná otázka zní: Jak proběhla v rodině sociální pomoc? Formy sociální pomoci a informovanost jsou velice důležité u této problematiky. Na začátku výzkumu jsem měla názor, že jedinci nejsou dostatečně informováni o těchto formách pomoci. Z výzkumu vyplynulo, že 3 rodinní příslušníci i sami respondenti dostali potřebné informace od personálu mnoha zdravotnických i sociálních institutů. Rodinný příslušník 2 odpověděl na tuto otázku: *„Já si myslím, že jsme dostali všechny informace. O mrtvici to mně všechno vysvětlili. Od doktorky jsem se taky hodně dozvěděl. Já jsem měl taky příspěvek na péči, tak z toho jsem to věděl."*

Důležitá je také znalost poskytovaných služeb, které mohou respondenti využívat. Ve výzkumu se ukázalo, že 4 klienti nevědí o využití sociálních služeb pro danou problematiku. Proto si myslím, že by se měla zlepšit informovanost u jedinců po prodělané CMP. Formy sociální pomoci u těchto jedinců byly pečovatelská služba

a příspěvek na péči (dle zákona č. 108/2006), poskytnutí invalidního důchodu (dle zákona č. 155/1995), příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením (dle zákona č. 329/2011), příspěvek na zvláštní pomůcku (dle vyhlášky 388/2011) (8, 10, 11, 12). Další formy pomoci, které se uplatnily u respondentů jsou: ošetřovatelská péče (dle vyhlášky č. 55/2011, kompenzační pomůcky (dle zákona č. 48/1997) (9, 13). Ze zákona č. 48/1997 využili respondenti tyto kompenzační pomůcky: hůl, chodítko, lůžko polohovací s možností elektrického nastavení, podložka antidekubitní, mechanický vozík, křeslo klozetové (13). U kompenzačních pomůcek se také potvrdila neznalost u 4 respondentů. U dávek sociální pomoci se ukázala znalost u 4 klientů.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivnila cévní mozková příhoda interakce v rodině. V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum. Metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru byly získány informace o jednotlivých respondentech. Kvótní výběrový soubor byl tvořen pacienty po prodělané CMP a jeho rodinou ochotnou spolupracovat při sběru dat.

Rozhovor byl rozdělen do okruhů, které se týkaly identifikačních údajů respondentů, jejich životním stylem před prodělaním CMP, rizikovými faktory, které mohou ovlivnit vznik iktu, CMP a jejími dopady, využití složek ucelené rehabilitace, pomoci od rodiny, komunikace, vztahů s veřejností, sociálních dopadů a situaci v současné době. Dále byl rozhovor zaměřen na rodinné příslušníky. V rozhovoru byly okruhy - identifikační údaje příslušníků, přijetí onemocnění postiženého, finanční pokles rodiny, izolace pečovatele od společnosti a zda jim byli poskytnuty informace o CMP.

Výzkum ukázal, jakými dopady a prostředky byla integrace uskutečněna nebo znemožněna. Dále jak proběhla pomoc od rodiny k navrácení jedince do přirozeného sociálního prostředí. Výzkum poukázal také, jak se jedinec cítí ve společnosti a zda si myslí, že byl plně navrácen do běžného života.

Dílčí výzkumná otázka zněla: Jak proběhla v rodině sociální pomoc? Výzkum ukázal, jaké formy sociální pomoci klienti využili. Také jaká je informovanost respondentů o formách sociální pomoci. U klientů byla vyžita sociální pomoc: pečovatelská služba, příspěvek na péči, invalidní důchod, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku (stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC) a průkaz osoby se zdravotním postižením. Jiné formy pomoci u respondentů byli ošetřovatelská péče a kompenzační pomůcky hrazené ze zákona č. 48/1997. Kompenzační pomůcky, které využívají klienti, jsou: hůl, chodítko, lůžko polohovací s možností elektrického nastavení, podložka antidekubitní, mechanický vozík, křeslo klozetové

Předpokládané využití získaných poznatků bakalářské práce bude možno zužitkovat jako informační zdroj pro jedince a rodinu po CMP a také pro odbornou i laickou veřejnost.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: Učebnice pro lékařské fakulty*. přepac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. BEAR, Mark F, Barry W CONNORS a Michael A PARADISO. *Neuroscience: exploring the brain*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams, 2007, 857 s. ISBN 978-078-1760-034.
3. BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA et al. *Klinická neurologie: Část speciální I*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010, 707, s. ISBN 978-807-3873-899.
4. BOHÁČEK, Pavel a Daniela POLCAROVÁ. Sestra: (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody. [online]. 2007, č. 4 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/neuro-psychologicke-nasledky-cevni-mozkove-prihody-301153
5. BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
6. Cévní mozková příhoda (CMP): Co je to cévní mozková příhoda. [online]. 2012 [cit. 2013-04-26]. Dostupné z: http://www.mozkovaprihoda.cz
7. COLLINS, R. *Diferenciální diagnostika prvního kontaktu*. 2. české vyd. Editor Jan Lomíček, Zuzana Lomíčková. Praha: Grada, 2007, 578 s. ISBN 978-80-247-0897-3.
8. ČESKO. Vyhláška č. 388 ze dne 29. listopadu 2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 136, s. 5018 – 5025. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=388/2011%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

9. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. Března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482 – 544. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
10. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
11. ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986 – 2011. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=155/1995&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
12. ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. Října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky.* 2011, částka 115, s. 3970 – 3994. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=329/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
13. ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. Března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. 1997, částka 16, s. 1186 – 1264. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
14. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
15. DUFEK, Michal. Interní medicína pro praxi: Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. [online]. 2006 č. 6 [cit. 2013-04-26]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: http://www.solen.cz/pdfs/int/2002/06/10.pdf

16. European Stroke Organisation (ESO): Stroke facts. *European Stroke Organisation (ESO): Stroke facts* [online]. 2012 [cit. 2013-04-26]. Dostupné z: http://www.eso-stroke.org
17. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2007, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
18. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
19. HOUDEK, Michael et al. *Neuromodulace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 294 s. ISBN 978-802-4704-296.
20. HUTYRA, Martin. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 167 s. ISBN 978-802-4738-161.
21. CHROBÁK, Ladislav et al. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Nové, zcela přeprac. 2. vyd. doplněné testy. Praha: Grada, 2007, 243 s. ISBN 978-802-4713-090.
22. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 258 s. ISBN 978-802-4736-792.
23. JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 103 s. ISBN 80-704-0826-X.
24. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-802-4724-546.
25. KALINA, Miroslav et al. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 231 s. ISBN 978-807-3871-079.
26. KALITA, Zbyněk et al. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 623 s. ISBN 80-859-1226-0.

27. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 39 s. ISBN 978-802-0420-930.
28. KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
29. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
30. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
31. LAVÍČKOVÁ, Jana. Sestra: Sociální důsledky CMP pro nemocného a jeho rodinu. [online]. 2005, č. 10 [cit. 2013-04-07]. Dostupné z:http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/socialni-dusledky-cmp-pro-nemocneho-a-jeho-rodinu-288313
32. LOVE, Russell J a Wanda G WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 372 s. ISBN 978-807-3674-649.
33. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 519 s. ISBN 978-802-4727-646.
34. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
35. NEUMAN, Jiří a Hana POTMĚŠILOVÁ. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP: 30 dnů pro léčbu a prevenci CMP 2010. [online]. 2010 [cit. 2013-04-26].
Dostupné z: http://www.cmp.cz/jnp/cz/index.html
36. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 248 s. ISBN 978-802-4729-466.

37. PETEROVÁ, Věra a Pavel KALVACH. Practicus (odborný časopis praktických lékařů): Léčba akutních cévních mozkových příhod. [online]. 2002, č. 6, s. 38-40 [cit. 2013-04-26]. ISSN 1213-8711.
Dostupné z: http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus03-04.pdf
38. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 351 s. ISBN 978-802-4711-355.
39. PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ et al. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006, 362 s. ISBN 80-247-0843-4.
40. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada Publishing, c2004, 199 s. ISBN 80-247-0592-3.
41. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-802-4730-127.
42. Sdružení CMP. *Sdružení CMP* [online]. 2013 [cit. 2013-04-26]. Dostupné z: www.sdruzenicmp.cz/
43. SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
44. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-802-4727-332.
45. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-802-4730-134.
46. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-807-3676-919.
47. SPENCE, David J. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 255 s. ISBN 978-807-3870-584.
48. STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie Přel. S. Ježek*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
49. URBAN, Lukáš. *Sociologie trochu jinak*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2011, 271 s. ISBN 978-802-4735-627.

50. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
51. VELEMÍNSKÝ, Miloš et al. *Klinická propedeutika pro studující ZSF JU*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 143 s. ISBN 80-704-0837-5.
52. VOKURKA, Martin a Jan HUGO et al. *Velký lékařský slovník*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 1017 s. ISBN 80-734-5105-0.
53. VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-802-4736-976.
54. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.