



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Provázanost jednotlivých složek koordinované
rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Petra Hejzlarová

Vedoucí práce: Mgr. Bohdana Břízová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování

Velice ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Bohdaně Břízové, Ph.D., za odborné vedení mé diplomové práce, především za cenné rady, věnovaný čas a osobní přístup. Dále bych chtěla poděkovat paní Fialové za to, že mi umožnila provádět výzkumnou část diplomové práce v zařízení LRS Chvaly. A děkuji také všem dotazovaným odborníkům a klientům z tohoto střediska za jejich dobrou spolupráci a kladný přístup k rehabilitaci.

Provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě.

Abstrakt

Cévní mozková příhoda (CMP, iktus) je onemocnění postihující centrální nervový systém. Mnoho osob postihl iktus, a to i věkově mladších, především ve vyspělých zemích. U dospělých jedinců patří zvláště mezi nejčastější příčiny invalidity. Nyní je zaměřena větší pozornost na léčebnou rehabilitaci, ale důležité jsou všechny složky rehabilitace. Stav po iktu nese následky jak fyzické, psychické, tak i pracovní a sociální. Proto je důležitá včasná a koordinovaná rehabilitace, jelikož tím se zvyšuje možnost integrace jedince.

Diplomová práce má za cíl popsat jednotlivé složky koordinované rehabilitace poskytované osobám po CMP, a to v Léčebném a rehabilitačním středisku (LRS) Chvaly. Konkrétněji se zde autorka snaží zanalyzovat provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace.

Autorka se v teoretické části nejprve zaměřuje na vymezení CMP, dále obecně pojednává o koordinované rehabilitaci, následně konkretizuje koordinovanou rehabilitaci u osob po CMP a na závěr krátce popisuje zkoumané zařízení.

K dosažení cíle byl použit kvalitativní výzkum, metoda dotazování, technika polořízeného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvoří osoby po CMP z LRS Chvaly a pracovníci tohoto střediska uplatňující jednotlivé složky rehabilitace. Z výzkumu vyplývá, že jsou ve zkoumaném středisku propojovány složky léčebné a sociální, z nichž dominuje složka léčebná. Ve středisku je kladen důraz na soběstačnost osoby po iktu, spolupráci s rodinou a multidisciplinárního týmu, kterou také vnímají klienti po CMP.

Výsledky diplomové práce mohou posloužit jako zpětná vazba pro zkoumané zařízení, mohou být využity pro zvyšování kvality koordinované rehabilitace. Práce může být využita jako zdroj informací pro osoby po CMP a jejich rodiny.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda; koordinovaná rehabilitace; léčebná rehabilitace; pedagogická rehabilitace; pracovní rehabilitace; sociální rehabilitace.

Interconnection of Individual Components of the Coordinated Rehabilitation to Individuals with past Cerebrovascular Accident.

Abstract

Cerebrovascular accident (CVA, stroke) is a disease that affects the central nervous system. Many people, even younger in age, have suffered the stroke, and especially in developed countries. For adults it falls into the most common causes of disability. Greater attention is now focused on medical rehabilitation, but all the elements of rehabilitation are important. The status after stroke results in physical, psychological and social consequences. Therefore, early and coordinated rehabilitation is important, since it increases the possibility of the person's integration.

The diploma thesis aims to describe particular components of coordinated rehabilitation granted to the patients after the CVA in the treatment and rehabilitation centre Chvaly. More specifically, the author tries to analyse the coherence of the individual components of coordinated rehabilitation.

In the theoretical part, the author focuses at first on the definition of the CVA, follows up with a general treatise about the coordinated rehabilitation, and then she specifies coordinated rehabilitation for patients after the CVA, and briefly describes the facility under examination.

To achieve the objective there has been used qualitative research, the method of questioning, the technique of a semistructured interview. The research sample includes people after the CVA, and the staff of the treatment and rehabilitation centre Chvaly, applying specific elements of rehabilitation. Research indicates that in the examined centre they use therapeutic and social elements, where the treatment dominates. The treatment center puts emphasis on self-sufficiency of a person after the CVA, working with the family and a multidisciplinary team, which is also perceived by the clients after the CVA.

The results of the diploma thesis can serve as a feedback for the examined treatment centre, they can be used to improve the quality of coordinated rehabilitation. This work can be used as a source of information for people after the CVA and their families.

Key words: coordinated rehabilitation; medical rehabilitation; pedagogical rehabilitation; social rehabilitation; stroke; work rehabilitation.

Obsah

Úvod	9
1 Vymezení cévní mozkové příhody	10
1.1 Definice a klasifikace CMP	10
1.1.1 Ischemické cévní mozkové příhody	11
1.1.2 Hemoragické cévní mozkové příhody.....	12
1.2 Incidence a epidemiologie	13
1.3 Rizikové faktory	15
1.4 Následky po CMP	16
2 Koordinovaná rehabilitace	19
2.1 Pojetí a definice rehabilitace.....	19
2.2 Multidisciplinární tým	20
2.3 Návrh zákona o koordinované rehabilitaci v České republice	20
2.4 Složky koordinované rehabilitace	22
2.4.1 Léčebná rehabilitace	22
2.4.2 Sociální rehabilitace	28
2.4.3 Pedagogická rehabilitace	29
2.4.4 Pracovní rehabilitace	30
3 Možnosti koordinované rehabilitace u osob po CMP	33
3.1 Léčebná rehabilitace u osob po CMP	33
3.1.1 Fyzioterapie	33
3.1.2 Ergoterapie	35
3.1.3 Neuropsychologie.....	37
3.1.4 Logopedie.....	38
3.1.5 Expresivní terapie u osob po CMP	39
3.1.6 Zooterapie u osob po CMP.....	40
3.2 Sociální rehabilitace u osob po CMP.....	41
3.2.1 Sociální služby vhodné pro osoby po CMP	41
3.2.2 Sociální dávky	45
3.3 Pedagogická rehabilitace u osob po CMP	47
3.4 Pracovní rehabilitace u osob po CMP	47
4 Cíl práce a výzkumné otázky	48
4.1 Cíl práce.....	48
4.2 Výzkumné otázky	48
4.3 Operacionalizace pojmů	48

5 Metodika	50
6 Výsledky	57
6.1 Výsledky v souvislosti s první výzkumnou otázkou	57
6.1.1 Odpovědi klientů po CMP ze zařízení LRS Chvaly.....	57
6.1.2 Odpovědi rehabilitačních odborníků ze zařízení LRS Chvaly	60
6.1.3 Shrnutí odpovědí v souvislosti s první výzkumnou otázkou.....	67
6.2 Výsledky v souvislosti s druhou výzkumnou otázkou	68
6.2.1 Odpovědi klientů po CMP ze zařízení LRS Chvaly.....	68
6.2.2 Odpovědi rehabilitačních odborníků ze zařízení LRS Chvaly	72
6.2.3 Shrnutí odpovědí v souvislosti s druhou výzkumnou otázkou.....	77
6.3 Výsledky v souvislosti se třetí výzkumnou otázkou.....	78
6.3.1 Odpovědi klientů po CMP ze zařízení LRS Chvaly	78
6.3.2 Odpovědi rehabilitačních odborníků ze zařízení LRS Chvaly	82
6.3.3 Shrnutí odpovědí v souvislosti se třetí výzkumnou otázkou.....	84
7 Diskuze.....	85
8 Závěr	96
9 Seznam použitých zdrojů	97
10 Seznam příloh a obrázků.....	110
11 Seznam zkratk	111
12 Přílohy.....	112

Úvod

Téma mé diplomové práce „Provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě“ jsem si vybrala především proto, že se mi líbí myšlenka propojenosti jednotlivých složek rehabilitace a také proto, že cévní mozková příhoda je velmi častým postižením s různorodými následky. Cévní mozková příhoda (CMP) je onemocnění postihující centrální nervový systém. Toto postižení se vyskytuje především ve vyspělých zemích a postihuje čím dál více osob, dokonce i věkově mladších. CMP patří mezi nejčastější příčiny úmrtí a zvláště mezi nejčastější příčiny invalidity u dospělých jedinců. Podnětem ke zpracování takového tématu bylo také využití mé praktické zkušenosti při práci s osobami po mozkové mrtvici z hlediska léčebné rehabilitace, proto jsem se chtěla zaměřit i na další důležité složky koordinované rehabilitace, jelikož stav po iktu nese následky jak fyzické, psychické, tak pracovní a sociální. Následky po mozkové mrtvici jsou různorodé, podle lokalizace a rozsahu postižení CNS může toto onemocnění způsobit různé formy ochrnutí, poruchy čítí, řeči, zraku, paměti apod. Postižení má vliv na životní styl jak jedince, tak i jeho rodiny. Na tyto následky z různých oblastí se právě můžou odborníci vhodně zaměřit prostřednictvím koordinované rehabilitační péče. Bez komplexního přístupu nelze uskutečnit plnou resocializaci jedince po CMP zpět do běžného prostředí.

Proto bych chtěla prostřednictvím této práce poukázat na toto postižení a jednotlivé složky koordinované rehabilitace a zvýšit tak povědomí o koordinované rehabilitaci u osob po CMP. V důsledku toho jsem si stanovila cíl pro praktickou část diplomové práce, a to: popsat jednotlivé složky koordinované rehabilitace poskytované osobám po CMP v Léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly, a dílčí cíl: zanalyzovat provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitační péče. Data z kvalitativního výzkumu v LRS Chvaly jsem získávala jak od klientů po CMP, tak od pracovníků věnujících se jednotlivým složkám rehabilitace.

Byla bych vděčná, kdyby tato diplomová práce byla přínosná a užitečná osobám po CMP a jejich rodinám. Výsledky práce mohou posloužit jako zpětná vazba pro zkoumané zařízení a následně mohou být využity pro zvyšování kvality koordinované rehabilitační péče.

1 Vymezení cévní mozkové příhody

1.1 Definice a klasifikace CMP

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje cévní mozkovou příhodu (CMP) jako *rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, případně difúzního mozkového poškození, předpokládaného cévního původu, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti* (Bareš, Tyrliková, 2012, s. 124).

Cévní mozková příhoda je definována dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10 (MKN-10; ICD-10) kódem I60 – I69, spadá pod IX. kapitolu: „Nemoci oběhové soustavy“, podkapitolu: „Cévní onemocnění mozku“ a dále se jednotlivé podkapitoly člení na dílčí části (ICD-10 Version: 2016: Cerebrovascular diseases, 2016).

Ikty neboli cévní mozkové příhody jsou onemocněním cévního původu, kdy dochází k rychlému rozvoji ložiskových či celkových příznaků poruchy cerebrální funkce (Bauer, 2010). Seidl (2008) ve své publikaci uvádí, že se jedná o akutně vzniklé klinické (fokální či globální) příznaky poruchy funkce mozku, které trvají déle než jeden den (event. do smrti), bez zjevné jiné než vaskulární příčiny. Tedy vzhledem k narušené mozkové cévní cirkulaci, dle autora, dochází k akutně vzniklému neurologickému výpadu funkce.

Ambler (2011) rozděluje ikty do dvou hlavních skupin:

- ischemické CMP (iCMP);
- hemoragické CMP.

K cévním mozkovým příhodám dochází buď následkem hemoragie do mozkové tkáně či subarachnoidálního prostoru, nebo ischemií, jak vysvětluje Horáček a Kolář (2009). Seidl (2008) a Ambler (2011) se shodují a podotýkají, že k mozkové příhodě na vaskulárním podkladě dochází častěji z ischemické příčiny (80 %) než z hemoragické příčiny (20 %). Méně často se objevuje tzv. intracerebrální hemoragie (ICH), tedy krvácení do mozkové tkáně, či tzv. subarachnoidální krvácení (SAK) neboli krvácení do subarachnoidálního prostoru (Bauer, 2010). Ischemická CMP je důsledkem poruchy prokrvení mozkové tkáně (např. v důsledku zúžení cévy, uzávěru cévy trombem či embolem), zatímco hemoragická CMP vzniká krvácením do mozkové tkáně (např. díky prasknutí aneurysmatu). Herzig (2008) podotýká, že u hemoragické

CMP dochází častěji k úmrtí než u ischemické CMP. Hemoragické CMP jsou tedy důsledkem závažnější, ischemické ikty avšak způsobují častěji přetrvávající invaliditu (Feigen, 2007).

1.1.1 Ischemické cévní mozkové příhody

Jedná se o nejčastější typ CMP, který je zapříčiněn sníženou mozkovou perfuzí celé mozkové tkáně či je postižena část mozkové tkáně, obojí vede ke vzniku hypoxie (Kalita, 2010). Mozková ischemie vzniká buď z lokálních příčin, a těmi jsou např. ateroskleróza, hematologická či kardiální onemocnění, embolizace z aorty, karotických a vertebrálních tepen, anebo z globálních příčin, např. při plicních poruchách celková mozková hypoxie, při anémii anemická hypoxie apod. (Bauer, 2010).

Bar a Chmelová (2011) upozorňují, že k nejčastějším příčinám vzniku ischemické CMP patří ateroskleróza, která způsobuje až 30 % všech mozkových iktů. Ateroskleróza vede k uzávěru tepny (nejčastěji krčních a mozkových artérií), dochází ke stenóze a následně k náhlému uzávěru hlavní cerebrální tepny trombem, anebo dochází k embolizaci aterosklerotického plátu a následně k uzávěru distální cerebrální cévy (Bar, Chmelová, 2011). Autoři dále doplňují, že ateroskleróza je příčinným rizikovým faktorem také u ischemické srdeční choroby, ischemie tepen dolních končetin, tudíž těmito nemocemi často trpí osoby s CMP. Autoři na druhé místo nejčastějších příčin vzniku iCMP řadí srdeční choroby a za třetí nejčastější příčinu považují lakunární ikty, které se často vyskytují u osob s onemocněním diabetes mellitus a hypertenzí.

Ambler (2011) rozděluje mozkové ischemie podle:

1) mechanismu vzniku:

- obstrukční (dochází k uzávěru cévy embolem či trombem);
- neobstrukční (hypoperfúze);

2) vztahu k tepennému povodí:

- teritoriální ikty (v povodí mozkové tepny);
- interteritoriální ikty (na rozhraní povodí tepen);
- lakunární ikty (uzávěr malých mozkových artérií);

3) časového průběhu:

- tranzitorní ischemické ataky (TIA – projeví se do 24 hodin s kompletním vymizením všech symptomů);
- reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND – projevy odezní do 2-3 týdnů či zůstane drobný funkční deficit, pokud příznaky narůstají, jde o iCMP);
- progredující iktus;
- dokončený iktus (ireverzibilní, s trvalým neurologickým deficitem).

1.1.2 Hemoragické cévní mozkové příhody

Prognóza i průběh hemoragické CMP bývá horší než u iCMP. K hemoragickému iktu dochází v důsledku ruptury cévní stěny arterie (Horáček, Kolář, 2009). Bar a Chmelová (2011) považují za nejvýznamnější rizikový faktor arteriální hypertenzi, která způsobuje nejčastěji krvácení v mozkové tkáni v oblasti: bazálních ganglií, talamu, mozkového kmene a mozečku. Další příčinou mozkových krvácení jsou anatomické faktory (cévní anomálie, aneurysma) a hemokoagulační faktory (antikoagulační a trombolytická terapie, hematologická onemocnění), jak uvádí Bauer (2010).

Hemoragické CMP se dle Bauera (2010) dělí na:

- 1) subarachnoidální krvácení (SAK - 5 %) – vzniká rupturou výdutě z tepny Willisova okruhu a odstupem hlavních mozkových artérií až u 85 % osob (Bauer, 2010). Horáček a Kolář (2009) uvádí příznaky, kterými jsou: náhlá prudká bolest hlavy, nauzea, zvracení, fotofobie, rozvíjí se meningeální syndrom či se rychle rozvíjí u velkého krvácení kóma, dochází k destrukci mozkové tkáně. Pro klasifikaci SAK se používá stupnice podle Hunta a Hesse, jak uvádí Bauer (2010, viz Příloha 1);
- 2) intracerebrální hemoragie (ICH - 15 %), které Horáček a Kolář (2009) dále dělí na:
 - centrální tříštivé (typické) krvácení (80 %) – ruptura cévy v důsledku arteriální hypertenze, krvácení do bazálních ganglií, talamu, prognóza je nepříznivá, je zde vysoká mortalita;
 - globózní (atypické) subkortikální krvácení (20 %) – prognóza je lepší, také mortalita je nízká;

- mozečková krvácení – jsou méně závažná, příznaky jsou: bolesti hlavy, zvracení, porucha rovnováhy;
- krvácení do mozkového kmene – prognóza je zde beznadějná vzhledem k tomu, že jsou uloženy v mozkovém kmeni životně důležitá centra.

U intracerebrální hemoragie (ICH) se krvácení zastaví po několika minutách a vznikne sraženina, která působí škodlivě, stlačuje okolní tkáň a vede ke vzniku otoku. Když se hematom vstřebá, vzniká tzv. posthemoragická pseudocysta s odumřelou mozkovou tkání v okolí (Pokorná, 2013). Klinický obraz ICH je závislý na příčině, rychlosti vzniku, rozsahu, lokalizaci, celkovém zdravotním stavu pacienta a účinnosti kompenzačních mechanismů (Bauer, 2010).

1.2 Incidence a epidemiologie

Cévní mozkové příhody se význačně podílejí na nemocnosti, invalidizaci a těžkém omezení zdravotního stavu (především starší populace), orientačně tvoří 5 % nákladů zdravotní péče (Bruthans, 2010). Horáček a Kolář (2009) upozorňují, že se jedná o značný medicínský, ekonomický a sociální problém. V České republice a Evropě patří cévní mozkové příhody k druhé nejčastější příčině kardiovaskulárních úmrtí hned po ischemické chorobě srdeční (Bruthans, Cífková, 2016). Bruthans (2010) dále uvádí, že mozkové mrtvice představují 6 % všech úmrtí a 11 % kardiovaskulárních úmrtí. Úmrtnost na toto postižení v posledních letech ve vyspělých zemích klesá (Bruthans, Cífková, 2016). ČR patří stále mezi země, kde je úmrtnost vyšší na kardiovaskulární nemoci, ovšem i v této zemi dochází k poklesu a dokonce i zde klesá počet hospitalizací pro CMP (Bruthans, Cífková, 2016). Avšak Bruthans (2010) upozorňuje, že ve většině rozvinutých zemí je úmrtnost na mozkovou mrtvici nižší, než je v České republice. Autor dále uvádí, že v porovnání s jinými zeměmi (západní Evropou, USA) se pokles úmrtnosti v ČR dostavil se zpožděním přibližně o dvacet let, avšak pokles zde probíhá výrazněji a setrvale. Autorka Lippertová-Grünerová (2015) uvádí, že ve střední Evropě je incidence první CMP přibližně 3,5-5,5 na tisíc obyvatel za rok. Pravděpodobnost, že se po první prodělané mrtvici objeví další je 10-15 % za rok (tamtéž). Bruthans (2017) uvádí 25% riziko rekurence tohoto postižení, přičemž s věkem se riziko opakování iktu zvyšuje. Lippertová-Grünerová (2015) podotýká, že jen malá část osob umírá přímo na následky CMP, 15 % osob po CMP v průběhu prvních tří měsíců umírá, 25 % osob zemře během jednoho roku, velká část osob umírá na sekundární komplikace

(pneumonie, plicní embolie, další mozková příhoda, apod.). S tím se shoduje i Bruthans (2017) a také doplňuje, že je až trojnásobně větší riziko úmrtí u hemoragického typu CMP v porovnání s ischemickou CMP. Dále autor uvádí, že se nejvíce na snížení letality CMP v ČR podílí snížení krevního tlaku a jeho lepší kontrola, také pokles cholesterolu v krvi a antiagregační léčba (Bruthans, 2017).

Cévní mozkové příhody se vyskytují zejména od středního věku a s věkem jejich výskyt stoupá (Bruthans, Cífková, 2016). Bruthans (2017) zmiňuje, že v letech osmdesátých a devadesátých byl vysoký počet jedinců po CMP a od roku 2012 incidence CMP klesá. Autor poukazuje na to, že ve srovnání s Evropou je ČR řazena k zemím s vyšším výskytem CMP. Horáček a Kolář (2009) sdělují, že je incidence CMP v ČR přibližně 350 onemocnění na 100 000 obyvatel za rok. Z toho 2/3 lidí po CMP přežívají, polovina z nich zůstává těžce postižena a odkázána na péči jiné osoby a více než 1/3 osob po CMP jsou osoby mladší 60 let (tamtéž). Podle Lippertové-Grünerové (2015) se kompletně po mozkové mrtvici zotaví 25 % osob, 25 % osob má lehké reziduální obtíže, 25 % osob je odkázáno na péči následkem těžkého postižení a 25 % osob CMP podlehne. 1/4 osob po CMP jsou recidivující příhody, přičemž je nejvyšší riziko recidivy v prvních týdnech po prodělané mozkové mrtvici, v prvním roce dosahuje opětovný výskyt 15 %, v následujících letech je přibližně 4% a vyskytuje se více především po těžkých příhodách a u starších osob (Bruthans, 2010).

Výskyt tohoto onemocnění roste (u obou pohlaví) s věkem, přičemž je incidence vyšší u žen, a to proto, že mají nižší výskyt a úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční a že se dožívají vyššího věku než muži (Bruthans, 2017). Bruthans (2010) zaznamenává prevalenci CMP 7 % u osob ve věku nad 75 let a 5 % u osob ve věku 65-74 let.

Mozkové mrtvice vznikají nejčastěji na podkladě aterosklerózy mozkových tepen, cévních změn na podkladě kardiovaskulární hypertenze (Trojan, 2005). Nejčastěji následkem trombózy vzniká ischemie (75 %), dále pak v důsledku ruptury tepny vedoucí ke vzniku hemoragie či embolizace trombem (nejčastěji ze srdce nebo krkavice) vede ke vzniku ischemie. Při hemoragii vzniká okamžité klinické zhoršení, ovšem u ischemie vypukne zhoršení v průběhu minut až dní (Trojan, 2005). U jedné třetiny osob po CMP zůstává patofyziologie nejasná (Lippertová-Grünerová, 2015).

Bruthans (2017) shrnuje, jak se v České republice v posledních 25 letech výskyt CMP nezvyšoval a úmrtnost naopak výrazně klesala. Autor ale upozorňuje, že nelze potlačit

opětovné zvýšení incidence a mortality na CMP v ČR vzhledem k faktorům, jako je stárnoucí populace, zvyšující se výskyt diabetes mellitus, onemocnění srdce a srdečního selhání. Proto je důležitá prevence (primární a sekundární) a koordinovaná komplexní léčba tohoto onemocnění, která brání nežádoucímu vývoji.

1.3 Rizikové faktory

Cévní mozkové příhody vznikají kombinací několika příčin (rizikových faktorů). Některé rizikové faktory můžeme eliminovat či regulovat (změnou životního stylu, medikací), mluvíme o tzv. ovlivnitelných rizikových faktorech (Feigin, 2007). Autor udává, že až 85 % mozkových příhod lze předejít kontrolou ovlivnitelných rizikových faktorů. Feigin (2007) rozděluje ovlivnitelné rizikové faktory:

- z medicínské příčiny: hypertenze, hyperlipidémie, ateroskleróza, srdeční poruchy (fibrilace), diabetes mellitus, mozkové tepenné aneuryzma, migrény. Vzájemně se tyto rizikové faktory ovlivňují, jeden podporuje účinek druhého a naopak (např. osoby s hypertenzí mají častěji srdeční onemocnění a aterosklerózu);
- z návykové příčiny: vyplývají ze životního stylu: kouření, nezdravé stravování, zvýšená konzumace alkoholu, nedostatek pohybu, nadváha, užívání antikoncepce, drog.

Autorka Meredithová (2011) podrobněji rozebírá ovlivnitelné rizikové faktory, které jsou uspořádány do několika okruhů:

- vaše tělo - jednotlivé rizikové faktory: nadváha, břišní tuk, kouření, vysoká klidová tepová frekvence, nemoci dásní;
- vaše práce - jednotlivé rizikové faktory: napětí v práci, nespravedlivý šéf, dojíždění, dlouhé směny, nošení si práce domů, pracovní e-maily či telefonáty i mimo kancelář;
- vaše každodenní prostředí - jednotlivé rizikové faktory: život s kuřákem, bydlení v blízkosti hlavní silnice, kontakt s hustou dopravou, život v hluku, domácí stres, osamělý život;
- vaše noci - jednotlivé rizikové faktory: chrápání, spánek s někým, kdo chrápe, příliš málo/mnoho spánku, neklidné spaní, denní ospalost;

- váš duševní život - jednotlivé rizikové faktory: starosti o peníze, nedostatek relaxace, obavy z nemoci, záchvaty paniky, osamělost, beznaděj, pesimismus, ztráta zájmů, nedostatečná mentální stimulace a smysl pro humor;
- lidé kolem vás - jednotlivé rizikové faktory: stresující domácí život, nepodnětný domácí život, vztah, který není oporou, nedostatek přátel, izolace od sousedů.

Existují ale též rizikové faktory neovlivnitelné, mezi tyto faktory patří věk, genetické predispozice a rasový původ (Feigin, 2007). Seidl (2008) a Kalvach (2010) řadí k ovlivnitelným faktorům věk (max. 65-75 let) a Seidl (2008) dodává, že u mužského rodu a černých ras je výskyt CMP vyšší.

1.4 Následky po CMP

Cévní mozkové příhody jsou, dle Bauera (2010), onemocněním, které nejčastěji osoby invalidizují. Autor říká, že je závažné nejen motorické postižení, ale velmi traumatizující a častou příčinou sociální izolace osoby s postižením je porucha řeči. Symptomatologie po mozkové mrtvici je velice široká a závislá na lokalizaci postižené části mozku, rozsahu postižení, rychlosti vzniku CMP, na věku a zdravotním stavu člověka, to vše odráží následky po CMP (Palmer, 2013). Následky jsou tedy u každé osoby odlišné. Palmer (2013) upozorňuje, jak moc záleží na lokalizaci postižení, uvádí, že velmi slabá mrtvice v oblasti mozku, která neovládá životně důležité funkce, může mít jen nepatrné následky, avšak velmi slabá mrtvice v mozkovém kmeni, kde jsou uloženy životně důležité funkce (dýchání, trávení, činnost srdce), může výrazně ovlivnit život.

Mezi nejčastější následky objevující se po cévní mozkové příhodě jsou následky somatické: poruchy hybnosti (centrální parézy), poruchy senzitivních funkcí, poruchy smyslové, postižení hlavových nervů, poruchy mozečkové a poruchy rovnovážného ústrojí, poruchy autonomních funkcí; následky kognitivní: poruchy kognitivní a poruchy symbolických funkcí; následky neurobehaviorální (Angerová, Švestková, 2010). Palmer (2013) doplňuje výše zmíněné o tyto následky: bolest, porucha polykání, snížená schopnost sebeobsluhy. Janečková (2009) uvádí, že u osoby po postižení mozku je stav bezvědomí ukazatelem závažnosti poškození mozkové tkáně. Poruchy vědomí (hloubka bezvědomí) se měří pomocí stupnice Glasgow Coma Scale (Janečková, 2009).

Poruchy hybnosti (motoriky) se objevují na kontralaterální straně těla od postižení mozkové tkáně, hovoříme o hemiplegii (úplné ochrnutí) či hemiparéze (částečné ochrnutí), s tím dochází ke změně svalového tonu (zprvu hypotonie, následně spasticita – zvýšené napětí) (Palmer, 2013). V důsledku poruchy hybnosti je ovlivněna chůze (obtížná je zvláště chůze do schodů), hybnost se lépe navrácí na dolní končetině než na horní končetině, čímž dochází k omezení v denních činnostech (Pokorná, 2013). Horáček a Kolář (2009) zmiňují typické Wernicke-Mannovo držení těla (viz Příloha 2).

Poruchy senzitivních funkcí zahrnuje postižení povrchového či hlubokého cití. Při postižení povrchového cití je narušená citlivost na teplo, chlad, bolest, lehký tlak, zatímco při porušení hlubokého cití je sníženo vnímání pohybu či polohy (Anamneza, ©2003-2017). Velmi často se u osob po CMP rozvíjí tzv. neglect syndrom, kdy jedinec opomíná postiženou polovinu těla (Medlicker, 2012). Můžeme se setkat s tělovým neglect syndromem, ale také sluchovým či zrakovým (Boháček, Polcarová, 2007).

Poruchy mozečkové a vestibulární (poruchy rovnováhy) se projevují závratěmi, jež mají doprovodné příznaky jako nevolnost, zvracení, hypotenzi, bledost a opocení (Jeřábek, 2007).

Poruchy hlavových nervů se projevují podle toho, jaký nerv je porušen. Centrální paréza/plegie n. facialis (n. VII. – postižená dolní větev nervu) – ochrnuty jsou mimické svaly (pokles ústního koutku na kontralaterální straně), n. trigeminus (n. V.), n. glossopharyngeus (n. IX.), n. vagus (n. X.), n. accessorius (n. XI.) a n. hypoglossus (n. XII.) – poruchy polykání (dysfagie) a uchylování jazyka na stranu (Košťálová, 2012). Poruchy zraku, jako např. diplopie – dvojité vidění, hemianopsie – výpady zorného pole, jsou způsobeny postižením n. opticus (n. II.), n. oculomotorius (n. III.), n. trochlearis (n. IV.) a n. abducens (n. VI.) (Ludka, Špínar, 2013).

Poruchy autonomních funkcí ovlivňují vědomí, rytmus spánku a bdění, frekvence dechu, srdce, termoregulaci, inkontinenci močového měchýře a střeva (Angerová, Švestková, 2010).

Poruchy kognitivních a symbolických funkcí se projevují poruchou pozornosti, orientace, myšlení a paměti, také apraxií (neschopnost vykonávat naučené koordinované pohyby při neporušené hybnosti), agnózií (ztráta znalostí), afázií apod. (Angerová, Švestková, 2010). Porucha komunikace se vyskytuje u osob po CMP, které mají postižené řečové centrum v mozku, jedná se o afázii, která má různé podoby,

např. Brocova afázie a Wernickeova afázie (Koukolík, 2012). První zmíněná afázie (motorická) způsobuje neschopnost produkovat slova, věty, avšak porozumění je zachováno, zatímco u druhé zmíněné (senzorická) afázie je řeč plynulá, ale významově prázdná, osoba nerozumí slyšenému slovu (Šišmová, 2014). V důsledku postižení může být porušena artikulace (dysartrie). S řečovými poruchami souvisí i poruchy psaní (agrafie/dysgrafie), čtení (alexie/dyslexie) (Koukolík, 2012).

Mezi následky neurobehaviorální patří výkyvy nálad a emocí. Lidé po iktu své emoce obtížně kontrolují v důsledku postižené určité oblasti mozkové tkáně (Palmer, 2013). Proto se u nich můžeme setkat s náhlým vztekem, jindy s pláčem. Až polovinu osob po CMP postihne depresivní syndrom, který se projevuje nespavostí, podrážděností, nechutenstvím, ztrátou zájmu o činnost (tamtéž). Feigen (2007) uvádí až 70 % osob trpících poruchami nálady, včetně deprese.

Cévní mozková příhoda s sebou nese i sociální následky, dochází ke snížení rodinných příjmů, mění se partnerský vztah, vztahy v rodině, osoba s postižením může být izolována v rámci společnosti i rodiny (Palmer, 2013).

Pokud osoba po CMP trpí některými z výše zmíněných následků, je důležité, aby probíhala rehabilitace pod odborným vedením (Mlčoch, 2008). O koordinované rehabilitaci pojednává následující kapitola.

2 Koordinovaná rehabilitace

2.1 Pojetí a definice rehabilitace

Pojem rehabilitace vychází z latinského *habilis* (vhodný, způsobilý) a předpony *re-* (návrat, opakování děje) (Zeman, 2014). Kolář (2009, s. 1) popisuje rehabilitaci jako *koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince. Tento proces zahrnuje zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku*. Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1969 zdůrazňovala rehabilitaci jako koordinované a kombinované aplikování prostředků dle potřeby a nikoli jako rehabilitaci členěnou na jednotlivé složky (léčebná, sociální, pedagogická a pracovní) (Kolář, 2009). Definice byla dále upravována. WHO (2006) následně definuje rehabilitaci jako *soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou* (Čeledová, Čevela, 2011). Zeman (2014, s. 131) uvádí definici dle profesora Jandy: *Rehabilitace představuje soubor opatření, která vedou k co nejoptimálnější a nejrychlejší resocializaci člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu nebo vrozené vady*. Pfeiffer a Švestková (2012) jako hlavní cíle rehabilitace uvádí obnovu funkčních schopností jedinců po úrazech, onemocněních či s vrozenými vadami (sekundární prevence) a zmírnění trvalých následků úrazů, onemocnění či vrozených vad a usilování o důstojný život osob s postižením (terciární prevence). Jankovský (2006) upozorňuje na to, aby se pojem rehabilitace užíval v souvislosti se získaným postižením v průběhu života a pojem habilitace (schopnost) v souvislosti s vrozeným postižením. Tyto pojmy také upravuje článek 26 Úmluvy o právech osob s disabilitou, která byla schválena Valným shromážděním OSN (Angerová, Švestková, 2010).

Koordinovaná rehabilitace, která nesla dříve název ucelená či komprehenzivní rehabilitace, značí propojení prostředků léčebných, pedagogických, pracovních a sociálních, jedná se o interdisciplinární obor (Pfeiffer, Švestková, 2014). Tento systém rehabilitace vychází z holistického pojetí člověka, kdy je člověk chápán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost (Jankovský, 2006). Matthews-Kozanecka (2014) uvádí, že takový přístup v rehabilitaci poskytuje multidisciplinární léčbu, tedy s přihlédnutím nejen na fyzické potřeby, ale i na emocionální, psychologické, duchovní

a sociální potřeby člověka s postižením. Autorka dále dodává, že takový přístup umožňuje získat lepší terapeutické účinky.

Krhutová (2013) upozorňuje na zaměňování pojmů, kdy výraz rehabilitace je často v ČR chápán jen jako léčebná rehabilitace (fyzioterapie) a nikoli jako interdisciplinární obor (mezinárodně vnímáno), který zahrnuje již zmíněné rehabilitační prostředky směřující k integraci osob se zdravotním postižením do aktivního života.

2.2 *Multidisciplinární tým*

Poskytování koordinované rehabilitace se musí řídit jednotnými základními principy, kterými jsou: včasnost, dostupnost, návaznost a koordinovanost, komplexnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost (Čeledová, Čevela, 2011). Právě multidisciplinární posouzení a součinnost je důležitým faktorem při procesu rehabilitace, jedná se o týmovou spolupráci odborníků, mezi něž patří především lékaři (včetně rehabilitačních lékařů, posudkových lékařů), dále fyzioterapeuti, speciální pedagogové, psychologové, ergoterapeuti, sociální pracovníci, kteří spolupracují s klientem a jeho sociálním okolím (Krhutová, 2013). Angerová a Švestková (2010) doplňují multidisciplinární tým o neuropsychologa, klinického logopeda, protetika a zdravotní sestru.

2.3 *Návrh zákona o koordinované rehabilitaci v České republice*

Návrh zákona o koordinované rehabilitaci v České republice vychází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, z legislativy v platném znění, z právních norem a z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (Jiroutová, 2015). Pfeiffer a Švestková (2012) kladou důraz i na ostatní složky koordinované rehabilitace a na jejich návaznost na léčebnou rehabilitaci, k tomu by napomohlo přijetí zákona o koordinované rehabilitaci.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) chystá úpravu koordinované rehabilitace proto, aby lidem s postižením nebo po úrazu pomohla k návratu do aktivního života, zákon by tak upravoval jak léčebnou, tak i sociální a pracovní rehabilitaci (Medical tribune, 2015).

Také osoba s postižením již není vnímána izolovaně s určitou diagnózou, ale je vnímána jako osoba s postižením, která je v interakci s prostředím, v němž žije (Pfeiffer, Švestková, 2012). Dále tito autoři uvádí, z čeho by měl připravovaný zákon vycházet:

- z Úmluvy OSN o občanech s disabilitou (čl. 26 – Habilitace a rehabilitace);
- z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).

Zákon by měl obsahovat práva a povinnosti zařízení, která budou poskytovat koordinovanou rehabilitaci a práva a povinnosti osob, jež budou vstupovat do procesu koordinované rehabilitace a dále interakci mezi jednotlivými složkami rehabilitace (Pfeiffer, Švestková, 2012).

Lippertová-Grünerová podotkla potřebu včasného zahájení rehabilitace, a to především u jedinců, kteří utrpěli například poškození mozku (Medical tribune, 2015). Švestková zmínila potřebu zavedení systému organizace a financování pro koordinovanou rehabilitaci (Medical tribune, 2015). Čeledová a Čevela (2011) vnímají jako základ rehabilitačního systému léčebný prostředek, a proto dodávají, že bez garance Ministerstva zdravotnictví (MZ) se zavedení koordinované rehabilitace nemůže realizovat. Ministerstvo zdravotnictví určuje směr poskytování rehabilitace a poté MPSV může přejít k plnění článků Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením o ustanovení zákonného systému koordinovaných rehabilitačních služeb pro občany se zdravotním postižením (Čeledová, Čevela, 2011). V současné době není koordinovaná rehabilitace ukotvená v zákoně. V Národním plánu podpory vyrovnávání rovných příležitostí 2015-2020 je zaznamenána příprava zákona o koordinované rehabilitaci, kde je stanoven hlavní cíl: nastavit podmínky a pravidla pro koordinaci rehabilitace osob se ZP (Krása, 2010). Do konce roku 2016 měla být vypracována právní úprava zajišťující koordinaci rehabilitace a nástroje jejího financování, jak uvádí autor. Poté se bude dále pokračovat v rozvoji jednotlivých oblastí rehabilitace (léčebné, sociální, pracovní, vzdělávací) a pro lepší součinnost s ostatními složkami koordinované rehabilitace bude vytvořena legislativa (tamtéž).

Jiroutová (2015) uvádí důvody, proč se zatím nepodařilo dokončit tento zákon:

1. proces rehabilitace začíná léčebnou rehabilitací (spadá do rezortu MZ), další prostředky rehabilitace se nachází tedy až na vrcholu tohoto procesu;
2. nedostatečná nabídka a realizace koordinované rehabilitace:
 - nedostačující informovanost poskytovatelů zdravotní péče;

- nedostatečná nabídka jednotlivých složek rehabilitace;
 - chybí materiální a personální předpoklady pro komplexnost služeb;
 - chybí finanční prostředky pro fungování koordinované rehabilitace;
3. není zajištěna provázanost jednotlivých složek se směřováním k obnovení pracovní schopnosti u osob v produktivním věku, situace je často řešena pobíráním invalidního důchodu.

2.4 Složky koordinované rehabilitace

2.4.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení. (Kolář, 2009, s. 2).

Tato složka rehabilitace tvoří základ zdravotní péče, je využívána především v rámci ambulantní péče, nemocniční lůžkové péče či v odborných léčebných ústavech a lázeňských zařízeních (Kolář, 2009). Osoba s postižením se s léčebnou rehabilitací setkává na samém počátku svého postižení (např. akutní lůžková péče, oddělení ARO) (Kolář, 2009). Autor dále řadí mezi terapeutické postupy v léčebné rehabilitaci fyzioterapii, ergoterapii, rehabilitační inženýrství, fyziatrii, myoskeletální medicínu a také neuropsychologii a logopedii. Jankovský (2006) rozděluje léčebnou rehabilitaci na fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapii, animoterapii a další specifické terapie (muzikoterapie, arteterapie, psychoterapie) a dodává, že léčebná rehabilitace má zjevně interdisciplinární charakter.

Fyzioterapie

Pojem fyzioterapie je složen z řeckého *fysis* (přírodní síla) a *therapeiá* (léčení, poskytnutí služby) (Kolář, 2009). Janečková (2009) vysvětluje, že se fyzioterapie zabývá diagnózou a léčbou ztráty fyzických schopností a poruch hybnosti. Právě kinezioterapie patří mezi základní postupy ve fyzioterapii, shodují se Kolář (2009) a Zeman (2014). Zeman (2014) vysvětluje, že je cílem této léčebné metody dosáhnout správného provedení pohybu, který je nutný pro realizaci činností běžného života. Kinezioterapie obsahuje pasivní pohyby, aktivní cvičení, cvičení svalové síly, relaxaci, dechovou gymnastiku a další fyzioterapeutické metody (Kolář, 2009). Zeman (2014)

zdůrazňuje, jak jsou pohyb a fyzioterapeutické postupy důležité, jelikož cíleně ovlivňují funkce ostatních soustav, a to včetně funkcí psychických. Fyzioterapie využívá ale vedle kinezioterapie také prostředky fyzikální terapie. Fyzikální terapie neboli fyziatrie, využívá k prevenci, diagnostice a léčbě fyzikální podněty (Kolář, 2009). Fyzikální terapie je rozdělena dle využívané energie takto (Zeman, 2013):

- mechanoterapie – mechanická energie (masáže, trakce, techniky měkkých tkání, pasivní pohyby: motodlahy, manipulační a mobilizační léčba, ultrazvuk);
- termoterapie – tepelná energie (pozitivní: parafin, peloidy, tepelné obklady; negativní: kryokomory, studené obklady; kombinovaná termoterapie);
- fototerapie – světelná terapie (UV záření, biolampa, laser, infračervené záření);
- elektroterapie – elektrická energie;
- hydroterapie – vodní energie;
- a další (např. balneoterapie – komplexní lázeňská léčba).

Ergoterapie

Slovo ergoterapie je tvořeno z řeckých slov *ergon* (práce) a *therapeiá* (léčení, poskytnutí služby) (Krivošíková, 2011). Ergoterapie je podle České asociace ergoterapeutů (2008, s. 13) definována jako *profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení*. Pojem „zaměstnávání“ (occupation) je používán ve smyslu činnosti, které se člověk věnuje v průběhu života a tvoří identitu člověka (Krivošíková, 2011).

Hlavním cílem ergoterapie je, aby se osoba směla účastnit - pro něj/ni - smysluplných a nepostradatelných zaměstnávání (Rodová, 2015). Svěčená a Švestková (2014) považují za primární cíl ergoterapie zachování či navrácení schopností, které jsou pro danou osobu důležité. Dále uvádí, že je ergoterapie zaměřená na dosažení maximální úrovně funkčních schopností klientů. K naplnění cílů se využívají specifické metody a techniky, poradenství, nácvik konkrétních dovedností nebo uzpůsobení prostředí (Rodová, 2015). Ergoterapie se zaměřuje na několik oblastí, mezi které patří:

- motorika, funkce horních končetin (hodnocení hrubé, jemné motoriky, úchopy);
- kognitivní funkce;
- soběstačnost;

- evaluace bytu (úprava prostředí, bezbariérovost);
- ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace);
- volnočasové aktivity (Svěčená, Švestková, 2013).

V rámci ergoterapie se využívají k diagnostice či k hodnocení průběhu terapie různé standardizované testy (např. Barthel index – ADL: personální aktivity denního života; Funkční míra nezávislosti – FIM; Test instrumentálních všedních činností ADL, Minimal State Examination – MMSE: zaměřen na kognitivní funkce apod.) (Svěčená, Švestková, 2014).

Neuropsychologie

Česká neuropsychologická společnost formuluje klinickou neuropsychologii jako specializaci, která využívá psychologickou diagnostiku a terapii, jež vychází ze současného vědeckého výzkumu lidského chování a jeho vztahů k fyziologické a abnormální funkci CNS, věnuje se vztahům „mozek – chování“ a neuropsychickým poruchám (Česká neuropsychologická společnost, cit. 2017). Cílem neuropsychologie je obnovit či kompenzovat kognitivní (poznávací) funkce (Angerová, Švestková, 2010). Válková (2015, s. 13) vysvětluje pojem kognitivní funkce jako *všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí*. Autorka do kognitivních funkcí řadí paměť, pozornost, soustředěnost, porozumění informacím a rychlost myšlení. Dále autorka ještě rozlišuje vyšší kognitivní funkce, kam náleží: plánování, organizování, schopnost řešit potíže apod. Všechny tyto funkce jsou rozmístěny v různých částech mozkové tkáně, tudíž při poškození mozkové tkáně záleží na lokalizaci. Mohou tak být postiženy některé kognitivní funkce nebo všechny (Válková, 2015).

Angerová a Švestková (2010) poznamenávají, jak neuropsycholog, mimo práci s klientem, psychologicky vede a podporuje rodinu a poskytuje poradenskou činnost. Janečková (2009) podotýká, že by většina nemocnic a rehabilitačních center měla poskytnout některou z těchto psychologických služeb:

- vyšetření kognitivních funkcí (pomocí testů na krátkodobou/dlouhodobou paměť, učení a udržení vizuální a verbální paměti. Formální vyšetření může vykonávat i ergoterapeut);
- rehabilitace kognitivních funkcí (procvičování schopnosti orientace, pozornosti, paměti a vnímání);

- rehabilitace poruch chování;
- psychologické poradenství;
- individuální/skupinová psychoterapie.

Cílem kognitivní rehabilitace je náprava či kompenzace vzniklého kognitivního postižení a tím dosažení zlepšení v činnostech klienta – dosažení soběstačnosti, začlenění do společnosti. Cílem není naučit klienta novým faktům, ale najít klientovy znalosti, které získal během života, navrátit ho na úroveň, na které byl před událostí, která vedla k rehabilitaci (Válková, 2015). Na diagnostikování kognitivních funkcí se používají různé testy týkající se oblastí: inteligence, pozornosti, paměti, exekutivních (plánovacích, strategických) funkcí, zrakově-prostorových funkcí, jazykových schopností a řeči (Vantuch, 2014).

Logopedie

Logopedie je interdisciplinární obor, je úzce spjatý s medicínskými obory, především s foniatrií a neurologií (Peutelschmiedová, 2007). Dle autorky je logopedie samostatný obor, který se zabývá správnou výslovností, odstraněním vad a poruch řeči, ale také zajištěním komunikace, jež nemusí být vždy prováděna ústy. Lehečková (2012) upozorňuje, že se česká logopedie soustředila dlouhou dobu v oblasti speciální pedagogiky na děti s vývojovými řečovými vadami. Vzhledem k postupnému rozvoji komplexní rehabilitační péče se situace mění a kliničtí logopedové se specializují také na dospělé osoby (tamtéž). Také Kramerová a Machánková (2009) uvádí, že se logopedie zabývá narušenou řečí jak u dětí, tak i u dospělých.

Logopedická péče ve zdravotnických zařízeních je vykonávána klinickým logopedem, jehož pracovní náplní je (re)edukace a rehabilitace poruch řeči (Asociace klinických logopedů České republiky, 2017). Klinický logoped má vystudovaný magisterský stupeň speciální pedagogiky a na rozdíl od logopeda (který působí např. ve školských zařízeních) má povinnost absolvovat odbornou praxi ve státním zdravotnickém zařízení a složit závěrečnou zkoušku, resp. atestaci (tamtéž).

Zooterapie

Nejčastěji se setkáme s názvem zooterapie, ale objevuje se i starší slovní spojení, a to animoterapie (Pavlíková, 2012). Tato terapie je druhem léčby, jež je prováděna pomocí zvířat, jejich terapeutickým působením dochází k ovlivňování fyzických a psychických

potíží klienta (Motloch, 2016). U terapie pomocí zvířat bylo prokázáno, že se jedná o účinnou léčbu, která může být využívána v psychoterapii, jelikož pozitivně působí na psychické poruchy (deprese, úzkosti aj.), včetně poruch autistického spektra (Amerine, Hubbard, 2016). Na pražské konferenci uvedli Machová a Říha (2016), že se jedná o terapii ovlivňující velmi pozitivně osoby po poškození mozku (zvláště působením canisterapie). U klienta vyvolává zooterapie pocit bezpečí a klidu, zvyšuje motivaci, prosociální chování, posiluje sebevědomí a eliminuje potíže s chováním (Amerine, Hubbard, 2016). Po tělesné stránce tento druh léčby rozvíjí hrubou a jemnou motoriku, ponouká k pohybu, k verbální i neverbální komunikaci, rozvíjí orientaci v prostoru a čase, pozitivně ovlivňuje koncentraci a paměť, rozvíjí sociální citění a je významným relaxačním a rehabilitačním faktorem (Motloch, 2016). Machová a Říha (2016) konkrétněji uvádí pozitiva této terapie:

- zvýšení pohybové aktivity (zlepšení celkové fyzické kondice);
- využití zvířete jako rehabilitační pomůcky (návuk chůze při asistenci psa);
- snižuje intenzitu vnímání bolesti;
- vliv na smysluplné zaměstnávání (výcvik, péče, procházky);
- vliv na komunikaci a spolupráci s terapeutem;
- trénink kognitivních funkcí;
- polohování – relaxace;
- zlepšení funkce horních končetin;
- bazální stimulace;
- odpoutání se od negativního vlivu nemocničního prostředí;
- snižuje krevní tlak, tím je menší výskyt CMP, dodává Arhant-Sudir (2011).

Müller (2014) sděluje, že terapeutickým prostředkem může být jakékoli společenské zvíře a uvádí, že nejčastějším prostředníkem jsou koně a psi. Motloch (2016) uvádí tyto typy animoterapie:

- canisterapie (terapeutické využití psa);
- hipoterapie (terapeutické využití koně);
- felinoterapie (terapeutické využití kočky);
- ornitoterapie (terapeutické využití ptactva);
- terapie pomocí malých zvířat (akvariální rybičky, plazi, křečci apod.);
- terapie pomocí hospodářských zvířat (tzv. terapeutické farmy).

Müller (2014) dále uvádí základní metody zooterapie, může se jednat o aktivity, terapii, vzdělávání a krizovou intervenci, a to vše za asistence zvířat.

Expresivní terapie

Expresivní terapii vysvětluje Špinarová Dusbábková (2012) jako psychoterapii, která využívá expresi (vyjádření, výraz), jiné formy než verbální. V této terapii se tak využívá pohyb, tanec, dramatická scénka, hudba, zvuk, obraz (tamtéž). Podle jednotlivých výrazových uměleckých prostředků se pojmenovávají jednotlivé terapeutické obory: muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie, biblioterapie, tanečně-pohybová terapie (Muzikoterapeutická asociace ČR, 2010). Jankovský (2006) podotýká, že se jedná na jedné straně o postupy léčebné a na straně druhé o postupy, které přesahují do umění a dalších odborných disciplín (psychologie, pedagogika). Mohou se tak expresivní terapie řadit pod léčebnou rehabilitaci, ale i pod pedagogickou (psychologicko-pedagogickou), pracovní a sociální (Jankovský, 2006).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je považována za výchovné a terapeutické metody, v nichž se pracuje s hudbou (Gerlichová, 2017). Aluru a Geller (2016) poukazují ve své studii na pozitivní dopad hudby na člověka. Hudební tvorba podporuje sociální začleňování, psychickou pohodu a podporuje tělesný stav jedince (Aluru et al., 2016). Účast na hudebních aktivitách má silný účinek na kognitivní funkce v průběhu celého života (DeSouza et al., 2015).

Arteterapie

Česká arteterapeutická asociace (2010) označuje arteterapii jako léčebný postup, při kterém je používán výtvarný projev, jež ovlivňuje lidský psychický stav a mezilidské vztahy. Arteterapií je procvičována jemná motorika, grafomotorika, vizuální percepce a vizuomotorická koordinace, ale také pozitivně ovlivňuje psychický stav člověka (dochází k sebereflexi, projekci, emočnímu ladění apod.) (Jankovský, 2006).

Dramaterapie

Asociace dramaterapeutů České republiky (cit. 2017) označuje dramaterapii jako přístup využívající divadelních prostředků. Tato terapie je používána zvláště ve skupině a je založena na fantazii, projekci a interakcích ve skupině, tím tedy dochází k propojení smyslové, somatické, emocionální a racionální roviny (tamtéž).

Tanečně pohybová terapie

Definice tanečně pohybové terapie je chápána, podle americké Dance Therapy Association, jako psychoterapeutické využití pohybu, který podporuje integraci jedince v rovině fyzické, emoční, sociální a kognitivní (ADTA, 2016). Tanec je propojován s hudební složkou, tudíž jsou procvičovány jak fyzické, motorické činnosti, tak poznávací funkce (vnímání, emoce, paměť) (DeSouza et al., 2015). K tomu se přidávají autoři Demers a McKinley (2015), kteří dokazují, že se v posledních letech stal tanec slibnou léčebnou metodou, jež je vhodná pro osoby se zdravotním postižením, jelikož pozitivně působí na fyzické, kognitivní a psychické postižení.

2.4.2 Sociální rehabilitace

Druhou základní složkou koordinované rehabilitace je sociální rehabilitace, která se zaměřuje na pomoc fungování člověka v životních situacích (resocializace, zajištění úprav automobilu, bytu, ekonomické a hmotné zajištění pro samostatný život, zajištění sociálních služeb apod.), což probíhá formou socioterapie či případové a komunitní sociální práce, jak uvádí Francová (2014). Úkolem socioterapie je pak dle Pěnkavy (2015) posílit a udržet zájem o společenský život, poskytuje možnost vytvářet sociální kontakty. Bobek a Peniška (2008) chápou socioterapii jako soubor metod, jež se aplikují u osob pro návrat a znovuzapojení do společnosti, přičemž je důraz kladen na komunikaci ve vztahu. Sociální rehabilitace zajišťuje předpoklady pro aktivní život osob s postižením, proto je také důležité analyzovat dostupnost služeb, zejména osobní asistence (Votava, 2012). Cílem sociální rehabilitace je minimalizovat důsledky postižení (Novosad, 2009). Jak autor doplňuje, tato složka koordinované rehabilitace probíhá celoživotně, jelikož se snaží o soběstačnost a samostatnost klienta, reedukuje, kompenzuje a akceptuje vyrovnání se s postižením.

Sociální rehabilitaci upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a je definována v §70 jako *soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí*. Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních, ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb (v centrech sociálně rehabilitačních služeb) (Francová, 2014). Sociální rehabilitace je také upravena

ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v § 35. Základní činnosti sociální rehabilitace, jež jsou poskytovány terénní a ambulantní formou (Vyhláška č. 505/2006 Sb., §35):

- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění (péče o domácnost, nácvik sebeobsluhy, samostatného pohybu);
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (nácvik alternativních a běžných způsobů komunikace, nácvik chování v různých situacích);
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (nácvik fyzických, sociálních a psychických dovedností);
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (informování o možnostech využití služeb a získání kompenzačních a rehabilitačních pomůcek).

V případě, že se jedná o formu pobytovou, jsou poskytovány základní činnosti sociální rehabilitace stejně jako u formy terénní a ambulantní, ale navíc jsou u pobytové formy dále poskytovány tyto následující činnosti, a to za úhradu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 70):

- poskytnutí ubytování;
- poskytnutí stravy;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Sociální rehabilitace provádí sociální pracovník, který je vzdělaný ve svém oboru a podporuje sociální fungování klienta (Burianová, 2010). Role sociálního pracovníka v koordinované rehabilitaci, jak uvádí Krhutová (2013), spočívá v podpoře, vytváření a ustálení životních podmínek osob se zdravotním postižením pomocí zprostředkování a poskytování sociálních služeb, podpory ze systému sociálního zabezpečení, podpory v pracovním uplatnění. Sociální rehabilitace je úzce spjata s pracovní rehabilitací.

2.4.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace představuje další základní složku koordinované rehabilitace. Tato složka se specializuje na oblast vzdělávání, výchovy a přípravy na povolání, také na rozvoj soběstačnosti, dovedností a nadání osoby (Novosad, 2009). Autor uvádí tyto prostředky pedagogické rehabilitace: reedukace, kompenzace, vytváření a následná

realizace individuálních vzdělávacích plánů, realizování programů celoživotního vzdělávání apod. Jankovský (2006) upozorňuje na rozdílnost pedagogické rehabilitace, pokud se jedná o osobu s vrozeným postižením anebo jedince se získaným postižením. U osob se získaným postižením je snaha o eliminaci abnormalit způsobených získaným postižením, cílem je navrátit, obnovit rozvoj osobnosti a získat zpět svou identitu (Jankovský, 2006). Kolář (2009) uvádí, že v rámci pedagogické rehabilitace je snahou dosažení u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a zároveň jsou respektovány individuální potřeby a možnosti dané osoby. Pedagogické rehabilitaci se věnuje speciální pedagogika, která v tomto procesu používá speciální prostředky, postupy a metody (Jankovský, 2006). Autor vysvětluje, že je speciální pedagogika členěna podle druhu postižení na jednotlivé obory, jimiž jsou: somatopedie, surdopedie, psychopedie, tyflopédie, logopedie a etopedie.

2.4.4 Pracovní rehabilitace

U každého člověka zastupuje práce důležitou roli v jeho životě. Přináší možnost důstojně žít, přináší věcný prospěch a pocit seberealizace a užitečnosti, což uvádí Šesták (2014). Člověk chce prací uspokojovat své potřeby, to se týká i potřeby sebeuplatnění, sebeúcty, a vymezit tak své postavení ve společnosti, tím Šesták (2014) prokazuje, že práce nemá jen ekonomický význam. Kollárová (2014) podotýká, že osoba v důsledku zdravotního postižení má snížené pracovní schopnosti, to ale neznamená, že osoba pracovat nechce nebo že by pracovat neměla. Sníženou pracovní schopnost u osob se zdravotním postižením nahrazuje společnost sociálními dávkami (především invalidním důchodem) (Kollárová, 2014). Šesták (2014) shledává pozitiva při integraci osoby se zdravotním postižením na trh práce především v oblasti psychiky. Trh práce rozlišujeme otevřený a chráněný, přičemž otevřený trh práce je pracoviště, kde většina zaměstnanců není se zdravotním postižením a nepotřebuje tak zvláštní pomoc, zatímco na chráněném trhu práce je 50 % a více zaměstnanců se zdravotním postižením (Česká unie pro podporované zaměstnávání, cit. 2017b). Právě pracovní rehabilitace má za cíl obnovit pracovní potenciál u osob se zdravotním postižením a zpřístupnit jejich vstup na otevřený trh práce, ale také setrvat ve vhodném zaměstnání u osob, u kterých nebylo možno vykonávat jejich dosavadní profesi (MPSV, 2015b).

Pracovní rehabilitace je zacílena na osoby se zdravotním postižením a jejich získání a udržení si vhodného zaměstnání (Kolář, 2009). Tuto rehabilitaci upravuje vyhláška

č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (ZoZ), v platném znění. Pracovní rehabilitace zahrnuje (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, §69):

- poradenskou činnost;
- teoretickou a praktickou přípravu na budoucí povolání;
- zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání/povolání;
- vytváření vhodných pracovních podmínek.

Šesták (2014) se zaměřuje na přípravu na budoucí povolání a podotýká, že úřad práce zajišťuje také rekvalifikační kurzy, trvající nejdéle 24 měsíců, pro osoby, které po postižení či nemoci nemohou dále vykonávat svou dosavadní pracovní činnost, a že těmito kurzy je zvyšován úspěch na získání nové profese. V ZoZ §72 je stanoveno několik možností přípravy k práci osobám se zdravotním postižením:

- a) na pracovištích zaměstnavatele, může být prováděna s podporou asistenta;
- b) na chráněných pracovních místech;
- c) ve vzdělávacích zařízeních.

Pracovní rehabilitaci zajišťuje pobočka úřadu práce v místě trvalého bydliště žadatele, na úřadu práce je sestaven individuální plán pracovní rehabilitace (MPSV, 2015b).

Chráněný trh práce je podporován hned několika způsoby dle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti:

- Chráněné pracovní místo (§ 75): je pracovní místo, které je určeno osobě se zdravotním postižením, které zřizuje zaměstnavatel na základě dohody s úřadem práce po dobu tří let;
- Povinný podíl zaměstnanců se zdravotním postižením (§ 81):
 - a. zaměstnávání osob se ZP: zaměstnavatel zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením (více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru, musí být zaměstnány osoby se zdravotním postižením ve výši 4 %), pokud tuto podmínku zaměstnavatel splňuje, čerpá příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě;
 - b. odebírání výrobků či služeb od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se ZP;
 - c. odvod do státního rozpočtu.

- Společensky účelná pracovní místa (§ 113): jsou pracovní místa určená pro osoby, kterým nelze jiným způsobem zajistit pracovní uplatnění, a jsou zřízená zaměstnavatelem na základě dohody s úřadem práce.

Pracovní rehabilitace je také chápána jako složka koordinované rehabilitace. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jsou nástrojem a prostředkem této složky rehabilitace sociálně terapeutické dílny (§ 67), které navazují na sociální rehabilitaci (podle § 70). Sociálně terapeutické dílny jsou poskytovány ambulantní formou, zde osoby se sníženou soběstačností prostřednictvím sociálně pracovní terapie zdokonalují své pracovní návyky a dovednosti, jedná se např. o úklidové práce, pekárny, kavárny apod. (tentýž zákon). Šesták (2014) zahrnuje mezi nástroje a prostředky pracovní rehabilitace také ergoterapeutické činnosti poskytované v rámci ambulantních a pobytových sociálních služeb (např. denní a týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením).

Nástroje, které nespádají pod zákon o zaměstnanosti ani pod zákon o sociálních službách, jsou: tranzitní program a podporované zaměstnávání (Šesták, 2014). Tranzitní program je přípravou a podporou mladých osob při přechodu ze školy do další etapy života (zaměstnání, bydlení apod.) (Jedličkův ústav a školy, 2014). Podporované zaměstnávání je určeno pro osoby se zdravotním postižením, které chtějí získat a uchovat si zaměstnání na otevřeném trhu práce, tomu předchází rekvalifikace, trénink pracovního výkonu, pracovní asistence nebo job klub čili nácvik modelových situací apod. (Česká unie pro podporované zaměstnávání, cit. 2017a).

3 Možnosti koordinované rehabilitace u osob po CMP

Osoby, které utrpěly cévní poranění mozku, potřebují koordinovanou neurologickou rehabilitaci, tzv. neurorehabilitaci, jelikož došlo ke komplexnímu postižení (Janečková, 2009). Rehabilitace je zahájena již v akutním stadiu (kdy je osoba v nevědomí) a trvá tak dlouho, jak klient potřebuje, jelikož se jedná o dlouhodobý proces, jež může trvat i řadu let (tamtéž). Při rehabilitaci je zapotřebí multidisciplinární tým, kdy jsou odborníci zaměřeni na klienta s následky postižení.

3.1 Léčebná rehabilitace u osob po CMP

3.1.1 Fyzioterapie

U osoby, která má poraněnou mozkovou tkáň, se fyzioterapeut soustřeďuje na diagnózu a léčbu snížených fyzických dovedností a porušené hybnosti (Janečková, 2009). Angerová a Švestková (2010) uvádí jako nejdůležitější roli fyzioterapeuta zabránit zkracování svalů, obnovit hybnost postižených končetin a nacvičovat chůzi. Při sestavování rehabilitačního plánu přihlíží fyzioterapeut k vývojovému stadiu CMP, v každém stadiu je třeba využívat jiný fyzioterapeutický přístup (Horáček, Kolář, 2009). Autor rozlišuje čtyři stadia, která se navzájem mohou překrývat:

- 1) akutní stadium (trvá dny až týdny, kdy u klienta převládá svalová hypotonie);
- 2) subakutní stadium (trvá týdny až měsíce, u klienta převládá spasticita);
- 3) stadium relativní úpravy (dochází ke zlepšování stavu);
- 4) chronické stadium (zdravotní stav ustálen).

S fyzioterapeuty se klient setká v rámci rehabilitace ihned při akutním stadiu postižení, kdy je stav klienta stabilizovaný (Janečková, 2009). *V akutním stadiu* autorka apeluje na intenzivní péči v podobě dechové gymnastiky (prevence infekcí), pasivních pohybů (prevence kontraktur) a polohování (prevence dekubitů) a celkově zdůrazňuje zlepšování tělesné zdatnosti, jelikož jsou osoby s tímto postižením unavení a mají nedostatek energie. Horáček, Kolář (2009) a Janečková (2009) se shodují, že v akutním stadiu je dominantou polohování. Kolébalová a Poláková (2014) shledávají důležitost v polohování v prevenci proleženin, ale také v prevenci zkracování šlach a zajištění stability klienta v sedu či v lehu na boku. Polohování je nutné provádět několikrát v průběhu dne, v intervalu po půl až dvou hodinách (Kolébalová, Poláková, 2014). Zpočátku se provádí pasivní pohyby a postupně se přechází v aktivní cvičení

(Angerová, Švestková, 2010). Horáček a Kolář (2009) uvádí fyzioterapeutické metody, které jsou základem cvičební jednotky, mezi nejrozšířenější facilitační metody patří: propioceptivní nervosvalová facilitace (neboli PNF, Kabatova metoda), Vojtova metoda (reflexní lokomoce), Bobath koncept.

V subakutním stadiu je cvičení zaměřeno na aktivní pohyby, vertikalizaci (sed s nataženými dolními končetinami, sed s bérce spuštěnými přes okraj lůžka, stoj), nácvik chůze (vpřed, vzad, s lokomoční pomůckou, v bradlech apod.), mobilizaci ramenního pletence, nácvik úchopů (Horáček, Kolář, 2009). Jestliže je u klienta potřeba se zaměřit na oblast úst a obličejové svaly, používá se stimulace této orofaciální oblasti, a to pro zlepšení dysfágie, artikulace, kvality hlasu, svalové síly rtu, nácviku pohybu rtů, tváří a všech mimických svalů (Byeon, 2016).

V chronickém stadiu může přetrvávat neurologické postižení, Horáček a Kolář (2009) uvádí, že důvodem může být pozdně zahájená rehabilitace či to, že byla rehabilitace prováděna krátce. Ovšem dále dodává, že neurologické postižení může přetrvávat, i když měl klient rehabilitaci dlouhodobou, včasnou a správně vedenou. V chronickém stadiu je velmi důležité věnovat se ergoterapii a rozvíjet soběstačnost klienta (tamtéž).

Quinn (2014) doporučuje také cvičení na vodní bázi a využívání různých forem vodoléčby, jelikož dochází ke zlepšení funkce paretických končetin, ke zlepšení prokrvení. Pro osoby po CMP je také dobré využívat prostředky fyzikální terapie. Horáček s Kolářem (2009) uvádí pozitiva, a sice že díky fyzikální terapii je ovlivněna bolestivost, spasticita, je zlepšena propiocepce a trofika. Dále autoři zmiňují, že během fyzioterapie klienti využívají různorodé protetické pomůcky, jedná se o různé ortézy, dlahy na korekci postavení dolní končetiny, dlahy na postavení ruky a prstů, pomůcky k zajištění ramenního kloubu či lokomoční pomůcky jako chodítka vysoká, nízká, hole.

Cuesta-Vargas et al. (2013) doporučují lázeňskou léčbu, jejíž pozitiva shledávají ve zlepšení kardiovaskulárního stavu, zmírnění únavy, podpoře obnovující se hybnosti a celkově zdravotního stavu. Horáček s Kolářem (2009) doporučují komplexní lázeňskou léčbu po odeznění akutního stadia, ovšem upozorňují osoby, které prodělaly vícekrát CMP či mají fatické postižení nebo kardiální nedostatečnost, že jsou lázně kontraindikovány. Lázeňská léčba nabízí procedury, které zlepšují zdravotní stav, jedná se o masáže klasické, podvodní, o různé druhy koupele, inhalace, vířivé lázně, kryoterapii (Cuesta-Vargas et al., 2013). Velemínský (2012) uvádí lázně v ČR vhodné

pro osoby s CMP: Třeboň, Jáchymov, Jánské Lázně, Velichovky, Velké Losiny, Vráž, Běláhoř, Dubí, Karviná, Kunderatice a Mšené.

Autorky Angerová a Švestková (2010) zdůrazňují důležitost používání v průběhu rehabilitace verbálního projevu, kladení srozumitelných a jasných požadavků, které musí být přizpůsobeny kognitivním a fatickým funkcím klienta, je tedy velmi důležité spolupracovat se členy multidisciplinárního týmu.

3.1.2 Ergoterapie

Předním cílem ergoterapie je posilování úrovně soběstačnosti v každodenních aktivitách klienta (Janečková, 2009). Ergoterapeut s klientem procvičuje kognitivní funkce, aplikuje cílenou rehabilitaci ruky, nacvičuje denní činnosti, k nim indikuje potřebné pomůcky, navrhuje též úpravy bytu (např. budování ramp, úprava koupelen) a v případě potřeby provádí i předpracovní přípravu (tamtéž). Klusoňová (2011) uvádí, že v akutní fázi jsou u klienta zajišťovány smyslové funkce, porozumění, komunikace, mobilita na lůžku a motorická funkce především horních končetin, po propuštění do domácího prostředí se zaměřuje ergoterapeut na kompenzační pomůcky, případně evaluaci bytu, na nácvik denních dovedností. Ergoterapeut také spolupracuje s rodinou klienta, dává poradenství v oblasti vhodných aktivit pro klienta, autorehabilitace a organizací vhodných pro osoby po CMP (tamtéž). Ohledně úpravy bytu je ideální, když domácí návštěvu vykonává ergoterapeut společně se sociálním pracovníkem (Svěcená, 2009). Ergoterapeut navrhne úpravu bytu a vybavení vhodnými pomůckami a sociální pracovník vzápětí doporučí klientovi příspěvky a poskytne další potřebné informace, jak uvádí Svěcená (2009).

Nácvik soběstačnosti, základem je nacvičování personálních běžných denních činností (ADL – Activities of Daily Living), tedy nácvik osobní hygieny, koupání, oblékání a svlékání (knoflíky, zip, tkaničky), příjmu potravy, používání toalety, ale také nácvik instrumentálních běžných denních aktivit (iADL – instrumental Activities of Daily Living) čili nácvik přípravy pokrmů, domácích prací, nakupování, používání dopravního prostředku, příprava a dávkování léků, vedení domácnosti (placení účtů), funkční komunikace (textové zprávy, telefonování, e-mailová korespondence apod.) a nácvik péče o druhé (osoby, zvířata), jak popisuje Svěcená, Švestková (2013).

Klientům s přetrvávajícím postižením jsou doporučovány kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky mohou osobě po CMP pomoci při zvládnání denních činností a zlepšit tím soběstačnost. Většina kompenzačních pomůcek je hrazena zdravotními pojišťovnami plně či částečně, předepisuje je praktický lékař nebo odborný lékař - neurolog, ortoped či rehabilitační lékař (Lachmann, 2009). Pomůcku by měl klient nejprve vybírat s odborníkem a následně si ji vyzkoušet. Klient po CMP často využívá pomůcky k chůzi – hůl, čtyřbodová hůl, peroneální páska, ortézy apod.; klient s paretickou horní končetinou může využívat pomůcky pro sebeobsluhu (pomůcky pro „jednoruké“) – zouvák na boty, oblékací hůl, navlékač ponožek, podavač, držák na tužku, speciální kuchyňský nůž, prkénko, příbory atd.; pro lepší mobilitu – klozetová křesla, pomůcky na vybavení koupelny a WC – madla, sedáky do vany (Žijte kvalitně, 2017).

Ergoterapie ruky je u klienta, dle Svěčené a Švestkové (2013), prováděna z důvodu prevence (pro omezení druhotného poškození jako bolesti, zkrácené šlachy) a zlepšení funkce (pro trénování svalové síly a stimulaci senzorického vnímání). Při cílené ergoterapii ruky se procvičují úchopy, koordinace oko-hlava-ruka, nácvik psaní apod. Při aktivním cvičení ruky je vhodné také využít zrcadla, tzv. mirror therapy, která je založena na biologické zpětné vazbě a obnovení nervových spojení v mozkové tkáni (Rehabilitace ruky, 2013a). V rámci ergoterapie ruky se využívá také termoplastového dlahování ruky, což usnadňuje hojení a návrat funkce ruky a preventivně působí před vznikem komplikací (Rehabilitace ruky, 2013b). Klient procvičuje činnosti nejprve oběma rukama (propletené prsty), poté se nacvičuje úchop předmětu paretickou rukou, postupuje se od hrubších úchopů k jemnějším (Klusoňová, 2011).

Rehabilitace kognitivních funkcí je trénink, během kterého se procvičuje orientace, pozornost, paměť a vnímání (Janečková, 2009). Dorazilová (2013) rozlišuje tři možnosti, jak může probíhat trénink kognitivních funkcí – trénink zaměřený na zlepšení těchto funkcí (preventivní charakter), zaměřený na pacienty s kognitivním deficitem (kompenzační charakter) a tréninkové programy, při nichž je využíván počítač (Psychological Software Services). Kognitivní rehabilitace může probíhat jak individuálně, tak skupinově. K terapii jsou zapotřebí pomůcky jako obrázky, fotografie, hry, papír-tužka, luštění, využívání mnemotechnických pomůcek apod. Ve skupině se klient může od ostatních klientů učit (hovoříme o teorii sociálního učení), během setkávání je procvičována poznávací funkce i sociální kognice (Dorazilová, 2013).

Sociální kognice je chápána jako vnímání a poznávání lidí, což je závislé na sociálních faktorech, zkušenostech, ale i na individuální reakci jedince a jeho kognitivních schopnostech, což může u osob po poranění mozku dělat obtíže z důvodů potíží s pozorností, pamětí, vnímáním, uvádí Kohoutek (2009). Dorazilová (2013) doporučuje činnosti při rehabilitaci kognitivních funkcí střídat, jelikož některé mohou být více náročné na koncentraci a klienta mohou vyčerpat.

3.1.3 Neuropsychologie

Neuropsycholog posuzuje kognitivní funkce – paměť, vyjadřovací schopnosti, srozumitelnost řeči, vnímání zrakové a sluchové, základní znalosti jako čtení, psaní, počítání apod. (Angerová, Švestková, 2010). Neuropsychologie vychází ze skutečnosti, že mozková tkáň má schopnost znovu se obnovit a nadále rozvíjet funkce prostřednictvím procvičování a stimulace (Aktip, 2013). Na základě diagnostiky je určen individuální rehabilitační plán, cílem je obnovení či kompenzování poznávacích funkcí a minimalizování negativních dopadů (tamtéž). Kromě výkonových funkcí zjišťuje psycholog i osobnost, a to i psychický a fyzický stav po onemocnění, míru deprese, ale zaměřuje se i na strukturu osobnosti před onemocněním (Angerová, Švestková, 2010).

K vyšetření se používá mnoho psychologických testů pro utvoření komplexní diagnostiky, například:

- Mini Mental State Examination (MMSE) – je nejčastěji používaným testem na zhodnocení kognitivních funkcí (Lambert, 2010). Výhodou je dle autora to, že je test stručný, snadno se vyhodnocuje, a proto nevyžaduje specialisty, ale provádět ho může sociální pracovník, zdravotní sestra apod.;
- Test kreslení hodin (Clock Test) – pro orientační posouzení poznávacích funkcí (Bartoš, 2012);
- Addenbrookský kognitivní test – zjišťuje více poznávacích oblastí a podrobněji (Bartoš, 2012);
- Trail Making Test – „kreslení cesty“ je pro zkoušku psychomotorického tempa a kognitivní flexibility (Preiss, 2013);
- Škála Dementia Score – zjišťuje návyky a změny výkonu v denních činnostech (Angerová, Švestková, 2010);

- Škála Behavioral Scale for Dementia – se zaměřuje na konverzaci, řeč, sociální interakci, na pozornost, vědomí, orientaci, koordinaci pohybu a sebeobsahu (Angerová, Švestková, 2010);
- Token Test a Test verbální fluence – jsou testy zaměřené na komunikační schopnosti a produktivitu slov (Preiss, 2013);
- Western Aphasia Battery – je komplexní test pro klasifikování jazykových funkcí (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Další testy na diagnostikování a terapii afázie, alexie či agrafie jsou vhodné pro osoby po CMP. Psychologická pomoc je velmi významnou součástí terapie, je žádoucí, aby se klient dokázal vyrovnat se svou situací, našel smysl života a dokázal tak realisticky plánovat činnosti ve svém životě (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Osoby po iktu mají často pocity úzkosti až deprese, právě psychický stav klienta ovlivňuje léčbu, rehabilitaci, samostatnost, sociální fungování a celkově kvalitu života (Hosák, Perníčková, Šilhán, 2012).

U klientů po CMP dochází k poškození paměti, afázii či dysartrii, může se vyskytnout i vaskulární demence, je proto důležitou složkou terapie právě neuropsychologie. Preiss (2013) podotýká, že je neuropsychologů v ČR málo. Obor neuropsychologie se prolíná s obory neurologie a neurochirurgie, tento obor zajímá nejen lékaře, ale i psychology, logopedy a další odborníky (Preiss, 2013).

3.1.4 Logopedie

Logopedická intervence má, podle autorek Angerové a Švestkové (2010), nezastupitelnou roli u jedinců po iktu mající poruchu řeči (afázie, dysartrie) a poruchu polykání (dysfagie). U klientů je k poruše řeči často přidána porucha čtení a počítání (Lippertová-Grünerová, 2015). Logoped provádí logopedické vyšetření, určení diagnózy a zahájení léčby a rehabilitace, a to již v akutním stadiu onemocnění (Janečková, 2009). Autorka dále uvádí, že je podpora poskytována i rodině a zdravotním pracovníkům z důvodu správné komunikace a poskytování výživy klientovi. Cílem je zlepšit komunikační schopnosti a polykání, někdy je zapotřebí alternativních způsobů komunikace, např. pomocí obrázků, elektronických přístrojů (tamtéž).

Afázie je částečná či úplná ztráta řeči v důsledku poškození mozkové tkáně (Lippertová-Grünerová, 2015). Při terapii afázie se používají následující metody (Angerová, Švestková, 2010):

- stimulační (sluchové, melodické);
- lingvistické (pojmenovávání obrázků, nácvik vět);
- syntakticky orientované (doplňování vět);
- fonematicky orientované (vyslovování, čtení).

Lippertová-Grünerová (2015) rozlišuje tři fáze terapie afázie:

1. fáze aktivace – zahájení logopedické intervence, stimulace řeči;
2. fáze specifického cvičení – aplikace metod v individuální terapii;
3. fáze konsolidace – zaměřeno na zlepšení komunikace denního života, probíhá i skupinové terapie.

K další logopedické intervenci patří léčba dysartrie, která je přidružena s periferní poruchou orgánů tvorby řeči (Lippertová-Grünerová, 2015). Důležitý je proto nácvik správného dýchání, jež je nutný pro tvorbu hlasu, řeči, cvičení pohybů jazyka a obličejových svalů, zvláště tváří (tamtéž). V terapii se používají dle autorky různé vibrační, termické pomůcky, provádí se trénink intraorální (v dutině ústní), taktilní stimulace, trénink fonace. Angerová a Švestková (2010) uvádí, že se jedná o orofaciální terapii, která se využívá k navození fyziologického svalového napětí mimických svalů, jazyka a krčních svalů. Proto se využívají postupy zaměřené na stimulaci mimických svalů, terapie dutiny ústní a mobilizace krční páteře (tamtéž). Tato terapie pozitivně ovlivňuje spasticitu a je prevencí kousacího reflexu. Čím dříve selepší komunikační schopnost klienta, tím lepší může být spolupráce v ostatních složkách rehabilitace (Angerová a Švestková, 2010).

3.1.5 Expresivní terapie u osob po CMP

Muzikoterapie je přínosná při afázii, dysartrii, pro komunikaci, dýchání, ale pomáhá i při pohybu horních končetin a nácviku chůze, během terapie jsou zapojovány postižené části těla (Magee et al., 2017). Hudba pozitivně ovlivňuje psychický stav člověka a je vhodná také pro relaxaci (tamtéž). I samotný poslech hudby může působit léčebně, významný přínos hudby je zaznamenán při depresích, úzkostech, úlevě od bolesti, zotavení po mozkové příhodě apod., jak uvádí Howland (2016).

Arteterapie je léčebná činnost vhodná po CMP, která pozitivně ovlivňuje jemnou motoriku, úchop, kreativitu, fantazii a zlepšuje psychický stav klienta (Pokorná, 2013). S tím také souhlasí Kang a Kim (2013), ti prokázali, že arteterapie kladně působí na různé skupiny onemocnění, např. na cévní mozkovou příhodu, rakovinu, demenci apod. Autoři také poznamenávají, že použití barev v terapii zlepšuje kvalitu života pacientů s mrtvicí. Koordinace barev, saturace nebo jas mají vliv na člověka, na jeho náladu. Smyslem terapie je eliminovat negativní myšlenky klientů, umožňuje jim svou náladu zaznamenat na papír (Kang, Kim, 2013).

Tanečně pohybová terapie může být slibnou léčbou pro osoby se zdravotním postižením. Terapie pomáhá při fyzickém, kognitivním a psychickém postižení. Pro osoby s neurologickým deficitem napomáhá tanec propojit společenskou aktivitu s léčebným tělocvikem, dochází k nácvičku rovnováhy, zlepšení mobility a koordinace, je procvičován rytmus, synchronizace a prostorová představivost (Tchounwou, 2015).

3.1.6 Zooterapie u osob po CMP

Hipoterapie je úspěšnou terapií zejména při stavech po mozkových příhodách, při léčbě dětské mozkové obrny a roztroušené sklerózy, uvádí Macek (2009). Autor vysvětluje, že pohyb hřbetu koně faciliteje centrální nervový systém, klient tak procvičuje rovnováhu, zlepšuje stabilitu, koordinaci pohybů, dochází ke stimulaci dýchání a také k relaxaci svalů a psychickému odpočinku. Klient si také pomocí koně procvičuje navazování kontaktu a komunikaci, ale rovněž je díky zvířeti odpoutána pozornost od bolesti (Macek, 2009).

Canisterapie je pro osoby po iktu velmi přínosná, jak uvádí Machová a Říha (2016), a to v oblastech jemné a hrubé motoriky, komunikace, trénování kognitivních funkcí, ovlivňování spasticity pomocí polohování, relaxace. Pes je vhodný, dle autorů, i jako lokomoční pomůcka a velmi pozitivně ovlivňuje psychický stav klienta.

Felinoterapie je méně rozšířenou metodou než předchozí dvě zooterapie, jedná se o terapii pomocí kočky (Spektrum zdraví, 2013). Felinoterapie je vhodná při léčbě psychických obtíží, stresu a úzkostí (tamtéž).

Ornitoterapie je vhodná terapie v léčebných zařízeních, domovech důchodců apod., kde papoušci zastupují společenskou funkci, snižují tak pocity samoty, jsou vhodným rozptýlením pro člověka a navozují pozitivní emoce (Doležalová, 2007).

Terapie pomocí malých zvířat (např. akvarijní rybičky, morčata, křečci) potěší klienta, dle Zýkové (2014), a to i pouhá přítomnost zvířat (pasivní forma). Autorka podotýká, že se nejčastěji setkáváme v pobytových službách s akváriem s rybkami. Je prokázán pozitivní vliv akvarijních rybek, pohled na ně snižuje stres, působí klidně a v důsledku toho se snižuje i krevní tlak (Zýková, 2014).

3.2 Sociální rehabilitace u osob po CMP

Sociální rehabilitace u osob po CMP, její rozsah a způsob poskytování je závislá na míře funkčního postižení, předchozích sociálních vazbách a věku (Pokorná, 2013). Lidé po poškození mozku mohou mít poruchy chování, emocí a kognitivních funkcí, v důsledku toho mají potíže v oblasti sociálních dovedností (Janečková, 2009). Autorka dále uvádí sociální důsledky, které se objevují u lidí po poranění mozku, jedná se o změny v rodinných vztazích, v zaměstnání, vzdělávání, volnočasových a společenských aktivitách. Cílem sociální rehabilitace je pomoci klientovi dosáhnout větší míry nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti a tím klienta integrovat do společnosti (Odbor sociálních služeb a sociální práce, 2012). Krhutová (2013) do nástrojů sociální rehabilitace řadí sociální služby, sociální dávky, podporu zaměstnávání lidí se zdravotním postižením a podporu bydlení. Sociální pracovnice spolupracuje s rodinou, zjišťuje důležité skutečnosti, které mohou ovlivnit průběh rehabilitace, informuje rodinu o možnosti získání sociálních dávek, angažuje se v předpracovní rehabilitaci, zjišťuje možnosti uplatnění klienta, spolupracuje s úřadem práce, organizacemi pro zdravotně postižené pro poskytování určité služby apod. (Angerová, Švestková, 2010).

3.2.1 Sociální služby vhodné pro osoby po CMP

V ČR je poskytování sociálních služeb upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Sociální služba je definována v § 3 tohoto zákona, a to takto: *Činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.* Janečková a Johnová (2013) hodnotí situaci v ČR ohledně dostupnosti sociálních služeb pro osoby po poškození mozku jako minimální. Autorky poukazují na problematiku v poskytování sociálních služeb, jelikož regionálně chybí komplexní rehabilitační centra, která by služby poskytovala, a dále upozorňují na dominující léčbu pouze při pobytu

ve zdravotnickém zařízení, nikoli v přesahu do péče komunitní nebo v domácím prostředí.

V této podkapitole se zaměřím na sociální služby týkající se osob se zdravotním postižením, které mohou pomoci osobám po CMP.

Sociální poradenství

Sociální poradenství, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, poskytuje osobám informace, které klient potřebuje vědět a přispívají mu tak k řešení nepříznivé sociální situace. Služba je poskytována bez úhrady. Dále zákon o sociálních službách uvádí:

- základní sociální poradenství, které je základní činností při poskytování sociálních služeb, tato činnost musí být zajištěna;
- odborné sociální poradenství, jež je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin (tedy v poradně pro osoby se zdravotním postižením, je poskytováno odborné sociální poradenství pro osoby po CMP).

V tomto zákoně je dále uvedeno, jaké základní činnosti poskytuje odborné sociální poradenství:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů;
- terapeutické činnosti.

Služby sociální péče

Služby sociální péče jsou vhodné pro osoby k zajištění zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti, k tomu lze využít příspěvek na péči (Portál pro sociální oblast města Prahy, © 2008–2011). Osobám se zdravotním postižením (po CMP), jejichž stav vyžaduje pomoc druhé osoby, jsou nabídnuty níže uvedené služby.

Osobní asistence je poskytována v přirozeném prostředí klienta, tedy jedná se o terénní službu a je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu stáří, zdravotního postižení a chronického onemocnění podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Osobní asistent pomáhá osobě po CMP při činnostech, které by zvládal konat sám, kdyby neměl postižení, pomáhá se zabezpečením základních životních potřeb (např. příjem potravy, polohování, při osobní hygieně, obstarávání domácnosti, při nákupu apod.) (Krhutová, 2013).

Pečovatelská služba je terénní či ambulantní služba, která se oproti osobní asistenci poskytuje také rodinám s dětmi, jestliže potřebují pomoc druhé osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Matoušek (2007) podotýká, že se jedná o nejrozšířenější službu konanou mimo ústavy lidem se zdravotním postižením a starším lidem v ČR. Horáček a Kolář (2009) doporučují po ukončení hospitalizace klienta, který odchází do domácího prostředí, zajistit pečovatelskou službu. V rámci pečovatelské služby jsou poskytovány úkony pro zvládnutí péče o vlastní osobu a domácnost (Matoušek, 2007).

Odlehčovací služba může být poskytována ve formě terénní, ambulantní i pobytové, je poskytována pečující osobě/osobám a cílem je umožnit jim nezbytný odpočinek (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Matoušek (2007) nazývá tuto službu také jako úlevovou (respitní) péči.

Podpora samostatného bydlení je jednou ze služeb, která podporuje oblast bydlení a pomáhá tak zabránit sociální exkluzi (Krejčířová, Treznerová, 2011). Jedná se o terénní službu, jež se poskytuje osobám se zdravotním postižením či chronickým onemocněním (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Další službou, podporující oblast bydlení, je služba chráněné bydlení, která je poskytována ve formě pobytové, a to buď skupinově, či individuálně (Krejčířová, Treznerová, 2011). Pokorná (2013) uvádí, že se individuální forma pobytu využívá spíše u osob po CMP, zatímco skupinová forma u osob s mentálním postižením. Mezi další služby, které mohou klienti po CMP využívat, i když pro ně nejsou primárně určeny, patří domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory (tamtéž).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují osobám se zdravotním postižením (které potřebují pomoc jiné osoby) dlouhodobé pobytové služby, kde je jim poskytnuta komplexní péče - ubytování, strava, pomoc při zvládnutí běžných činností, jak je uvedeno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře jsou, dle zákona o sociálních službách, poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění nebo stáří, jelikož potřebují pomoc jiné osoby. Matoušek (2007) popisuje, že tyto služby nabízí i aktivizační, výchovné a vzdělávací aktivity. Centra denních služeb a denní stacionáře jsou poskytovány formou ambulantní,

zatímco v týdenních stacionářích je poskytováno ubytování (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných apod., jsou určeny osobám, jež nevyžadují sice ústavní péči, ale jelikož se jedná o jedince, kteří potřebují pomoc druhé osoby, a zároveň nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení, dokud jim nebude zajištěna pomoc jinou osobou nebo ambulantní/pobytová sociální služba (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Služby sociální prevence

Tyto služby preventivního charakteru zabraňují sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, krizovou situaci apod., uvádí Krejčířová a Treznerová (2011). Kodymová a Koláčková (2010) doplňují, že prevence znamená úkony, které směřují k zabránění vzniku psychické, smyslové či tělesné vady (prevence primární) či k zabránění stálého funkčního omezení nebo postižení (prevence sekundární). Cílem služeb sociální prevence je chránit společnost před vznikem nežádoucích společenských jevů a pomoci jedincům k překonání jejich nepříznivé sociální situace (Krejčířová, Treznerová, 2011).

Následující služby sociální prevence, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením (tedy i osoby po CMP).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou nabízeny ambulantně, případně terénně, pro osoby ve vyšším věku či se zdravotním postižením, kterým hrozí sociální exkluze, uvádí Arnoldová (2016).

Sociálně terapeutické dílny jsou určeny osobám, jež se nemohou navrátit na otevřený ani chráněný trh práce (Arnoldová, 2016). Proto existuje tato podpora, která rozvíjí dovednosti a pracovní návyky (Matoušek, 2007).

Sociální rehabilitace je upravena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (§ 70), více v kap. 2.4.2 Sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace je také jednou ze složek koordinované rehabilitace zaměřující se na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti a podporuje osoby se zdravotním postižením v běžném životě, v jejich fungování, např. v zajištění asistenčních služeb, úpravách

bytu, motorového vozidla, zabezpečení ekonomickém, materiálním, (re)socializaci apod. (Kodymová, Koláčková, 2010). Díky sociální rehabilitaci, podotýká Arnoldová (2016), dochází k rozvoji schopností a dovedností, nácviku běžných činností vhodných pro vedení samostatného života.

3.2.2 Sociální dávky

Dávky, které jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením, upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění. Osoba po mozkové příhodě může využívat tyto peněžité dávky:

Příspěvek na zvláštní pomůcku je, dle výše uvedeného zákona, pomůcka, která umožňuje osobě sebeobsahu, slouží k uskutečňování pracovních povinností nebo k přípravě na budoucí zaměstnání, ke vzdělávání a ke styku se společností. Zvláštní pomůcka není zdravotnická pomůcka, ta je hrazena z veřejného zdravotního pojištění (tamtéž). Tento příspěvek je určen osobám, které mají postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého stavu, přičemž jedinci mají těžkou vadu nosného či pohybového ústrojí, nebo osobám s těžkým sluchovým či zrakovým postižením (MPSV, 2015a). Další podmínkou je, aby osoba byla starší 1 roku, u příspěvku na motorové vozidlo či úpravu bytu musí být osoba starší 3 let a u příspěvku na vodícího psa je potřeba, aby osoba byla starší 15 let. Spoluúčast osoby s postižením na pořízení zvláštní pomůcky činí 10 %, minimálně 1000 Kč (tamtéž). Více informací upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění. Seznam typů zvláštních pomůcek, na které je příspěvek určen, je obsažen ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění.

Příspěvek na mobilitu je peněžitá dávka pro osobu starší 1 roku, která není schopna zvládat mobilitu a orientaci, má tedy nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP či ZTP/P; osobě se neposkytují pobytové sociální služby a osoba se pravidelně v kalendářním měsíci dopravuje či je dopravována. Jedná se o opakující se dávku, dávka činí 400 Kč za měsíc (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů).

Zákon upravuje také mimo dávek i průkaz osoby se zdravotním postižením. Existují tři typy průkazů: průkaz TP (pro osoby se středně těžkým funkčním postižením orientace či pohyblivosti), průkaz ZTP (pro osoby s těžkým funkčním postižením orientace nebo pohyblivosti) a průkaz ZTP/P (pro osoby se zvláště těžkým či úplným funkčním postižením orientace nebo pohyblivosti s potřebou průvodce) (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů).

Novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, upravuje příspěvek na péči, který náleží osobám starším 1 roku, závislým na pomoci jiné fyzické osoby, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, kdy se nemohou postarat o vlastní osobu (vykonávat denní činnosti), což omezuje člověka v soběstačnosti (Příspěvek na péči, 2015a). Příspěvek se poskytuje za účelem pořízení určité sociální služby. Zmíněný zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti, jelikož soběstačnost a péče o vlastní osobu je u každého člověka jiná. Jednotlivým stupňům závislosti (od lehké závislosti po úplnou závislost) odpovídá výše peněžitě dávky (Příspěvek na péči, 2015a). Při posuzování této peněžitě dávky se vyšetřují základní životní potřeby, těmi jsou: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Příspěvek na péči, 2015b). Žadatel podává žádost o příspěvek na krajskou pobočku úřadu práce (ÚP) podle místa jeho trvalého bydliště (Příspěvek na péči, 2015a). Krajská pobočka ÚP prostřednictvím sociálního pracovníka provádí sociální šetření, kdy zjišťuje v přirozeném prostředí klienta jeho soběstačnost a zvládání péče o vlastní osobu. Písemný záznam ze sociálního šetření, spolu se žádostí o posouzení zdravotního stavu dané osoby a kopií žádosti o příspěvek na péči, je zaslán na OSSZ, kde posuzuje tuto situaci posudkový lékař, který následně vydává rozhodnutí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

3.3 Pedagogická rehabilitace u osob po CMP

V pedagogické rehabilitaci působí speciální pedagog, který se zabývá především poruchami čtení, psaní, počítání a učení (Angerová, Švestková, 2010). U dospělých jedinců v produktivním věku se pedagogická rehabilitace prolíná s pracovní rehabilitací, jelikož se zde zaměřuje klient na získání zaměstnání, kvalifikace či rekvalifikace (tamtéž). U osob po CMP, které nemohou z důvodu svého postižení nastoupit do předchozího zaměstnání, je uplatňována pedagogická rehabilitace spolu s pracovní (Pokorná, 2013). Angerová a Švestková (2010) upozorňují na fakt, že se v ČR speciální pedagog v rehabilitačním týmu u dospělých klientů spíše nevyskytuje, setkáváme se s ním zejména v dětské rehabilitaci.

3.4 Pracovní rehabilitace u osob po CMP

Pracovní rehabilitace se uplatňuje po léčebné a sociální rehabilitaci u osob v produktivním věku, které jsou připravovány k pracovnímu uplatnění a následně zařazení do pracovního procesu (Papoušek, 2010). Následky poranění u osob po CMP často ovlivní jejich pracovní výkon, tudíž i vztahy na pracovišti, proto je zapotřebí zaměřit se v rámci rehabilitace i na trénink pracovních dovedností, upozorňuje Janečková (2009). Cílem pracovní rehabilitace u osob po poškození mozkové tkáně je především zjistit úroveň pracovního potenciálu, rozsah znalostí a schopností osoby po CMP, dále rekvalifikaci a vyhledávání vhodného pracovního uplatnění (Kollárová, 2014). Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce či jiná organizace zabývající se pracovní rehabilitací (tamtéž). Pracovní příprava osob po CMP zahrnuje poradenskou činnost směřující k volbě povolání, přípravu pro zaměstnání (teoretickou i praktickou), zprostředkování zaměstnání, jeho udržení, popř. změnu, vytváření přiměřených podmínek pro výkon výdělečné činnosti, jak uvádí Prokopová (cit. 2017). Pokorná (2013) zmiňuje také možnost studia na vysokých školách v rámci celoživotního vzdělávání.

4 Cíl práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je popsat jednotlivé složky koordinované rehabilitace poskytované osobám po CMP v Léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly. Dílčím cílem je zanalyzovat provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitační péče.

4.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po CMP v Léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly?
2. Jakým způsobem podporuje koordinovaná rehabilitace resocializaci jedince po CMP?
3. Jak jsou klienti s koordinovanou rehabilitační péčí spokojeni?

4.3 Operacionalizace pojmů

Koordinovaná rehabilitace

Kolář (2009, s. 1) popisuje rehabilitaci jako *koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince*. Koordinovaná rehabilitace značí propojení složek léčebných, pedagogických, pracovních a sociálních, jedná se o interdisciplinární obor (Pfeiffer, Švestková, 2014).

Resocializace

Tento pojem v sociologickém slovníku zaznamenali Linhart et al. (1996), pochází z latinské předpony *re-* (opakování) a *socialis* (družný). Je to tedy opětovná socializace osoby, která tento proces jednou absolvovala a snaží se sžít s novým sociálním prostředím (tamtéž).

Průběh resocializace, jak ji popisuje Reichel (2008), závisí na:

- jedinci, jak se dokáže adaptovat (přizpůsobit) na sociální změnu;
- prostředí (vztahy, ochota pomoci, tolerance a vstřícnost při navazování přátelských kontaktů);
- odlišnosti nového prostředí ve srovnání s původním.

Autor dále podotýká, že se pojem resocializace uvádí, když se jedná o podstatné, zásadní změny, nejčastěji v souvislostech s osobní životní změnou jedince, kterou provází sociální, psychické, somatické důsledky (např. vážné tělesné i psychické nemoci a úrazy s následkem invalidity).

5 Metodika

5.1 Strategie, metoda a technika

Vzhledem k tématu diplomové práce a stanovenému hlavnímu cíli jsem zvolila strategii kvalitativního výzkumu. V kvalitativním výzkumu se nahlíží na určitý jev v autentickém prostředí, data jsou získávána delším a hlubším kontaktem v daném prostředí, díky čemuž dostáváme detailní informace a komplexní podobu o zkoumaném tématu (Reichel, 2009).

Pomocí metody dotazování (formou mluvenou – rozhovorem/interview) jsem prováděla sběr dat a jako techniku jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Disman (2002) shledává u metody dotazování jako velké pozitivum „návrstnost“, jelikož je více dokončených interview než například při porovnání s množstvím navrácených dotazníků. Technika polostrukturovaný rozhovor je také označována jako rozhovor částečně řízený/polořízený a je charakteristická tím, že má výzkumník předem určen okruh otázek/témat, které během rozhovoru pokládá dotazovanému, uvádí Reichel (2009). Během interview je dána svoboda v dotazování, ověřování si informací a doptávání se na to, zda byla informace správně pochopena (tamtéž).

Rozhovor byl zaměřen na výzkumný vzorek, který tvoří osoby po CMP v LRS Chvaly a pracovníci organizace, kteří uplatňují jednotlivé složky koordinované rehabilitace. Proto byl rozhovor rozdělen na dvě části, první část byla určena osobám po CMP v LRS Chvaly, v níž bylo přibližně 13 otázek, jež jsem si předem zčásti stanovila. Druhá část byla určena pracovníkům z organizace LRS Chvaly, v ní bylo přibližně 9 otázek. V příloze 2 je scénář otázek k nahlédnutí. Otázky v rozhovoru s komunikačními partnery vyplývají ze tří výzkumných otázek, nejprve zjišťují provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po CMP v daném zařízení, dále způsob podpory resocializace jedince po CMP pomocí koordinované rehabilitace a na závěr spokojenost klientů po CMP s koordinovanou rehabilitací v daném zařízení.

Rozhovory s pracovníky a klienty po CMP v LRS Chvaly probíhaly osobně, vnímala jsem tak i neverbální komunikaci komunikačních partnerů, která dokreslovala odpovědi dotazovaných. Nevýhodu polostrukturovaného rozhovoru spatřuje Miovský (2006) v riziku odchýlení se od struktury rozhovoru ze strany tázaného a také v obtížnější zpracovatelnosti dat.

5.2 Charakter výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru jsem použila metodu účelového neboli záměrného výběru. Jako variantu této metody jsem využila prostého záměrného výběru, kdy jsou výzkumníkem vyhledáni potencionální účastníci kvalitativního výzkumu podle určitého kritéria či souborem konkrétních kritérií, což může být stav, určitá vlastnost apod., které jsou stanovené pro splnění cíle daného výzkumu (Mioviský, 2006). Účastník výzkumu je tedy pro výzkum vhodný a zároveň splňuje i ochotu účastnit se výzkumu (tamtéž). Disman (2002) upozorňuje, že je výzkumný vzorek vytvořen v okamžiku, kdy je nasycen, neboli když je dosaženo plné saturace.

Výzkumný vzorek je, v případě této diplomové práce, tvořen komunikačními partnery, kteří jsou rehabilitováni po cévní mozkové příhodě nebo rehabilitaci odborně vedou v zařízení LRS Chvaly. Jedná se tedy o dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořily osoby po CMP, případně s asistencí jejich rodinných příslušníků. Tyto komunikační partnery jsem vybírala na základě diagnózy. Vypsala jsem si z databáze klienty LRS Chvaly s diagnózou cévní mozková příhoda, klientů s touto diagnózou bylo k datu 13. 2. 2017 celkem 15. Pročetla jsem si dokumentace těchto klientů a zeptala se také na doporučení pracovníků zabývajících se rehabilitací v tomto zařízení. Z klientů vypsanych z databáze bylo doporučeno odborníky z rehabilitace, kteří brali v úvahu také úroveň komunikačních schopností, kognitivních funkcí a momentální stav klientů, celkem 7 klientů k výzkumu, z toho 6 jich bylo ochotných poskytnout rozhovor. Mezitím byli přijati k rehabilitaci další klienti s různou diagnózou, mezi nimi byl klient po CMP, který byl vhodný k výzkumu, splňoval stanovená kritéria a byl ochotný provést se mnou rozhovor. Po získání tohoto klienta už jsem dále nehledala vhodné komunikační partnery, jelikož jsem měla vzorek saturován a další data mi nepřinášela nová poznání. Celkem byl rozhovor proveden se 7 osobami po CMP, které byly rehabilitovány v LRS Chvaly. Základní údaje o komunikačních partnerech prvního výzkumného souboru jsou zaznamenány v Tab. 1.

Tab. 1: Základní údaje prvního výzkumného souboru (osoby po CMP v LRS Chvaly).

Komunikační partner	Pohlaví	Věk	Délka pobytu v LRS Chvaly
KP1	Muž	64 let	12 týdnů a 3 dny
KP2	Muž	60 let	4 týdny
KP3	Žena	86 let	6 týdnů a 1 den
KP4	Muž	75 let	1 týden
KP5	Muž	82 let	4 týdny
KP6	Žena	76 let	2 týdny
KP7	Muž	65 let	3 týdny

Zdroj: vlastní výzkum.

Druhý výzkumný soubor tvořili pracovníci LRS Chvaly, kteří uplatňují jednotlivé složky koordinované rehabilitace (léčebná – fyzioterapie, ergoterapie, logopedie; sociální; psychologická/duchovní). Z každé složky koordinované rehabilitace jsem vybrala pro rozhovor jednoho odborníka, který ve zmíněném středisku pracuje minimálně 1 rok, je v kontaktu s klienty po CMP a je také ochoten poskytnout informace. Celkem byl rozhovor proveden s 5 odborníky. Základní údaje o komunikačních partnerech druhého výzkumného souboru nalezneme v Tab. 2.

Tab. 2: Základní údaje druhého výzkumného souboru (odborníci pracující v LRS Chvaly).

Komunikační partner	Pohlaví	Délka praxe v LRS Chvaly
KP	Žena	12 let
KP	Muž	8 let
KP	Žena	3,5 roku
KP	Žena	6 let
KP	Žena	12 let

Zdroj: vlastní výzkum.

5.3 Představení Léčebného a rehabilitačního střediska Chvaly

Léčebné a rehabilitační středisko (LRS) Chvaly je součástí komunitního areálu Chvaly, kde se dále nachází Domov pro seniory Bethesda, Církev bratrská, Vyšší odborná škola teologická a ubytování pro vysokoškolské studenty (Církev bratrská Černý Most, 2017).

Nejdéle fungujícím zařízením v celém areálu je nestátní zdravotnické zařízení LRS, ve kterém je poskytována lůžková rehabilitační péče, ambulantní rehabilitační péče, domácí zdravotní péče typu Home Care a pečovatelská služba. Zařízení poskytuje také dopravní službu pro klienty, kteří potřebují odvoz, nebo odborný doprovod (na vyšetření, na úřady apod.), a také provozuje vlastní lékárnu v Horních Počernicích. Do budoucna je plánována výstavba centra následné péče s rehabilitačními lůžky, lůžky pro hospicovou péči a dlouhodobou péči (Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly, 2011).

Zařízení LRS Chvaly je zaměřeno především na rehabilitační a doléčovací pobyty pro osoby (převážně staršího věku, ale nejen pro ně) s různými onemocněními. Nejčastěji jsou v LRS Chvaly klienti s diagnózami: cévní mozkové příhody, stavy po úrazech, operacích (především ortopedických), onemocnění pohybového aparátu, neurologická onemocnění a další (Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly, 2011). Dané středisko nepřijímá klienty s duševními nemocemi, důraz je zde totiž kladen na spolupráci (tamtéž). Kapacita tohoto zařízení je padesát lůžek, a to dohromady ve dvou budovách (budova LRS a Bethesda). Klienti jsou přijímáni k rehabilitaci obvykle na dobu 3-4 týdny, pobyt může být prodloužen, o tom rozhodují lékaři na základě zdravotního stavu klienta (tamtéž).

V rámci lůžkové rehabilitační péče je poskytováno mnoho různých terapií a aktivit. Využívá se fyzioterapie (léčebná tělesná výchova, elektroléčebné a vodoléčebné procedury), logopedie, ergoterapie (ergoterapie ruky, trénink kognitivních funkcí, nácvik soběstačnosti), masáže (klasické, reflexní, částečné či celkové), lymfodrenáže (ruční i přístrojové), akupunktura a všechny její techniky, motomedy, motodlahy, posturomedy, rotopedy, Redcord, pohyblivý chodník, vycházkové okruhy s lavičkami a minigolfem v areálovém parku, dále je poskytováno nutriční doporučení pro redukci nadváhy (Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly, 2011). Klientům je také nabízena individuální psychologická péče, duchovní péče a bohoslužby, které se konají v areálu 2x týdně (tamtéž). Dále je zde poskytováno poradenství ve zdravotně-sociální oblasti,

zprostředkovávání služeb, zapůjčování zdravotních a kompenzačních pomůcek (tamtéž). Uvnitř budovy LRS je pro klienty vytvořen koutek, kde mohou posedět u papoušků či akvária s rybičkami, klienti si zde mohou také zapůjčit některou z nabízených knih či posedět na terase.

V tomto středisku poskytuje léčebnou a rehabilitační péči multidisciplinární tým, který se skládá z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sanitářů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedky, psychologa, sociální pracovnice, kaplana a nutriční terapeutky.

5.4 Vlastní realizace výzkumu

Rozhovory s klienty, kteří prodělali CMP, a s odborníky z LRS Chvaly byly uskutečňovány během měsíců únor a březen 2017. Rozhovory s komunikačními partnery byly prováděny individuálně, z velké části bez přítomnosti třetí osoby, avšak u některých klientů po CMP asistence třetí osoby byla (rodinný příslušník). Ze zájmu o komunikačního partnera jsem chtěla navodit, při konání individuálního rozhovoru, pocit bezpečí, vzájemnou důvěru, vstřícnost a celkově vytvořit takové prostředí, aby se dotazovaný cítil příjemně a měl jistotu anonymity, abych od něj následně získala pravdivé informace. Veškeré schůzky, na kterých byl proveden rozhovor, byly dopředu domluveny, ať už se jednalo o rozhovor s klientem či odborníkem LRS. Všechny rozhovory probíhaly v zařízení LRS Chvaly, v místnosti, kde jsme nebyli nikým rušeni. Komunikačních partnerů jsem se vždy před zahájením rozhovoru představila, seznámila je s cílem této akademické práce, ujistila jsem je také, že výzkum je anonymní a že jakékoliv identifikační informace nebudou dále sdělovány. Také jsem se dotazujících zeptala, zda mohu rozhovor nahrát na diktafon. Všichni dotazovaní souhlasili, rozhovory byly tedy nahrány a po zpracování smazány. Délka rozhovoru byla u klientů po CMP do půl hodiny, pouze jednomu klientovi se stávalo, že otázku zapovídal a zaběhl v myšlenkách na jiné téma, proto jsem ho neustále vracela zpět na dané téma a rozhovor byl mírně delší. U odborníků trval rozhovor kratší dobu ve srovnání s klienty. Na klienty bylo více připravených dotazů a také klienti občas hledali správná slova, aby se dobře vyjádřili, vzhledem k určité míře poškození mozkové tkáně. Záleželo také na tom, jak moc se dotazovaní na danou otázku rozpovídali. Také bylo nutné přizpůsobit danému komunikačnímu partneru způsob

mluvy. Jak podotýká Miovský (2006), tazatel musí zvládnout slovník cílové skupiny (slang, terminologii, nářečí apod.).

Abych naplnila cíl výzkumu, volila jsem osoby, které jsou klienty LRS, a prodělaly CMP, dále jsem volila rehabilitační odborníky, z každé oblasti jednoho, kteří pracují s osobami po CMP v zařízení LRS Chvaly, a to minimálně jeden rok. Během rozhovoru jsem pokládala otázky vycházející ze tří hlavních oblastí výzkumných otázek. Pokládala jsem také v některých případech doplňující otázky či jsem si pořadí otázek upravila podle dané situace. S komunikačními partnery se mi pracovalo velmi dobře, byli velmi vstřícní, ochotní a přistupovali ke mně s důvěrou a zájmem.

5.5 *Vyhodnocování dat*

Informace získané rozhovorem s komunikačními partnery jsem nahrávala na diktafon a následně jsem zvukový záznam přepisovala do písemné podoby. Pro transkripci dat je možné využít některou z těchto čtyř možností: selektivní protokol, shrnující protokol, komentovanou, či doslovnou transkripci, jak uvádí Hendl (2016). Já jsem zvolila poslední možnost a rozhovory jsem doslovně přepisovala, a to z toho důvodu, abych zachovala přesné vyjádření komunikačních partnerů a větší autentičnost. Při přepisování jsem vynechávala pouze „vatové“ slovní fráze (např. hm, no, vlastně, jakoby). Následně jsem pro analýzu získaných dat zvolila metodu zachycení vzorců, tzv. gestaltů, kdy jsou hledány opakující se témata, reakce, které jsou vázány na určitou osobu, kontext (Reichel, 2009). Díky této metodě, kdy se opakují podstatné části, je výsledkem vzorec, tzv. obecný příběh v různých určitých případech (tamtéž).

5.6 *Etika*

Švaříček (2014) doporučuje několik etických principů, které je vhodné dodržet při provádění kvalitativního výzkumu. Jedná se o tyto principy (tamtéž):

- důvěrnost – nezveřejňovat data, pomocí kterých by se dalo identifikovat účastníky výzkumu;
- poučený souhlas – od účastníků je potřeba získat souhlas s výzkumem. Dohnálková (2011) zmiňuje, že výzkumník k tomu řekne charakteristiku výzkumu a komunikačního partnera ujistí o anonymitě (důvěrnosti dat);
- zpřístupnění práce komunikačním partnerům výzkumu – pokud badatel slíbí předání výsledků výzkumu, měl by tak učinit, jinak by působil nezdvořile

a následně by se mohlo stát, že zneprístupní ostatním výzkumníkům přístup do daného prostředí. Dohnalová (2011) také uvádí v desateru etického chování, že pokud mají komunikační partneři zájem o výsledky výzkumu, je dobré jim výsledky vhodnou formou podat.

Ve výše uvedené tabulce (Tab. 2) neuvádím čísla komunikačních partnerů kvůli zachování anonymity dotazovaných a vzhledem k etice výzkumu. V komentářích nazývám všechny komunikační partnery písmeny KP a přiřazeným číslem, označuji je dle mužského vzoru a dále i všechny jejich odpovědi jsou přepsány v mužském rodě. U komunikačních partnerů z Tab. 2 jsem záměrně neuváděla odbornou profesi, jelikož bych narušila jejich anonymitu. Také veškeré přepisy rozhovorů s komunikačními partnery jsou uchovány v archivu, u autorky této práce, jelikož se jedná o citlivá data.

6 Výsledky

S vyhodnocováním výsledků začínám u každé výzkumné otázky klienty po CMP ze zařízení LRS Chvaly a následně vyhodnocuji data od rehabilitačních odborníků z LRS Chvaly. Základní výsledky z rozhovorů uvádím v tabulkách, a to metodou prostého výčtu. U tabulek je vždy komentář, který je prokládán interpretací výsledků, kde uvádím podrobnější výsledky, včetně uvedení některých přesných odpovědí. Nakonec uvádím krátké shrnutí, kde se snažím zachytit opakující se vzorce.

6.1 Výsledky v souvislosti s první výzkumnou otázkou

VO1: Jaká je provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po CMP v Léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly?

6.1.1 Odpovědi klientů po CMP ze zařízení LRS Chvaly

Tab. 3: Informace o aktivitách a terapiích u klientů po CMP v LRS Chvaly.

	Odborné aktivity/terapie, které podstupují klienti po CMP v LRS Chvaly	Odborná aktivita dominující v léčbě
KP1	fyzioterapie, motomed, akupunktura, vířivka, logopedie, ergoterapie, cvičení paměti skupinové, kaplan/psycholog za mnou byl jednou - jeho službu pak odmítl	fyzioterapie
KP2	fyzioterapie, motomed, vířivka, logopedie, ergoterapie, cvičení paměti skupinové a individuální, duševní péče	fyzioterapie, motomed
KP3	fyzioterapie, motomed, logopedie, cvičení paměti, duševní péče hlavně na začátku pobytu	fyzioterapie, logopedie
KP4	fyzioterapie, motomed, logopedie, ergoterapie	nedominuje žádná
KP5	fyzioterapie, motomed, vodoléčba, rašelina, logopedie, párkrát za mnou byl duchovní	fyzioterapie
KP6	fyzioterapie, motomed, logopedie	fyzioterapie, motomed
KP7	fyzioterapie, logopedie, masáže, akupunktura, motomed, ergoterapie, cvičení paměti skupinové a individuální, kaplan	fyzioterapie

Zdroj: vlastní výzkum.

Z tabulky (Tab. 3) je patrné, že klienti podstupují řadu aktivit a terapií v tomto zařízení, přičemž jsou terapie indikovány individuálně, podle potřeb daného klienta. Terapie jsou převážně z léčebné složky koordinované rehabilitace (KRHB). Z odpovědí komunikačních partnerů je zřejmé, že dominuje v rehabilitační péči fyzioterapie, tak odpovědělo šest dotazovaných. Dva dotazovaní doplnili svoji odpověď ještě o motomed (kolo), jeden dotazovaný o logopedii. KP4 odpověděl, že z jeho terapií nedominuje konkrétně žádná aktivita.

O návaznosti jednotlivých terapií - *Jak na sebe jednotlivé terapie/aktivity navazují?* - se dozvídáme, že některé terapie mohou mít pevně stanovený čas nebo že probíhají dopoledne či odpoledne. U každého klienta je domluva o terapiích a o tom, kdy bude probíhat, individuální. Pět komunikačních partnerů říká, že některé terapie jsou kdykoliv v průběhu dne podle toho, jak se to hodí časově pracovníkům.

Logopedie dopoledne, cvičí se mnou na posteli, ruce, rozhýbat nohy, potom posadit, na kolo, postavit k zábradlí. Tohle je denně taková rehabilitace od pondělí do pátku, v sobotu jenom kolo. (KP6)

V 9 hodin chodí fyzioterapeut, pak na kolo, potom přijde ergoterapeutka na paměť. Masérka, někdy odpoledne, někdy dopoledne, jak jí to vyjde. Logopedka chodí tak třikrát týdně. Akupunkturu jsem měl dvakrát na delší dobu jehličky. Kaplan chodil ze začátku a skupinové cvičení paměti je ve čtvrtek. (KP7)

Tab. 4: Informace o aktivitách a terapiích u klientů po CMP.

	Kdo podle Vás jednotlivé terapie indikuje?
KP1	rehabilitační sestry
KP2	asi lékař a fyzioterapeutka
KP3	netuším, asi pan primář
KP4	hlavní terapeut
KP5	snad doktor
KP6	nevím, asi doktor a fyzioterapeutka
KP7	asi fyzioterapeut

Zdroj: vlastní výzkum.

Z tabulky 4 je znát, že komunikační partneři přesně netuší, kdo terapie indikuje. Dva dotazovaní (KP3, KP5) se domnívají, že jen lékař indikuje terapie. Jeden dotazovaný se naopak domnívá, že terapie indikuje fyzioterapeut: *Já si furt myslím, že asi ten fyzioterapeut.* (KP7)

KP4 odpověděl hlavního terapeuta, který indikuje jednotlivé terapie a dotazovaný KP1 zmiňuje rehabilitační sestry (fyzioterapeut, ergoterapeut, logopedka). Dva komunikační partneři (KP2, KP6) si myslí, že se na indikaci terapií podílí lékař a fyzioterapeut. *Asi někdo nejvyšší, kdo je nad nima. Asi lékař a některý procedury rozhodla fyzioterapeutka.* (KP2)

Všech sedm klientů se shoduje, že spolu odborníci spolupracují. Na dotaz ***Jak podle Vás spolu odborníci v LRS Chvaly spolupracují?*** dotazovaní odpovídali, že především rozhovorem (viz následující Tab. 5).

Tab. 5: Spolupráce odborníků v LRS Chvaly z pohledu klientů po CMP.

	Vnímáte zde, že spolu jednotliví odborníci spolupracují?	Způsob spolupráce
KP1	ano	osobní zájem, rozhovor
KP2	asi ano	rozhovor, návaznost terapií
KP3	ano	rozhovor
KP4	ano, měli by	dohodou, aby terapie navazovaly
KP5	určitě, tady je prima kolektiv	rozhovor
KP6	ano	dohodou, aby terapie navazovaly
KP7	asi ano	konzultace, rozhovor

Zdroj: vlastní výzkum.

Konkrétně komunikační partneři odpovídají takto:

Mají osobní zájem o pacienty, protože to by nešlo moc dobře zvládnout papírově, takže fakt musí mít zájem o pacienta. Třeba jdou za kolegyní, vyhledá ji a řekne, tohle bys měla přidat, prostě se musí vídat. (KP1)

Bavili se minulej tejdén, jestli bych chodil i na tu vodoléčbu. To jsme byli u nich dole na sezení na paměti a tam se právě potom rozhodovalo, na jakou další terapii budu chodit. (KP2)

Komunikují spolu, rozhovory, říkají si, co pacienti můžou, anebo nemůžou dělat, jestli pracují dobře. (KP3)

Všech sedm komunikačních partnerů vnímá, že jednotliví odborníci spolupracují v rámci rehabilitace v LRS Chvaly a ke spolupráci využívají rozhovor.

6.1.2 Odpovědi rehabilitačních odborníků ze zařízení LRS Chvaly

Nejprve jsem se zajímala, zda komunikační partneři (odborníci) znají pojem „koordinovaná rehabilitace“. Pokud tento pojem znali, doptala jsem se, jak by ho charakterizovali.

Z následující tabulky (Tab. 6) je možné zjistit, že jeden komunikační partner slyšel ode mne tento pojem „koordinovaná rehabilitace“ poprvé. Ostatní odpovídající pojem již slyšeli a dva z nich si byli jistí, že pojem znají.

Pojem vysvětlují jako komplexní, nejširší, globální péči o pacienty. Do této péče pak řadí jednotlivé terapie-rehabilitace, z nichž zaznívaly nejvíce složky zdravotní a sociální. Komunikační partner 3 vystihl nejlépe charakteristiku pojmu koordinovaná rehabilitace: *Představuju si, že ta koordinovaná rehabilitace jsou vzájemně propojený, na sebe navazující procesy té rehabilitace - léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, zároveň nějaká jako pedagogická rehabilitace a pracovní rehabilitace.*

Komunikační partner 5 sice pojem neznal, ale po úvaze nad tímto pojmem řekl: *Dovedu si představit, že k ní patří psycho-socio-somaticko-spirituální zabezpečení potřeb pacienta.*

Tab. 6: Pojem koordinovaná rehabilitace.

	Znáte pojem koordinovaná rehabilitace?	Charakteristika
KP1	ano	jako snahu, o co nejširší péči, kterou vlastně klientům můžeme poskytnout v jejich rehabilitaci, v péči o ně
KP2	ano	jedná se komplexní péči o pacienty, která zahrnuje složku zdravotní, sociální i nějakou rodinnou
KP3	pojem jsem slyšela	jako vzájemně propojený, na sebe navazující procesy rehabilitace - léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, pedagogická rehabilitace, pracovní rehabilitace
KP4	tuším	jako seskupení několika pracovišť (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie atd.), všichni pracují dohromady, pacient má globální péči, spolupracuje se i s rodinou, jak bude pokračovat jeho rehabilitace a péče doma dál
KP5	neznám	dovedu si představit, že k ní patří psycho-socio-somaticko-spirituální zabezpečení potřeb pacienta

Zdroj: vlastní výzkum.

Dále jsem zjišťovala, jaké složky koordinované rehabilitace dominují v LRS Chvaly při koordinované rehabilitaci u osob po CMP.

Tab. 7: Informace o složkách KRHB dominující u klientů po CMP.

	Složky dominující v KRHB v LRS Chvaly při rehabilitaci u osob po CMP
KP1	léčebná, pastorační, psychologická i sociální
KP2	léčebná, sociální a rodinná
KP3	léčebná rehabilitace
KP4	léčebná, psychologická, pastorační a sociální
KP5	léčebná rehabilitace

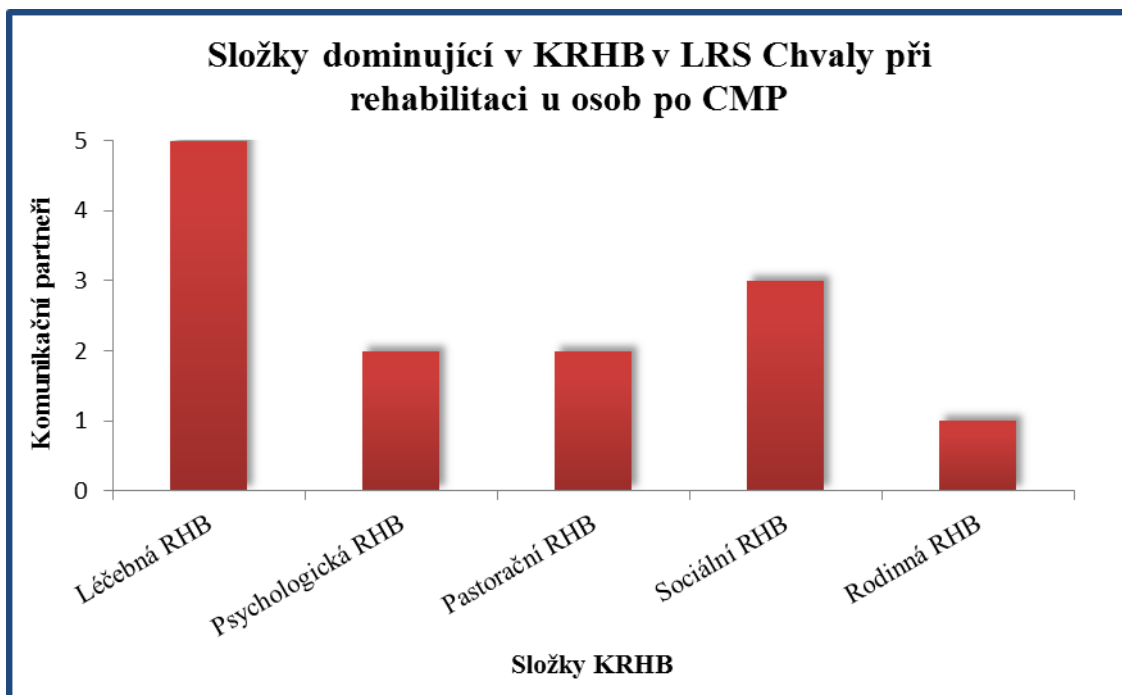
Zdroj: vlastní výzkum.

V LRS Chvaly podle dvou komunikačních partnerů (KP3, KP5) jasně dominuje léčebná složka koordinované rehabilitace u klientů po CMP. *Když to takhle cíleně zaměříme, myslím si, že tady dominuje ta léčebná rehabilitace.* (KP3)

KP1 a KP4 vysvětlují, že se složky prolínají, tudíž v léčbě u osob po iktu dominuje jak léčebná, tak sociální a psychologická, pastorační složka KRHB. Jeden odborník KP2

uvádí složky: léčebná, sociální a rodinná. Po dotazu na rodinnou složku vysvětluje: *Ta rodinná se taky může zapojit. Rodině můžeme ukázat, jak se cvičí, jak s člověkem můžou chodit, doporučujeme jim další následné rehabilitace, zkrátka spolupráce s rodinou.* (KP2)

Složky dominující v KRHB uvádím také v Obr. 1.



Obr. 1: Složky dominující v KRHB.

Zdroj: vlastní výzkum.

V tabulce 8 je zaznamenána návaznost složek KRHB a jejich indikace.

Tab. 8: O návaznosti a indikaci jednotlivých složek KRHB.

	Návaznost jednotlivých složek KRHB	Kdo indikuje jednotlivé složky KRHB?
KP1	spíše provázanost než návaznost tím, že máme porady, tam vyjde potřeba klienta	týmové, odborníci to spolu konzultují
KP2	navazují podle potřeb člověka, podle stavu člověka, takže individuálně	Největší kompetence na fyzioterapeutovi. Logopedii si určuje sama odbornice, skupinu paměti také nebo se ptá, jestli někoho nedoporučují fyzioterapeuti; vířivku konzultují FZT s lékařem.
KP3	individuálně, podle spirituálních potřeb, psychologická pomoc, možnost konzultace se sociálním pracovníkem, a pak je tady ta zdravotní složka (jako je fyzioterapie, ergoterapie a logopedie)	vychází se z doporučení v dokumentaci + vzájemné konzultace s lékařem a fyzioterapeutem, ale možná víceméně si to rozhoduje fyzioterapeut; hodně na vzájemné dohodě
KP4	hodně individuální, podle potřeb pacienta	dokumentace + lékař nebo to často dělá fyzioterapeut
KP5	individuální, podle potřeb pacienta	vedoucí rehabilitačních složek + konzultace na poradě s ostatními odborníky (lékaři, sestry apod.)

Zdroj: vlastní výzkum.

Z tabulky (Tab. 8) je zřejmé, jak v daném středisku navazují jednotlivé složky KRHB. Všechny pět komunikačních partnerů uvádí, že se rozhoduje individuálně, podle potřeb klienta.

Navazují podle potřeb člověka, pokud je stav po CMP akutní, kdy zvládne pouze jenom cvičení, tak třeba logopedie a ergoterapie se vynechává, protože by byl unavený, a to se navazuje podle stavu člověka. Takže individuálně. (KP2)

No tak to je hodně individuální, protože rehabilitace navazuje podle toho, co pacient potřebuje. To vůbec nemá nějaký řád, že všichni pacienti s CMP to mají takhle, ale prostě udělá se vždycky tzv. rehabilitace na míru, včetně všech služeb, o kterých jsme mluvili v první otázce. (KP4)

Odborník KP1 hovoří spíše o provázanosti než návaznosti složek rehabilitace. *To nevím, jestli bych řekla, že na sebe navazují, ale řekla bych, že jsou určitě provázaný. Tím, že máme porady, kdy se scházíme a o jednotlivých klientech mluvíme, tak z toho vyjde*

vždycky nějaká potřeba. Třeba někdo by potřeboval, aby se za ním zastavil kaplan, nebo že je potřeba zvýšit nácvik sebeobsluhy, anebo naopak, že rodina je bezradná a neví, co po propuštění, takže má sociální pracovnice navštívit nebo zkontaktovat rodinu. (KP1)

Druhá část tabulky 8 se zabývá indikací těchto složek rehabilitace. Odborník KP1 zmiňuje, že se jedná o týmovou spolupráci. Odborník KP5 shledává, že jednotlivé složky rehabilitace indikují vedoucí jednotlivých rehabilitačních složek a dále se indikace projednává na poradách s ostatními odborníky, kde se schází odborníci nejen z rehabilitačního týmu (př. zdravotní sestry).

Další tři odborníci (KP2, KP3, KP4) shledávají větší kompetence na fyzioterapeutovi, přičemž zmiňují, že jsou zde konzultace s lékařem a KP3 a KP4 uvádí také dokumentaci, tedy že se odborníci drží také doporučení ze závěrečné zprávy z předchozího zařízení, kde klient byl.

Já bych řekla, že si o tom rozhodují fyzioterapeuti. Třeba jdou pak za ergoterapeutkou a řeknou, že by to bylo potřeba. Ale logopedii si určuje sama odbornice, paměť si rozhoduje také odbornice, anebo se ptá fyzioterapeutů, jestli někoho nemají, kdo by to potřeboval. Takže jí zase doporučí. (KP2)

Tak neřekla bych, že to je jeden člověk. Vychází se vlastně z toho, odkud člověk přichází, z toho zařízení, kde byl předtím. Takže, co je doporučeno v dokumentaci. Potom je to vlastně po vzájemný konzultaci lékaře a fyzioterapeuta, ale možná víceméně si to rozhoduje fyzioterapeut. (KP3) Tento komunikační partner si pochvaluje spolupráci mezi kolegy a ostatními odborníky, následně vysvětluje: *My si tady předáváme informace o pacientovi úplně přirozeně. Vycházíme samozřejmě z klientovy zdravotní dokumentace a tam je často i doporučení lékaře, který psal propouštěcí zprávu, třeba že doporučuje logopedii. Není na to přesný metodický postup. (KP3)*

Pacient přijde většinou z nemocnice nebo z nějaké rehabilitace, kde už je třeba uvedeno, co tam dělal, takže na tom se staví, anebo lékař nebo fyzioterapeut to často dělá individuálně zase. (KP4)

Následující tabulka 9 je zaměřena na spolupráci těchto odborníků v LRS Chvaly, tedy zda spolupráce probíhá a pokud ano, tak konkrétně se kterými odborníky a jakým způsobem.

Tab. 9: Spolupráce odborníků v LRS Chvaly při terapii u osob po CMP.

	Spolupráce odborníků v LRS	Se kterými odborníky?	A jakým způsobem probíhá spolupráce?
KP1	ano	rehabilitační sestry, ergoterapeutky, logopedky, sociální pracovníce, kaplan, lékaři, sestřičky zdravotní	nejvíce schůze
KP2	ano	fyzioterapeuti, logopedi, ergoterapeuti, pán, co dělá akupunkturu, sociální pracovník a kaplan	debata o pacientovi, schůze
KP3	ano	ergoterapeuti, fyzioterapeuti, sociální pracovníce, kaplan, psycholožka	rozhovor, porady
KP4	ano	logoped, ergoterapeut, lékaři, sestřičky, pán, co dělá akupunkturu, psycholog, psychiatr, kaplan, fyzioterapeuti, sociální pracovníce	hlášení sester, schůze
KP5	ano	lékaři, zdravotní sestry, pracovníci z rehabilitace, kaplan	porady

Zdroj: vlastní výzkum.

Všech pět komunikačních partnerů uvádí, že spolupracují odborníci v LRS Chvaly při terapii u osob po CMP.

Spolupráce je tady velká. Myslím si, že tady na tomto pracovišti spolupracujeme opravdu dobře. (KP3)

Konkrétně uvádí rehabilitační pracovníky KRHB (fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, sociální pracovníce, kaplan), lékaře i zdravotní sestry. Dva komunikační partneři (KP2, KP4) hovořili i o pánovi, který aplikuje akupunkturu, a dva komunikační partneři (KP3 a KP4) zmiňují také psycholožku a KP4 zmiňuje i psychiatra, kteří jsou externími pracovníky zařízení.

Vlastně trochu i s tou psycholožkou spolupracujeme, ta sem dochází externě. Nevím o tom, že by to bylo v nějakých pravidelných intervalech, ale v podstatě vždycky si uděláme takový průzkum, my třeba upozorníme i lékaře nebo lékaři si to vyhodnotí, že by ten člověk potřeboval psychologickou péči, takže potom zavolá tomu psychologovi a ten sem potom dorazí. (KP3)

A jakým způsobem spolupracují s ostatními odborníky, na tom se opět všech pět komunikačních partnerů shoduje a nejvíce uvádí schůze neboli porady. Dva

komunikační partneři dodávají ještě rozhovor a KP4 podotýká také hlášení zdravotních sester.

Následně jsem zjišťovala, ***jakým způsobem probíhají v daném zařízení porady/schůze odborníků***, jelikož všech pět komunikačních partnerů/odborníků se shoduje, že multidisciplinární porady ohledně rehabilitace a terapie klientů v LRS Chvaly mají, a to jedenkrát týdně v úterý.

Odborníci popisují **průběh multidisciplinární porady** takto:

KP1: *Všichni se sejdeme a každý řekne ke klientům, co je potřeba a co vidí, že by bylo potřeba ze strany někoho jiného, aby udělal.*

KP2: *Každý pacient má svého fyzioterapeuta, který se vyjádří ke stavu pacienta, vyjádří se logoped, ergoterapeut, a pokud je potřeba něco vyřešit se sociální složkou, tak se sociální pracovníci a lékaři samozřejmě k tomu mají své informace.*

KP3: *Všichni odborníci popíší, v jakém stavu je teďka jejich práce u toho člověka, co se podařilo za ten týden, v čem se zlepšil člověk nebo jestli stagnuje a vzájemně se radíme, co dál. Neřeší se tam jen ta léčebná rehabilitace, řeší se celkově. I co po rehabilitaci, třeba že už se blíží datum odchodu pacienta. Když víme, že rodina nemá nějak vyřešeno, co bude, tak se snažíme i v tom domlouvat a právě s tou sociální pracovníci.*

KP4: *Máme jednou za týden schůzi, kde se domluví logoped, ergoterapeut, lékaři, sestřičky, včetně pána, co vykonává akupunkturu, vlastně veškerá péče, která by se pacientovi mohla dát. A všichni hledají společný cíl, jak co nejlíp zlepšit pacientovi průběh léčby. Takže se prolíná léčebná, psychologická-pastorační a sociální složka.*

KP5: *Ano, jednou v týdnu poradu. Postupujeme jednoho pacienta za pacientem a každý k pacientovi může říci své poznatky a postřehy.*

6.1.3 Shrnutí odpovědí v souvislosti s první výzkumnou otázkou

Z výzkumu je patrné, že všech sedm klientů po CMP podstupuje mnoho aktivit a terapií, které středisko LRS Chvaly nabízí (viz kap. 5.3), ovšem převažují zde terapie z léčebné složky KRHB.

Jednotlivé terapie jsou indikovány individuálně podle potřeb daného klienta. V rehabilitaci u osob po mozkové mrtvici dominuje složka léčebná a konkrétně fyzioterapie. Je ale patrné, že tito dotazovaní klienti spíše netuší, kdo jednotlivé aktivity/terapie indikuje. Mezi častěji zmíněnou odpověď patří „lékař“ či „fyzioterapeut“. V čem se ale shoduje všech sedm komunikačních partnerů, je to, jak vnímají spolupráci odborníků v rehabilitaci. Odpovídají kladně, že jednotliví odborníci spolupracují a ke spolupráci využívají nejvíce rozhovor, domnívají se komunikační partneři.

Co se týče odpovědí z druhého výzkumného souboru, tak čtyři rehabilitační odborníci v LRS Chvaly znají pojem „koordinovaná rehabilitace“. Dokázali pojem vysvětlit jako komplexní péči o pacienty, kam řadili složku především zdravotní a sociální. Jeden komunikační partner dokázal vysvětlit tento pojem úplně přesně. Jeden komunikační partner slyšel tento pojem poprvé, ale měl představu, co by pojem mohl znamenat. V LRS Chvaly podle dvou komunikačních partnerů zcela dominuje léčebná složka koordinované rehabilitace u klientů po iktu. Ostatní komunikační partneři hovoří spíše o prolínání se složek a zdůrazňují, jak moc je důležité, aby osoby po CMP měly složku jak léčebnou, tak sociální, psychologickou/pastorační KRHB. Ovšem těchto pět odborníků se shoduje, že na sebe terapie navazují, a to především podle potřeb klienta. Ohledně indikace jednotlivých terapií zmiňují, že se jedná o týmovou práci, avšak tři komunikační partneři shledávají větší kompetence náležící fyzioterapeutovi. Všech pět komunikačních partnerů také uvádí, že je v tomto středisku velká spolupráce mezi jednotlivými odborníky, kdy největší spolupráce probíhá mezi fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem, sociální pracovnící, kaplanem, lékařem, zdravotními sestrami. Spolupráce je především nejvíce na poradách, na tom se rovněž shoduje všech pět dotazovaných. Průběh porady popisují shodně, schůze probíhá jedenkrát týdně, kdy se sejdou odborníci (multidisciplinární tým) a projednávají postupně jednoho pacienta za druhým.

6.2 Výsledky v souvislosti s druhou výzkumnou otázkou

VO2: Jakým způsobem podporuje koordinovaná rehabilitace resocializaci jedince po CMP?

6.2.1 Odpovědi klientů po CMP ze zařízení LRS Chvaly

Tab. 10: Vliv rehabilitace v LRS Chvaly na návrat do běžného života.

	Napomáhá Vám LRS Chvaly lépe se navrátit do běžného života?	Konkretizace
KP1	moc	já jsem prakticky nehýbal pravou stranou těla, po terapii prostě chodím, jím příborem, píšu, stříhám si nehty, čistím zuby, prostě hodně to pomáhá
KP2	ale ano	no tak je to tím, že člověk má zájem, a tak jsem rád, že tady můžu rehabilitovat
KP3	nevím	---
KP4	ano, já tomu věřím	že se můžu postavit na nohy a udělat kroky
KP5	určitě	lepší chodím a udržuju rovnováhu
KP6	já bych byla ráda, aby pomáhala, ale ono mi to zatím moc nedává, jsem tady krátce, snad to potřebuje delší čas	já bych nejradši, aby se to zlepšilo tak, že bych chodila, to je cíl rehabilitace, začít chodit, jde to po malých kousíčkách, je to malej úspěch
KP7	určitě	já jsem tady byl před rokem, tak mi to tady svědčilo, dokonce mi to pomohlo tak, že jsem pak byl doma a normálně jsem se pohyboval, nebo částečně s tou berlí a venku jsem chodil s chodítkem

Zdroj: vlastní výzkum.

Rehabilitace ve zmíněném středisku napomáhá jednotlivým klientům k navrácení se do běžného života podle mínění pěti komunikačních partnerů ze sedmi. Jeden komunikační partner (KP3) ještě neví, zda mu rehabilitace takto napomáhá a KP6 doufá, že až bude ve středisku delší čas, bude znatelné, že mu rehabilitace napomohla vrátit se do běžného života, prostředí.

Ve výše uvedené tabulce (Tab. 10) je zkonkretizováno, jak a čím dotazovaným napomáhá rehabilitace v LRS Chvaly navrátit se do běžného života.

V tabulce 11 jsou zaznamenány bariéry, které naopak brání navrácení se do běžného života.

Tab. 11: Hlavní bariéry bránící navrácení do běžného života.

	Hlavní bariéry bránící aktivnímu navrácení se do běžného života, prostředí.
KP1	čas, všeobecně neinformovanost o příspěvcích, sociálních službách
KP2	nemoc, míra postižení
KP3	míra postižení
KP4	čas
KP5	věk, v míře postižení, neprodloužení řidičského průkazu
KP6	rychlá unavitelnost
KP7	nemůžu se věnovat cestování

Zdroj: Vlastní výzkum.

Dva komunikační partneři (KP1, KP4) spatřují hlavní bariéru v čase, v pomalém, ale postupném uzdravování. Klient KP1 ještě dodává: *Nevytýkám to tomuto ústavu, ale vůbec nikde se nedozvíte, na co máte nárok, na příspěvek, to strašně chybí. My jsme to neznali. To dcery obvolávají příspěvek, berli, vozík, obědy, všechno, to jsou strašný potíže. Tohle všeobecně v tomhle státě chybí.* (KP1)

KP5, bývalý řidič, vidí bariéru ve věku a v postižení: *Věk. Jo, když jsem žádal o prodloužení řidičáku. Byl jsem u doktorů, a když mě viděj přicházet, já chodím nemožně, tak řeknou „Kdepak, to už nemá...“, ale pak je to jiný, já když se posadím do auta, tak jsem tam pán, protože nemusím chodit, nemusím držet rovnováhu.* (KP5)

V postižení shledává bariéru i KP2, KP3. Dotazovaný KP6 říká: *Já myslím, že málo aktivit nemám, protože já to dlouho nevydržím, jsem pak unavená. Takže ta bariéra může být, že jsem rychle unavená.*

KP7 je vášnivý cestovatel, který procestoval například Indii, Nepál, proto je pro něj hlavní bariérou chůze, turistika. *No asi to cestování moc nemůžu, jsem turista, hodně chodím a i po horách. A teď nemám moc rovnováhu, takže padám. S tím chodítkem je to dobrý, jistější, ale to cestování moc nemůžu jako dřív.* (KP7)

V následující tabulce (Tab. 12) se zabývám přínosem KRHB v LRS Chvaly, jaké pokroky udělali klienti ve středisku.

Tab. 12: Přínos KRHB v LRS Chvaly.

	Jaký pokrok cítíte, že jste v LRS Chvaly udělal/a?	Která aktivita/terapie je pro Vás nejpřínosnější? Co Vám nejvíce pomáhá?
KP1	v chůzi, v logopedii, nehýbal jsem pravou rukou, na tu jsem se jenom díval	fyzioterapie – nácvik chůze
KP2	začal jsem chodit se čtyřbodovou hůlkou, zlepšuje se kondice	fyzioterapie a ergoterapie, i ta logopedie
KP3	udělala jsem velký pokrok v rehabilitaci, v chůzi, řeči, to jsem teda nečekala	logopedie, fyzioterapie, nácvik chůze venku
KP4	ze začátku, když jsem šel o holi, tak se mi propadávalo levé koleno, teď už je to lepší	kolo, fyzioterapie, nohy mně sílí
KP5	v rovnováze a v chůzi	fyzioterapie, přínosná je vodoléčba na ruku, to je příjemný
KP6	vydržela jsem dýl šlapat na kole, velmi malé změny; no posadím se, přesunu se přes prkno, vždycky je to s dopomocí	zkoušení stoje, postavím se na tu nohu slabou, že stojím, z toho mám radost, takže fyzioterapie
KP7	já si myslím, že jsem se fyzicky dost zlepšil	motomed, a potom posturomed, já tomu říkám třasák, to je v rámci fyzioterapie

Zdroj: vlastní výzkum.

Všech sedm komunikačních partnerů pozoruje, že se v něčem zlepšili, že udělali pokrok během pobytu v LRS Chvaly. Nejvíce popisují zlepšení v chůzi (pět KP), dále zlepšení řeči (dva KP) a dochází ke zlepšení fyzické kondice. Konkrétní pokroky jsou stručně zaznamenány v tabulce 12 a některé podrobněji zachycené odpovědi níže.

V chůzi, já jsem prakticky po té příhodě měl zápal plic, čili já jsem ještě dva měsíce ležel na ARU s hadičkou v krku, takže diagnóza byla: možná bude polykat, nepočítejte, že bude mluvit. Mluvit jsem nemohl po té tracheostimii, ale pak po vyšetření hlasivek mi logopedka tady udělala bezvadný cviky na jazyk a trénovala mě. Taky jsem nehýbal pravou rukou, na tu jsem se jenom díval, to samý na nohu, ještě zlobí trochu, protože se mi odmítá zvedat špička, ale snad to časem přijde. Tak komentuje své pokroky KP1.

Začínal jsem chodit nejdřív ve vysokém chodítku, pak mi ho sebrali a začal jsem chodit se čtyřbodovou hůlkou. Na kole vydržím šlapat dýl, 30 minut. Takže to se zvyšuje a tam mám zátěž stupeň 5. (KP2)

Jako nejprínosnější terapie je hodnocena všemi sedmi komunikačními partnery fyzioterapie (nácvik chůze, stoje, motomed, posturomed, vířivka). Dva komunikační partneři uvádí jako pro ně prínosnou terapii logopedii a KP2 uvádí také ergoterapii.

Tab. 13: O pokračování v RHB po ukončení pobytu v LRS Chvaly.

	Myslíte si, že bude nutné pokračovat v rehabilitaci i po ukončení rehabilitační léčby v LRS Chvaly? Na jaké aktivity/terapie byste se chtěl/a případně zaměřit?
KP1	určitě, pořád na ty ruce, nohy, učit se chodit bez hůlky
KP2	neplánuju
KP3	neplánuju
KP4	ano, kolo, chůze, cvičení
KP5	ano, když bude příležitost
KP6	nevím, uvidím, jak na tom budu
KP7	nevím, ty samé aktivity, hlavně nohy cvičit a stabilitu

Zdroj: vlastní výzkum.

Z předchozí tabulky (Tab. 13) vidíme, že dva komunikační partneři chtějí pokračovat v rehabilitaci i po ukončení pobytu v LRS Chvaly.

Určitě, já bych ještě chtěl pokračovat, cvičení je důležitý, abych se nezhoršil. Je to trochu i otázka finanční. Teď budu asi pár dní doma a pak půjdu na rehabilitaci do Berouna. To je ústavní zařízení, je to tam dražší. (KP1)

Já myslím, že jo. Syn se o mě doma postará, tam mám šlapadlo. Tam za mnou chodí fyzioterapeutka, ta se mnou cvičí. (KP4)

Z tabulky 13 také vyčteme, že dva komunikační partneři (KP2, KP3) neplánují dále rehabilitovat. *Ne. Já už jsem toho prošla tolik, já už toho mám plný zuby. (KP3)*

A tři komunikační partneři, ještě nevědí, zda budou či nebudou rehabilitovat. Uvidí, jak na tom budou se zdravotním stavem na konci pobytu v LRS Chvaly či podle příležitosti.

Já takhle nevím, ale za rok bych chtěl hlavně sem na ty samé aktivity, hlavně na nohy cvičit a stabilitu. (KP7)

6.2.2 Odpovědi rehabilitačních odborníků ze zařízení LRS Chvaly

Pěti rehabilitačním odborníkům z LRS Chvaly jsem položila otázku: *Co klientovi, podle Vás, nejvíce pomáhá, aby se navrátil zpět do běžného života?* V níže uvedené tabulce (Tab. 14) jsou zaznamenány odpovědi.

Tab. 14: Návrat do běžného života/prostředí.

	Pozitivní ovlivnění návratu do běžného života	Způsob podpory návratu do běžného života od odborníků v LRS Chvaly
KP1	rodina, vztahy, zázemí, motivace, kvalitní nabídka a co nejširší nabídka služeb pro lidi v přirozeném prostředí	sociální poradenství rodinám
KP2	rodina, zlepšení zdravotního stavu klienta	zapojení rodiny, poradenství a navázání spolupráce s dalším odborníkem, spolupráce s firmou pro schodolezy, sociální poradenství, možnost domácí a pečovatelské služby
KP3	rodina, vztahy, podpora rodiny, motivace, víra v Boha, budoucnost se jeví v konkrétních rysech	zaměření na soběstačnost a spolupráce v terapii pro minimalizaci následků postižení; spolupracovat s rodinou, zapojení rodiny do rehabilitace, sociální poradenství
KP4	zájem rodiny, motivace, návaznost služeb	sociální poradenství, možnost domácí péče a další návaznosti rehabilitace, úkoly na doma (ergoterapie, logopedie, fyzioterapie), kompenzační pomůcky
KP5	uvědomění a přijetí situace, nalezení smyslu a naděje	poslouchám a facilituji tento proces

Zdroj: vlastní výzkum.

Zároveň Tab. 14 obsahuje odpovědi i na otázku: *A jakým způsobem tento návrat podporujete?* a tito odborníci odpovídají:

KP2: *Snažím se zapojit rodinu, aby se třeba přišli podívat na cvičení. Snažím se jim poradit, vyhovět a navázat další spolupráci s dalším odborníkem (např. se sociální pracovníci). A když mají pacienti třeba doma schody, tak spolupracujeme s firmou, která se zabývá schodolezy nebo plošinama.*

KP3: *Snažíme se společně u člověka postupovat v terapii tak, abychom minimalizovali následky postižení.*

KP4: *Tady máme sociální pracovníci, která mu doporučí nějakou sociální péči, aby mohl být doma, pomůže mu najít další návaznosti rehabilitace. A samozřejmě mu*

dáváme úkoly na doma, co se týče ergoterapie, logopedie, fyzioterapie plus nějaké pomůcky.

Z odpovědí je zřejmé, že se komunikační partneři shodují, jak moc záleží na rodinném zázemí a motivaci klienta pro lepší návrat do běžného prostředí. Často ke snazšímu návratu do běžného života doporučují komunikační partneři (konkrétně čtyři KP) sociální poradenství. Dva komunikační partneři (KP2, KP4) zmiňují možnost domácí péče a pečovatelské služby. Tito odborníci (KP2, KP3, KP4) kladou důraz na spolupráci s rodinou a i jejich zapojení do rehabilitace a informují je, jak pokračovat s rehabilitací doma. KP2 uvádí také spolupráci s firmou pro úpravy bytu. A KP5 podporuje klienty tak, aby se dokázali vyrovnat se svou životní situací, proto klade velký důraz na aktivní naslouchání a individuální rozhovory.

V následující tabulce (Tab. 15) jsem se zaměřila na služby, které nabízí toto středisko pro snazší návrat do běžného prostředí a také na spolupráci LRS Chvaly s jinou organizací. Již v předchozí otázce se někteří komunikační partneři dotkli těchto otázek. ***Máte nějaké programy/služby, které můžete klientovi po ukončení rehabilitace v LRS Chvaly nabídnout pro snadnější návrat do běžného prostředí? A jaké? Spolupracujete s ostatními organizacemi vhodnými pro osoby po CMP? Pokud ano, se kterými?***

Čtyři komunikační partneři uvádí jako nabízené služby především: domácí péči, pečovatelskou službu, ale podotýkají, že je to pro klienty v okolí Prahy 9. Pak také odborníci nabízí ambulantní péči. KP1 zmiňuje možnost i terénně poskytnout rehabilitaci a KP3 také zadává práci na doma jako KP4, který tuto informaci uvedl v předchozí otázce (Tab. 14).

KP3: *Určitě je to ambulantní rehabilitace, na kterou mohou docházet, když jsou teda z okolí a je to pro ně dostupný, co se týče vzdálenosti. A ambulantně mohou docházet na fyzioterapii, ale i na logopedii a ergoterapii.*

KP4: *Máme domácí péči, potom naše zařízení LRS Chvaly disponuje ambulantní péčí, takže když by byl pacient schopný, tak sám může docházet na ambulanci a individuálně pokračovat rehabilitaci, kde se mu doporučí zase veškerá léčba typu: magnet, kryoterapie a veškerý možnosti, který měl jako na lůžkové části, tak může mít i v ambulantní péči. A pečovatelskou službu máme taky a ta právě funguje v závislosti na té domácí péči. Komunikační partner 5 shledává jako nabízenou službu zapůjčování pomůcek.*

Tab. 15: Nabízené služby po ukončení RHB v LRS Chvaly a spolupráce střediska s jinou organizací.

	Nabízené služby klientovi po ukončení rehabilitace v LRS Chvaly	Spolupráce s ostatními organizacemi vhodnými pro osoby po CMP
KP1	domácí péče, pečovatelská péče, procedury léčebné rehabilitace terénně a ambulantně pro klienty, kteří bydlí v okolí	firma pro vytváření bezbariérového prostředí, spolupráce mezi sociálními pracovníky v dané části města, kde klienti bydlí
KP2	domácí péče, pečovatelská služba, ambulantní péče	firma pro vytváření bezbariérového prostředí, sociální pracovnice ohledně kompenzačních pomůcek
KP3	domácí péče, pečovatelská služba, ambulantní rehabilitace, práce na doma z léčebné složky RHB	nevím o žádné aktivní spolupráci; byla snaha o navázání spolupráce s obecně prospěšnou společností Ictus
KP4	domácí péče, pečovatelská služba pro klienty z okolí, ambulantní péče	s jinou organizací nespolupracujeme; jen v návaznosti rehabilitace - přes sociální pracovníci se osloví jiné RHB zařízení nebo nemocnice, LDN
KP5	zapůjčení pomůcek	nevím o žádné aktivní spolupráci

Zdroj: vlastní výzkum.

U otázky na spolupráci s ostatními organizacemi (v Tab. 15), které jsou vhodné pro osoby po CMP, komunikační partneři delší dobu přemýšleli. KP5 uvedl, že o žádné aktivní spolupráci nyní neví. Toto také uvedl KP3, avšak zmínil zajímavou informaci: *Nevím o žádné aktivní spolupráci. Akorát mě napadá jedna a to je, je to myslím Obecně prospěšná společnost Ictus, tam byla snaha o navázání spolupráce, ale úplně se to nepodařilo. Ten člověk, co to tam vede, nás kontaktoval, dal nám nějaké propagační materiály a my jsme to tady několika svým pacientům doporučili. Jednalo se o organizaci, která sdružuje lidi po cévní mozkové příhodě, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a vlastně snaží se je vtáhnout zpátky do běžného života, takže tam pořádali nějaký přednášky, pobyty. Ale pak vím, že jsme kontaktovali toho člověka ze společnosti Ictus, že tady měl mít motivační seminář. On nabízel, že by docházel za některými pacienty, že by je trochu povzbudil, a když jsme ho kontaktovali, tak on se nám pak už neozval, tak nějak to vyšumělo.*

Odborník KP2 si také nejprve neuvědomuje konkrétní spolupráci s organizací, ale pak zmiňuje: *Spolupracujeme s firmou, která se zabývá vlastně pro schodolezy nebo plošiny,*

na úpravu bytu (KP2). O firmě na vytvoření bezbariérového prostředí hovoří také KP1. A odbornice KP4 také uvádí, že spolupracují pak jen přes sociální pracovníci: *Spolupracujeme ve formě té, že můžeme přes sociální pracovníci oslovit jiné rehabilitační zařízení nebo nemocnici, LDN, jako v návaznosti rehabilitace.*

Otázky typu: *Kam klienti po RHB v LRS Chvaly nejčastěji odchází? A názor, zda je rehabilitace v LRS Chvaly dostatečná pro osoby po CMP, nebo jestli existuje něco, co by v LRS Chvaly odborníci v rehabilitaci změnili, přidali a co konkrétně,* jsou vyhodnoceny v tabulce 16.

Tab. 16: Odchod klientů z LRS Chvaly, spokojenost se zařízením z pohledu odborníků.

	Po ukončení KRHB v LRS Chvaly	KRHB v LRS Chvaly	Změna v KRHB v LRS Chvaly
KP1	60 % jich odchází domů a 40 % odchází do LDN; malý vzorek využívá domácí a pečovatelskou službu - osoby po CMP, které bydlí v okolí	včasná RHB dostatečná	cvičení v bazénu
KP2	většinou odchází domů, jinak LDN	ano, RHB je dostatečná	více místností na cvičení
KP3	jdou k někomu ze svých blízkých, do svého původního prostředí, využívají domácí a pečovatelskou službu, někdo z nich odchází do domova pro seniory nebo do domova se speciálním režimem	ano, RHB je dostatečná	mít tu bazén a společenskou místnost
KP4	půl na půl, domácí péče, jiné RHB středisko, anebo domácí prostředí	ano, RHB je dostatečná	mít tu bazén a společenskou místnost
KP5	většinou odchází domů	ano, RHB je dostatečná	mít tu bazén a canisterapii

Zdroj: vlastní výzkum.

Z odpovědí na dotaz: *Kam klienti po rehabilitaci v LRS Chvaly nejčastěji odchází?* bylo zjištěno, že spíše klienti odchází do domácího prostředí, i když to nemají odborníci statisticky podloženo. Jen podle svého úsudku se shodují na této odpovědi. V domácím prostředí pak využívají domácí péči, pečovatelskou službu. Dále komunikační partneři zmiňují odchod do Léčebny dlouhodobě nemocných.

KP2: *Jo, ale pokavad jsou schopní jít domů, tak jdou domů, a když ne, tak jdou většinou do LDNky, kde se pak žádá o nový rehabilitační pobyt.*

KP3: *Co pozoruji u mých klientů, vrací se domů, ale spíš ne k sobě domů, kde můžou žít úplně samostatně, ale k někomu ze svých blízkých, většinou k někomu ze svých dětí. Hlavní péči přebírá tak jeho rodinný příslušník. A využívají určitě domácí a pečovatelskou službu osoby po CMP.*

Na otázku: ***Váš subjektivní názor, zda je rehabilitace v LRS Chvaly dostatečná, vyhovující pro osoby po CMP nebo je zapotřebí navštívit ještě další organizaci?*** odpovědělo všech pět komunikačních partnerů shodně, že je rehabilitace v LRS Chvaly dostatečná a není tak zapotřebí navštěvovat další organizaci. KP1 podotýká, že je důležité ihned vyhledat po mozkové příhodě pomoc a začít s rehabilitací včas. *Když člověk přijde brzo, včas po mozkové příhodě, tak si myslím, že rehabilitace tady je dostatečná (KP1).*

KP4 hovoří i o spokojenosti klientů a opakovaných pobytech. *Určitě dostatečná i v tom směru, že pacienti se nám vracejí a vracejí se sem velice rádi (KP4).*

Ohledně změn či přidání procedur v daném zařízení jsem se dozvěděla, že čtyři komunikační partneři by přidali cvičení v bazénu.

KP1: *Často se lidi ptají na to, jestli tady máme cvičení v bazénu, tak třeba to mi přijde, že to je asi něco, o co je zájem a co tu není.*

KP3 a KP4 shledávají pro osoby po CMP také vhodnost cvičení v bazénu, ovšem podotýkají, že jsou tito klienti také často inkontinentní. *No občas mě napadá, že by tady bylo dobrý mít bazén a společenskou místnost. Zvláště ti lidi po cévní mozkové příhodě by mohli využít bazén, ale tam je zase problém, že jsou často inkontinentní, takže tam zase z hygienického hlediska to není úplně vhodný, ale jinak to považuju za dostatečný a nenapadá mě, co jiného tady. (KP3)*

KP4: *Přidali bysme asi nejspíš bazén, což by bylo pro pacienty určitě pro dobro, ale samozřejmě v závislosti na tomto onemocnění je spousta pacientů inkontinentních. Ale pro ty schopnější nebo ty, co by byli na tom lépe, tak pro ty by bazén byl ideální.*

Tito dva komunikační partneři dále uvádí, že by byla vhodná společenská místnost pro socializaci klientů a také pro návštěvy. A komunikační partner 5 shledává jako vhodné pro starší osoby, které jsou převážně v tomto zařízení a pro osoby po CMP, canisterapii.

6.2.3 Shrnutí odpovědí v souvislosti s druhou výzkumnou otázkou

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na resocializaci klienta po CMP. Pět klientů po CMP ze sedmi vnímá, že jim rehabilitace napomáhá k lepšímu navrácení se do běžného života. Zbylí dva klienti ještě nevědí, zda jim rehabilitace tolik napomáhá a jako důvod uvádí, že jsou ve středisku krátký čas, proto nejsou zatím tak znatelné pokroky. Jako bariéry, které komunikačním partnerům brání pro navrácení se do běžného života, uvádí dva klienti čas, z nich jeden zmiňuje neinformovanost o příspěvcích a možnosti využívání sociálních služeb. Tři klienti vidí jako bariéru míru postižení a jeden z nich dodává ještě věk. Jeden klient zmiňuje rychlou unavitelnost a jiný se v důsledku postižení nemůže věnovat turistice a cestování. Avšak všech sedm klientů po CMP pociťuje, že udělali během rehabilitace v LRS Chvaly pokrok a zlepšení zdravotního stavu. Pět komunikačních partnerů ze sedmi si pochvaluje zlepšení chůze, zbylí dva komunikační partneři zase zlepšení řeči. Celkově se cítí v lepší fyzické a psychické kondici. Mezi nejpřínosnější terapie zahrnuje všech sedm dotazovaných fyzioterapii, kam se řadí nácvik chůze, motomed. Dva komunikační partneři uvádí logopedii a jeden ergoterapii. Rehabilitaci se i po ukončení pobytu v LRS Chvaly chtějí věnovat určitě dva komunikační partneři. Tři klienti ještě nevědí, zda budou dále rehabilitovat a dva klienti rehabilitaci neplánují.

Dotazovaní odborníci se shodují v tom, že pro návrat do běžného života je důležitá motivace klienta a rodinné zázemí. K lepší resocializaci využívají odborníci sociální poradenství, dva komunikační partneři zmiňují pečovatelskou službu a domácí péči jako vhodný prostředek pro návrat do běžného života. Tři odborníci uvádí, jak spolupracují s rodinou, např. ukázkou terapie, podáváním rad a informací, úkoly na doma. Jeden komunikační partner klade nejvíce důraz na klienta, na vyrovnání se s životní situací. V tomto středisku, jak uvádí komunikační partneři, nabízí možnost domácí péče, pečovatelské služby pro klienty z okolí, dále ambulantní rehabilitaci. Jeden dotazovaný zmiňuje ještě terénní formu rehabilitace, dva dotazovaní zadávají práci na doma po ukončení pobytu a jeden dotazovaný ještě poznamenává možnost zapůjčení si kompenzačních pomůcek. Co se týče spolupráce s jinou organizací pro osoby po CMP, komunikační partneři si aktivní spolupráci nevybavují. Jeden odborník zmínil snahu o spolupráci s Ictus, o.p.s., dva odborníci uvedli spolupráci s firmou pro vytváření bezbariérového prostředí. Do domácího prostředí odchází, podle čtyř dotazovaných, více osob po CMP, dále pak odchází do LDN. Podle jednoho odborníka je to

vyrovnané – odchod do LDN, jiného zařízení nebo odchod domů či k rodinnému příslušníkovi. Všechny pět odborníků sledává rehabilitaci ve středisku jako dostatečnou. Ohledně změn v zařízení zaznělo od čtyř komunikačních partnerů, že by bylo dobré mít pro klienty také cvičení v bazénu. Dva odborníci také zmínili důležitost společenské místnosti, jeden odborník shledal jako vhodné zavedení canisterapie a jiný více cvičebních místností.

6.3 Výsledky v souvislosti se třetí výzkumnou otázkou

VO3: Jak jsou klienti s koordinovanou rehabilitační péčí spokojeni?

6.3.1 Odpovědi klientů po CMP ze zařízení LRS Chvaly

Tab. 17: Spolupráce s odborníky v LRS Chvaly.

	Zhodnocení spolupráce s odborníky z LRS Chvaly	Největší spokojenost
KP1	neskutečná spokojenost	všichni dělají maximum, včetně sestřiček a lékařů
KP2	v pořádku, cítí se jako doma	spokojenost se vším, nedá se konkretizovat
KP3	velká spokojenost	spokojenost s nabídkou aktivit, přístup rehabilitačních sester
KP4	dobrá	odborníci jsou příjemní, dobří, jejich přístup pomáhá
KP5	dobrá	odborníci jsou milí, přístupní a ochotní
KP6	spokojenost	s fyzioterapeutkou, je opravdu ochotná, vždycky pomůže, dostane mě z letargie
KP7	dobrá	spokojenost s nabídkou aktivit

Zdroj: vlastní výzkum.

Z uvedené tabulky (Tab. 17) vidíme kladné hodnocení spolupráce s odborníky v LRS Chvaly u všech sedmi komunikačních partnerů. Svoji největší spokojenost vnímá pět komunikačních partnerů v přístupu odborníků ke klientům, k nim samotným a dva komunikační partneři jsou nejvíce spokojeni také s nabídkou aktivit v daném zařízení. KP2 je spokojen se vším a cítí se jako doma.

Na otázku: *Co hodnotíte jako dobré a přínosné v rehabilitační péči v LRS Chvaly? Proč?*

KP1: *Komplexně, za to, kolik to tu stojí, tak ta péče je neskutečná.*

KP2 uvádí jako přínosné: *No, že ty lidi tady jsou hodný - to patří k věci, ale oni lidem pomáhají a mají zájem.*

KP3: *Rehabilitační sestry jsou strašně hodný. Mně to vyhovuje tady, ty aktivity.*

KP5 již má předchozí pozitivní zkušenosti s rehabilitací v tomto zařízení, jako přínosné tak hodnotí: *Rehabilitaci celkově, protože já jsem tu byl taky v létě, poprvé 3 měsíce, v roce 2005. A přivezli mě jako ležáka a tady mě naučili chodit, mluvit a vůbec sedět. Přítelkyně KP5 potvrzuje: Po první mrtvici byl tady a tady mu hrozně pomohli, opravdu. KP5 dodává: Jsem tady po třetí. Všichni jsou tu na 1 s*. Já jsem tady moc spokojenej.*

KP6 vidí přínos jak v přístupu odborníka, tak v samotné léčebné rehabilitaci, konkrétně ve fyzioterapii. KP7 odpovídá obdobně: *Jsem spokojený s nabídkou aktivit, který mám.*

Tab. 18: Nedostatky v RHB v LRS Chvaly.

	Nedostatky v RHB LRS Chvaly	Nespokojenost s něčím/s aktivitou v RHB
KP1	bazén	není
KP2	nic nechybí	není
KP3	nic nechybí	není
KP4	větší zaměření na postiženou ruku	není
KP5	nic nechybí	není
KP6	nic nechybí	není
KP7	nic nechybí	není

Zdroj: vlastní výzkum.

Z přechozí tabulky (Tab. 18) vidíme, že komunikační partneři nejsou nespokojeni s rehabilitací v LRS Chvaly, pět dotazovaných nechybí v daném zařízení žádná další aktivita/terapie, komunikačnímu partnerovi 1 chybí bazén na cvičení ve vodě.

Tak kdyby tu byl bazén, tak by to bylo dobrý, ale chápu, že je to nákladný, ale není to všechno, oni to vynahrazují jinými aktivitami (KP1).

KP4 by chtěl více procvičovat postiženou ruku, tudíž na to se zaměřuje převážně ergoterapie. KP6 naopak pociťuje: *To, co je, to mi stačí až kam. Až někdy jsem třeba odmítla něco, že jsem se necejtila.*

KP7 již byl v tomto zařízení jednou a nyní podotýká: *Co jsem tady byl, tak jsem měl jen to cvičení. Tak teď jsem rád, že mám aktivit víc a taky předtím jsem si neuvědomoval, že si špatně pamatuju. Teď nic nechybí, myslím, že ne.*

V odpovědích na druhou otázku v Tab. 18 - ***S čím zde nejste spokojen/a? S jakou terapií/aktivitou? A proč?*** - se všech sedm komunikačních partnerů shoduje, že nespokojení nejsou, tedy nenalezli žádné negativum.

KP1 doplňuje: *To ne, to bych lhal fakt, všichni jsou vynikající.*

KP2: *Nejsou, ne, jsme tady jako doma, personál je v pořádku, proč je nepochválit, vždyť by bylo krutý říkat, co není pravda.*

V níže uvedené tabulce (Tab. 19) jsou shrnuta pozitiva a negativa rehabilitační péče v LRS Chvaly z pohledu klientů.

Jak se ukázalo, klienti po CMP daného zařízení neshledali negativa ohledně rehabilitační péče v LRS Chvaly. Dominují zde pozitivní reakce komunikačních partnerů, velmi si pochvalují přístup odborníků v rehabilitaci a jsou spokojeni s nabídkou aktivit/terapií.

Pouze KP6 zmínila jako negativum: *Přístup některých zdravotních sestřiček, chci se na něco zeptat, a počkejte, počkejte chvíli, až za chvíli a odejde, já to pak zapomenu, co jsem chtěla.*

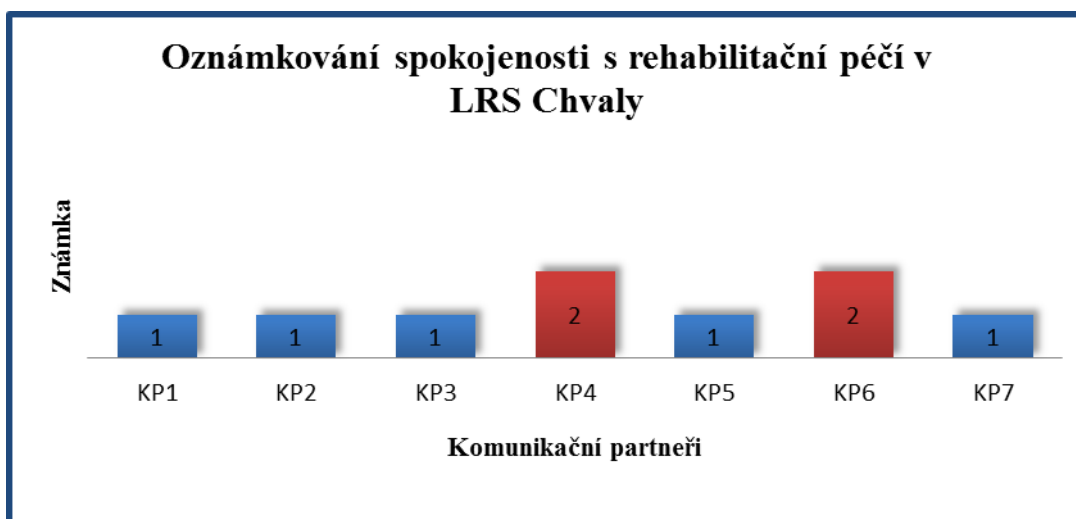
Tab. 19: Pozitiva/negativa v RHB v LRS Chvaly.

	Zhodnoťte rehabilitační péči v LRS Chvaly.	
	Pozitiva	Negativa
KP1	vynikající péče o pacienty a osobní přístup	neshledána
KP2	že se o nás starají, že jde všechno dopředu, i když pomalu, to nejde uspěchat	neshledána
KP3	že rehabilitace bude, vím, jaký aktivity budou následovat	neshledána
KP4	jejich přístup mi při terapii pomáhá	neshledána
KP5	jsou tu hodní lidi, přístupní, tak to je pozitivní, protože jsem zažil LDNku a tam u ž s těma lidma zacházeli, jako když už byli odepsaní; tady se opravdu jedná s lidma lidsky, jsem spokojenej s personálem	neshledána
KP6	fyzioterapeutka je taková ochotná a vstřícná, aktivity, ty co mám, mi stačí, já bych na to neměla sílu, víc aktivit bych nechtěla	neshledána, jen u některých zdravotních sestřiček
KP7	myslím, že je tady dobrý to cvičení, ta masérka mi dost pomáhá se zádama a jehličky a skupina paměti na zapamatování a mám i individuální cvičení paměti	neshledána

Zdroj: vlastní výzkum.

Oznámujte svou (ne)spokojenost s rehabilitační péčí od 1 do 5 (známkování jako ve škole 1 - spokojen, 5 - nespokojen).

Reakce komunikačních partnerů je na rehabilitační péči kladná. *Jedničku bez debat* (KP1). *Jednička s hvězdičkou* (KP5). *Tady tu jedničku, já se tady cítím dobře a ještě mi to pomáhá* (KP7). Dva komunikační partneři hodnotí známkou dva. *To bych řekla na dvojku, lepší průměr* (KP6). V následujícím grafu (Obr. 2) je znázorněno oznámkování spokojenosti komunikačních partnerů.



Obr. 2: Oznámkování spokojenosti s RHB v LRS Chvaly.

Zdroj: vlastní výzkum.

6.3.2 Odpovědi rehabilitačních odborníků ze zařízení LRS Chvaly

Jak vnímají odborníci rehabilitace spokojenost u osob po CMP v daném zařízení a jak tuto spokojenost/nespokojenost zjišťují, o tom pojednává níže uvedená tabulka (Tab. 20).

Odborníci vnímají většinou spokojenost klientů po CMP s rehabilitací. KP2: *Tak já, co mám pacienty, tak ti jsou většinou spokojení. Jsou ale i lidi, kteří nejsou spokojeni, ale myslím si, že převažuje část, z 80 %, že spokojený jsou.*

Nejčastější způsob zjišťování (ne)spokojenosti klienta v tomto zařízení je pomocí rozhovoru. KP2: *Ptám se, jak se cítí, jestli se zlepšili, jestli jsou spokojeni, jestli vidí nějaký pokrok a jestli jim rehabilitace nějak pomohla.*

KP4: *Vlastně zpětná vazba od klientů přichází hned vzápětí, že třeba přicházejí z jiného zařízení a na to si stěžují, že tam byla nedostatečná rehabilitace. Na LRS zařízení reagují velice pozitivně. Jsou šťastný za jakýkoli den navíc nebo delší dobu rehabilitování, takže i z toho usuzuju, že jsou tady i víc než spokojeni.* Odborník také dále zmínil, že velmi pozitivně klienti a rodiny hodnotí možnost neomezených návštěv, tedy návštěvy mohou za klientem přijít kdykoliv během dne a také klient má možnost odjet domů na propustku (např. na víkend).

KP3: *Tak já to vlastně vždycky zjišťuju rozhovorem, že se jich ptám, ne jenom na konci toho pobytu, ale i v průběhu toho jejich pobytu tady se ptám, jak jsou spokojený, co se*

povedlo. A dále dodává: *Ve smlouvě jsou klienti seznámeni s možností si stěžovat, podat stížnost, způsobem podání stížnosti, provede se šetření se stěžovatelem a pak je informován o nápravných opatřeních.*

Odbornice KP1 ale sděluje: *Je možnost stížnosti, které se zatím hází paní vrchní do její schránky. Řešili jsme pár stížností, ale pečovatelská služba ta ten systém stížností má vypracovaný a přesný postup, komu si mohou stěžovat a i ujištění, že to nebude mít vliv na další kvalitu péče o toho klienta. Takže co se týče sociální rehabilitace, ta má systém propracovaný, písemnou formou a pak zjišťujeme spokojenost rozhovorem, když si povídáme s klienty.*

KP4 nad spokojeností klientů uvažuje takto: *Vidím, že je z nemocnic čím dál víc ta osvěta, co se týče našeho zařízení LRS Chvaly, i kapacitně je vidět, že zájem je veliký, že určitě tady spokojeni klienti jsou a také tím, jak se často k nám do zařízení vracej - nejdřív po kalendářním roce.*

Tab. 20: Spokojenost klientů s rehabilitační péčí v LRS Chvaly.

	Spokojenost klientů s RHB péčí v LRS Chvaly podle mínění odborníků	Způsob zjišťování (ne)spokojenosti klienta
KP1	individuální, u cílové skupiny osoby po CMP spokojenost je, nespokojenost může být u lidí mladších, kteří si představují intenzivnější RHB	je možnost stížnosti, písemnou formou a rozhovorem, když si povídáme s klienty
KP2	tak 80 % spokojení, najdou se někteří klienti po CMP, kteří nejsou spokojeni	rozhovorem s klientem
KP3	většina je hodně spokojených tady s RHB	rozhovorem s klientem, ve smlouvě jsou klienti seznámeni s možností si stěžovat, podat stížnost
KP4	pacienti jsou hodně spokojeni	zpětnou vazbou, prodlužování pobytu, vracení se do zařízení po kalendářním roce, plnou kapacitou
KP5	velmi spokojení	rozhovor při příchodu a při odchodu otázkou: Co se změnilo?

Zdroj: vlastní výzkum.

Z tabulky (Tab. 20) vyplývá, že odborníci vnímají spokojenost klientů tak, že je většina klientů spokojených. Pouze KP1 zmiňuje, že mladší osoby mohou vyžadovat intenzivnější RHB, proto nemusí být tak spokojeni jako starší klienti.

Ke zjištění spokojenosti využívá všech pět odborníků metodu rozhovoru. Dva odborníci uvádí možnost stížnosti (formou písemnou i ústní) a jeden dotazovaný zmiňuje, že je známkou spokojenosti i návrat klientů do zařízení a neustále plná kapacita.

6.3.3 *Shrnutí odpovědí v souvislosti se třetí výzkumnou otázkou*

Z výzkumu je patrné, že je všech sedm klientů po CMP spokojených s rehabilitací v LRS Chvaly. Pět partnerů hodnotí velmi kladně přístup odborníků ke klientům, jak k nim přistupují příjemně, se zájmem o ně. Dva komunikační partneři dále uvedli, že jsou spokojeni s nabídkou aktivit, a jeden komunikační partner uvedl, že je spokojen se vším. Komunikační partneři tedy nejsou nespokojeni. Pět komunikačním partnerům nechybí v tomto zařízení žádná další terapie, jeden dotazovaný zmiňuje, že by byl rád za cvičení v bazénu a jiný dotazovaný by chtěl více ergoterapie. V tomto středisku panuje pozitivní odezva jak na rehabilitaci, tak na jednotlivé pracovníky. Proto hodnotí svou spokojenost pět komunikačních partnerů známkou jedna a dva komunikační partneři známkou dva.

Odborníci v rehabilitační péči jsou si vědomi spokojenosti klientů, shodují se ve svých odpovědích v tom, že většina klientů po CMP je spokojena. Tuto spokojenost zjišťují především rozhovorem, dva odborníci uvádí možnost podání stížnosti a jeden odborník uvádí, že je známkou spokojenosti i návrat klientů do zařízení, že se do zařízení klienti rádi vrací a středisko má neustále plnou kapacitu.

7 Diskuze

Tato práce byla zaměřena na jedno z nejčastějších postižení postihujících CNS, na cévní mozkovou příhodu a její typy, výskyt, rizikové faktory a následky. Větší část diplomové práce je ale zaměřena na koordinovanou rehabilitaci, abychom znali veškeré možnosti v rehabilitaci. Tedy když už dojde k mozkové mrtvici, jaká je rehabilitační péče, že se nejedná pouze o fyzioterapii, ale abychom si uvědomili, že jsou i další důležité složky rehabilitace a věděli o dalších možnostech vhodných pro osoby po iktu. Je důležité vnímat koordinovanou rehabilitaci tak, abychom se zaměřili na daný stav komplexně s jeho následky, které jsou jak fyzické, psychické, tak i pracovní a sociální, a tyto následky se snažili eliminovat a regulovat. Také je důležité hodnotit schopnosti člověka z pozitivního úhlu pohledu čili podle toho, co jedinec s CMP zvládne a umí a jak ho pak lépe resocializovat zpět do běžného prostředí. Nezůstává však jen u pouhého konstatování faktů a posuzování neschopností, co všechno člověk po mozkové mrtvici nezvládne.

V předkládané praktické části diplomové práce jsem se především snažila zjistit a pospat, jaké jednotlivé složky koordinované rehabilitace jsou poskytovány osobám po CMP v LRS Chvaly. Jako dílčí cíl jsem si stanovila zanalyzovat provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitační péče.

Abych mohla dané cíle naplnit, nejprve jsem zjišťovala, zda odborníci znají pojem koordinovaná rehabilitace, a pokud ano, chtěla jsem znát, jak by tento pojem charakterizovali. Emmerová (2012) upozorňuje na úskalí v porozumění tohoto pojmu, jelikož je rehabilitace mezi laiky a někdy i mezi lékaři chápána stále jako fyzioterapie/fyzikální terapie. Dva odborníci (KP2, KP1) pojem znali a pojem charakterizovali jako komplexní péči o pacienty. KP2 uvedl: *Jedná se o komplexní péči o pacienty, která zahrnuje složku zdravotní, sociální i nějakou rodinnou*. I autoři Čeledová a Čevela (2011) zahrnují tyto složky do tohoto procesu, uvádí: *Chápeme rehabilitaci jako koordinovaný proces složený z rehabilitace léčebné, psychologické, rodinné, volnočasové, ale také sociální, výchovné, pracovní, a nově úrazové*. Další dva odborníci pojem slyšeli a KP3 zahrnul do pojmu vše podstatné: *Představuju si, že ta koordinovaná rehabilitace jsou vzájemně propojené, na sebe navazující procesy rehabilitace - léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, zároveň nějaká jako pedagogická rehabilitace a pracovní rehabilitace*. KP3 se tedy shoduje

s charakteristikou Pfeiffera a Švestkové (2014), kteří zdůrazňují hlavní složky koordinované rehabilitace, a to léčebnou, pedagogickou, pracovní a sociální. Jeden odborník pojem neznal, ale vycházel z biopsychosociálního modelu, kdy je potřeba zabezpečit potřeby klienta po všech stránkách, i potřeby spirituální. Musím říct, že toto celistvé holistické pojetí člověka ve zkoumaném zařízení opravdu u odborníků dominuje a je patrné při jejich jednání ve vztahu ke klientovi. Co se týče odborné psychologické pomoci ve zkoumaném středisku, ta je zajišťována externími pracovníky (psycholog, psychiatr), spirituální potřeby zajišťuje interní pracovník.

Z výsledků vyplývá, že jsou ve středisku LRS Chvaly propojovány složky léčebná a sociální. Logopedie, ergoterapie, stejně jako psychologická a spirituální péče jsou všechno aktivity a terapie, které spadají do složky léčebné. V praktické části vycházím z charakteristiky koordinované rehabilitace podle Pfeiffera a Švestkové (2014) a z jejich rozdělení KRHB do čtyř hlavních složek (také popsané v kap. 4.3). Stejně tak rozděluje KRHB Jankovský (2014). Někteří autoři člení KRHB do více složek, jako například výše zmínění Čeledová a Čevela (2011). V jejich podání bychom chápali, že v zařízení LRS Chvaly jsou propojovány složky KRHB: léčebná, sociální, ale i psychologická a rodinná. Koordinovaná rehabilitace má interdisciplinární charakter, jednotlivé složky KRHB, dle mého názoru, spolu úzce souvisí a vzájemně se propojují. Pfeiffer et al. (2014) popisuje, že i činnosti ergoterapeutů a fyzioterapeutů patří do pedagogické složky, jelikož i oni učí osoby s postižením náhradním pohybům.

V zařízení LRS Chvaly se tři odborníci shodují v tom, že dominuje více složek v rehabilitaci u osob po CMP, tudíž jsou složky povázané, a dva odborníci shledávají, že ve středisku jasně dominuje léčebná složka koordinované rehabilitace. U dotazovaných klientů po CMP můžeme vidět aktivity, jež podstupují a dodávají, která aktivita dominuje v jejich léčbě. Šest klientů po CMP ze sedmi uvádí, že je to právě fyzioterapie, která je hlavní částí rehabilitace, tudíž se jedná o léčebnou složku, a pouze jeden klient KP4 uvedl, že nedominuje žádná složka během jeho rehabilitace, avšak když se zaměříme na aktivity, které podstupuje, tak si můžeme všimnout, že všechny spadají též do složky léčebné. Během prováděného výzkumu jsem zaznamenala, že ve zkoumaném zařízení je zaměstnáno nejvíce fyzioterapeutů oproti ergoterapeutům, sociálním pracovníkům, psychologům apod. Uiberlayová (2016) uvádí, že by bylo ideální, kdyby na léčebnou složku rehabilitace navazovala rehabilitace sociální, pedagogická a pracovní. Domnívám se, že vzhledem k vyššímu věku klientů

rehabilitujících ve zkoumaném zařízení není zaměřena pozornost na pedagogickou a pracovní složku.

Oborník KP1 vysvětluje, jaké složky ve středisku jsou poskytovány: *Jasně, zdravotní, myslím si, že v podstatě i pastorační, máme tu nabídku kaplana, psychologická, máme možnost zavolat psychologa i psychiatra, a i sociální, tam řadíme ergoterapii, která v podstatě spadá pod sociální služby, tak i máme tady možnost sociálního poradenství.* Zajímavé je, že tento odborník řadí ergoterapii pod sociální složku. Autorky Svěčená a Švestková (2013) mezi činnosti ergoterapie řadí soběstačnost, úpravu prostředí, ergodiagnostiku, volnočasové aktivity a další. Ano, jedná se o oblast úzce spojenou se sociální rehabilitací a Jankovský (2006) uvádí, že ergoterapie svým rozsahem zasahuje do i oblasti sociální a pracovní. Například Svěčená (2009) popisuje, že ergoterapeut navrhne úpravu bytu a vybavení vhodnými pomůckami a sociální pracovník vzápětí doporučí klientovi příspěvky a poskytne další potřebné informace. S tím souhlasí i Krivošíková (2009), ergoterapie působí jak v sociální oblasti, tak ve zdravotnické, avšak ergoterapie je řazena pod léčebnou složku KRHB.

Osoby, které prodělají mozkovou mrtvici, jsou posílány z nemocnice zprvu do pobytového zařízení na rehabilitaci, kde je hlavním cílem nejprve zlepšit fyzický zdravotní stav, tudíž se nejprve započne léčebná složka rehabilitace, jejíž terénní forma v akutním stadiu postižení není nabízena. Až po zlepšení fyzického zdraví se mohou zapojit další složky koordinované rehabilitace. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, definuje pouze dvě kategorie pobytových zařízení: domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, jak upozorňuje Matoušek (2007). Dále autor uvádí, že jsou zavedeny do pobytových zařízení aktivizační programy.

Čeledová a Čevela (2012) podotýkají, že se koordinovaná rehabilitace musí řídit těmito principy: včasnost, koordinovanost, návaznost, komplexnost, dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární součinnost a posuzování. Odborník KP1 z těchto principů vychází a klade důraz u klientů po CMP, aby byla včas zahájena rehabilitace, *když člověk přijde brzo, včas po mozkové příhodě, tak si myslím, že rehabilitace tady ve středisku je dostatečná (KP1).*

Z výzkumu je patrné, že jsou aktivity pro klienta indikovány individuálně podle potřeb klienta. Například u KP6 (76 let) by se mohlo zdát, že má nejméně aktivit ve srovnání

s ostatními komunikačními partnery, a to: fyzioterapie, motomed, logopedie. Avšak s aktivitami je klientka spokojená, naopak pociťuje: *To, co je, to mi stačí až kam. Až někdy jsem třeba odmítla něco, že jsem se necejtila* (KP6). U klienta KP7 je také znát, že když byl v zařízení před rokem, měl méně aktivit, které byly indikovány vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, tedy nejprve léčebné složky, v první řadě fyzioterapie. A po roce je, dle aktuálního stavu klienta, nabídka aktivit rozšířená, za což je klient rád. Během mého docházení do zařízení LRS Chvaly jsem si mohla povšimnout, jak odborníci s klienty pracují. Dle mého úsudku odborníci ke klientům přistupují individuálně, z jejich jednání je patrné, že je klient v celém procesu na prvním místě. Odborníci si automaticky předávají informace o klientech, je zde kladen důraz na spolupráci. Celkově panuje ve středisku rodinná atmosféra, z toho pramení také spokojenost klientů i tvrzení některých klientů, že se zde cítí jako doma.

Také dotazovaní klienti po CMP si všímají spolupráce pracovníků v daném zařízení, a to především pomocí rozhovoru. Jejich terapie na sebe navazují podle toho, jak se pracovníci domluví. Odborníci mezi sebou vnímají velkou spolupráci, mezi všemi odborníky v zařízení spolupráce probíhá nejvíce na multidisciplinární schůzi, která je jednou týdně a také formou rozhovoru. Jeden odborník shledává také důležitost v podávání hlášení zdravotních sester. *Každé ráno máme hlášení sester a vlastně i tam je komunikace s personálem, který má denní a noční službu, a i na základě jejich se dál odvíjí rehabilitace, protože doopravdy všichni mají zájem o pacienta, aby se co nejvíce zlepšil* (KP4). Na multidisciplinární přístup v rehabilitačním procesu upozorňuje organizace Cerebrum, která se zaměřuje na osoby po cévních mozkových příhodách, podtrhují, jak je pro klienta důležitá spolupráce lékaře, fyzioterapeuta, psychologa, logopeda, ergoterapeuta, zdravotních sester, sociálního pracovníka, protetiky, ale i spolupráce s rodinnými příslušníky (Cerebrum, 2013). Tento názor se shoduje s dotazovanými odborníky v zařízení LRS Chvaly. Jankovský (2014) také klade důraz na multidisciplinární tým, podotýká, že rehabilitace potřebuje spolupráci odborníků v týmu, přičemž vyzdvihává nutnost komunikace se členy týmu, osobní odpovědnost a pozitivní vztah k lidem. Dále uvádí koncepci kruhové podpory, kdy odborníci společně s rodinou klienta a klientem projednávají celou situaci, terapii a rehabilitaci (tamtéž). S tímto konceptem se ve zkoumaném zařízení nesetkáme, existují zde multidisciplinární porady odborníků, ale bez účasti klienta (rodin). Spíše zde mohou klienti s rodinami konzultovat individuálně s odborníky, rodiny se mohou přijít podívat na rehabilitaci a jsou jim poskytovány odborné rady a poradenství.

Co se týče indikace terapie, resp. toho, kdo o jednotlivých terapiích rozhoduje, tak z pohledu dotazovaných klientů je vidět, že moc neví, kdo o terapiích rozhoduje, domnívají se, že lékař či fyzioterapeut. Organizace Cerebrum doporučuje zdravotnickým zařízením (na lůžkové části), aby koordinátorem rehabilitace byl ošetřující lékař, a také doporučuje stanovit klíčového pracovníka (case manager), který by měl zodpovědnost za koordinaci rehabilitační péče, příjem a ukončení rehabilitace (Cerebrum, 2003). Ve středisku LRS Chvaly tuto funkci klíčového pracovníka zastupuje sociální pracovník. Pět odborníků ve zkoumaném zařízení se shoduje, že se jedná o spolupráci při indikování jednotlivých terapií, přičemž nejvíce o jednotlivých terapiích rozhoduje lékař a fyzioterapeut.

Jakým způsobem podporuje koordinovaná rehabilitace ve zkoumaném středisku resocializaci jedince po CMP? Čtyři odborníci uvádí na prvním místě, že je to právě rodina, která pomáhá klientovi k resocializaci, pak motivace a nabídka služeb klientovi. Odborník KP3 shrnuje svou odpověď takto: *Jestli má podporu rodiny a jestli má nějakou vnitřní motivaci jakoby žít dál i poté, co se mu převrátil často život na ruby, jestli má opravdu vnitřní motor. A musím osobně říct, že i víra, hodně víra v Boha. To ovlivňuje, že to člověk nezabálí. Potom si myslím, že klientům pomáhá, když mají nějakou vizi, když jsou to mladší lidi, že se budou moct vrátit do práce, že mají vyřešený tady to, a že se jim budoucnost jeví v konkrétních rysech. Hodně je těžká nejistota, když neví, co je čeká.* A KP5 vidí důležitost a hlavní pomoc pro návrat do běžného života v tom, že si jedinec nejprve uvědomí a přijme situaci a také nalezne smysl a naději.

Odborníci podporují resocializační proces, KP1 zmiňuje: *Nabízíme poradenství rodinám, že jim v podstatě sociální pracovnice shrnuje, kdyby si vzali svého blízkého domů, co všechno vlastně oni můžou využít, na co mají nárok, co by jim mohlo pomoci, na koho se obrátit, o jaký příspěvky požádat.* Odborník KP2 se snaží zapojit rodinu do rehabilitace, zajistit spolupráci se sociální pracovníci, zařídit úpravy bytu. KP3 vysvětluje cíl rehabilitace: *Hlavní a dlouhodobý náš cíl je u pacienta, aby se zvýšila soběstačnost, a potom se snažíme informovat rodinu, spolupracovat s rodinou a třeba jim i ukázat, jak ta terapie probíhá, aby pak mohli pokračovat i doma.* A také klade důraz na kontakt se sociální pracovníci. KP4 doporučuje též sociální pracovníci pro zařízení pečovatelské služby, domácí péče a zajištění dalších možností. Klienti účastníci se výzkumu jsou věkově starší, ve starobním důchodu, snaží se dosáhnout co nejvyšší soběstačnosti a samostatnosti, aby se mohli navrátit do domácího prostředí a nebyli

závislí na pomoci druhých. Také Uiberlayová (2016) klade důraz na motivaci klienta a spolupráci s rodinnými příslušníky. Souhlasím s tvrzením Zadákové (2012), která uvádí, jak je těžké přijmout novou situaci, která změní život jedinci i rodině, často se setkávají s obavami o budoucnost. Klienti mi dávali najevo, do jak těžké situace se dostali, a to během okamžiku. Cévní mozková příhoda je postihla a následná rehabilitace trvá dlouhou dobu, klient se setkává s různými obavami, jestli selepší jeho zdravotní stav nebo zda se mozková příhoda nezopakuje. Klienti touží po tom, aby mohli zas chodit, vrátit se ke svým zálibám a být plně soběstační. Během chvíle se jim změnil život. Vzniká jim tak ale prostor zastavit se a přemýšlet o životě, což někteří klienti během rozhovorů zmiňovali, někteří byli zase unavení z rehabilitování, jelikož se jedná o dlouhodobý proces. Odborník KP5 se snaží naslouchat klientům, aby dokázali situaci přijmout, našli smysl v životě a měli naději. Určitě zde hraje roli osobnost klienta, rozsah jeho postižení a také podpora rodiny, podotýká Zadáková (2012). Autorka dodává, že nová životní situace přináší psychické, fyzické i sociální bariéry. Jako hlavní bariéry dotazovaní klienti po CMP uvádí věk, rozsah postižení, čas, jak dlouho trvá, než se člověk stane po mozkové příhodě soběstačným a omezení v zálibách. KP1 navíc uvedl: *Vůbec nikde se nedozvíte, na co máte nárok, na příspěvek, to strašně chybí. My jsme to neznali. To dcery obvolávají příspěvek, berli, vozík, obědy, všechno, to jsou strašný potíže. Tohle všeobecně v tomhle státě chybí.*

Některá zdravotnická zařízení mají tzv. návštěvní hodiny, ve zkoumaném zařízení je velkou výhodou pro klienty a rodinné příslušníky či známé, že návštěvní hodiny jsou po celý den, mohou se tak účastnit rehabilitace a kdykoliv tedy může dojít k osobnímu kontaktu personálu a rodinných příbuzných. Matoušek (2007) podporuje návštěvy rodinných příslušníků, tvrdí, že tak může dojít k lepší spolupráci mezi personálem a rodinou a rodina se dozví, jak pečovat a zacvičovat klienta v domácím prostředí, a to v činnostech rehabilitačních, pečovatelských, a také se dozví, jak aktivizovat psychické funkce.

Středisko nabízí dále služby domácí péče, pečovatelskou službu v okolí Praha 9, ambulantní rehabilitaci, odborník KP1 uvádí také možnost terénní rehabilitace v domácím prostředí a KP5 zmiňuje možnost zapůjčení si kompenzačních pomůcek. Středisko má navázanou spolupráci s firmou, která zajišťuje bezbariérové prostředí a odborník KP3 zmínil snahu o navázání větší spolupráce s obecně prospěšnou společností Ictus, což se nakonec nezdařilo. Janečková (2009) v brožuře Sdružení osob

po poranění mozku a jejich rodin Cerebrum pro ně doporučuje rehabilitační zařízení, mezi nimi jsou např. Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN, Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační ústav Hrabyně, Rehabilitační klinika Malvazinky, i právě zkoumané zařízení LRS Chvaly, dále jsou doporučeny ambulantní služby. Podle odhadů dotazovaných odborníků odchází klienti po ukončení rehabilitace na lůžkové části v LRS Chvaly nejčastěji do domácího prostředí, pak do LDN či jiného zařízení. V domácím prostředí pak mohou klienti využívat dalších služeb střediska, pokud se nachází v okolí Prahy 9. Samozřejmě by bylo ideální, kdyby klienti odcházeli do domácího prostředí, avšak podle mého názoru, je to u starších klientů obtížnější, často se jim sníží soběstačnost, rehabilitace u nich trvá déle než u mladších jedinců a jsou náchylnější ke komplikacím (jako např. pádům, závratím, infekcím apod.). Palasová (2015) upozorňuje, že rodina často řeší, kdo se o příbuznou postará, doteď byla soběstačná a nyní potřebuje dohled, případnou asistenci s některými úkony.

Na závěr výzkumu jsem zjišťovala spokojenost klientů po CMP s rehabilitační péčí v daném zařízení. Od všech sedmi klientů byla vyslovena spokojenost s rehabilitací zde ve středisku, proto kladně známkovali rehabilitační péči. Od čeho se odvíjí tato spokojenost klientů? Pět dotazovaných klientů odpovědělo, že od přístupu odborníků ke klientům. Nejenže jsou odborníci hodní, ale mají zájem o klienty. Dva klienti ze sedmi dodávají také, že jsou spokojeni s nabídkou aktivit, které mají.

Dotazovaní jedinci po CMP vnímají, že dělají v rehabilitaci pokroky, že se jejich zdravotní stav zlepšuje, z nich pět klientů pociťuje, že jim tak rehabilitace napomáhá k resocializaci v běžném prostředí. Dva klienti (KP6, KP3) zatím tento poznatek nemají a odůvodňují to tím, že jejich rehabilitace probíhá zatím krátce. Avšak KP3 je ve středisku 6 týdnů, za tu dobu vnímá zlepšení zdravotního stavu především v oblasti logopedie (v řeči) a fyzioterapie (v chůzi). Je tedy otázkou, jakou jinou složku KRHB je vhodné této klientce nabídnout.

Domnívám se, že se spokojeností souvisí také to, že klienti jsou dobře informovaní o daném středisku, vědí, co mohou očekávat, co je ve středisku poskytováno. Sociální pracovnice daného střediska také informuje před přijmutím klienta na lůžkovou část o právech a povinnostech klienta a o poskytovaných aktivitách a jiných možnostech.

O spokojenosti/nespokojenosti klientů po CMP jsem hovořila také s odborníky, jak oni vnímají spokojenost osob s rehabilitací po CMP a jak tuto spokojenost/nespokojenost

zjišťují. Od odborníků jsem zjistila, že se domnívají z reakcí klientů, že většina klientů po CMP je spokojena. Jejich spokojenost zjišťují především individuálním rozhovorem. Ve středisku je možnost podat stížnost, o níž jsou klienti informováni ve smlouvě, kterou podepisují při zahájení pobytu ve středisku, uvádí tuto možnost dva odborníci. Metody průzkumu spokojenosti jsou používány často, když je potřeba zjistit spokojenost např. zákazníků s výrobky či službami, k tomu se používají metody jako je rozhovor (ústní forma) nebo dotazník (písemná forma), zjišťování spokojenosti může být pravidelné, náhodné, anonymní či jmenovité (Managementmania, 2015).

Sama můžu potvrdit, že všech sedm dotazovaných klientů po CMP (při rozhovoru zaměřeném na téma spokojenosti v LRS Chvaly s rehabilitační péčí) rehabilitační péči v zařízení vychvalovalo, pozitivně hovořili o přístupu odborníků, z jejich reakcí byla cítit vděčnost a naděje, že zde ve středisku dosahují a dosáhnou i dále pokroků, a to i díky odborníkům, kteří v zařízení pracují. S odstupem času (po kalendářním roce) se klienti mohou vrátit do LRS Chvaly k rekondičnímu pobytu. I proto odborník KP4 uvádí, že známkou spokojenosti a zpětnou vazbou pro středisko je i to, že klienti rádi žádají znovu o rehabilitaci ve středisku nebo někteří klienti rádi svůj pobyt prodlužují v zařízení, a tedy že plná kapacita střediska je také známkou spokojenosti klientů, dále že se zvyšuje povědomí o tomto zařízení a plná kapacita střediska není jen z důvodu toho, že je mnoho nemocných, ale že jsou klienti spokojeni. Ovšem Matoušek (2007) podotýká, že se sociální rehabilitace snaží o zabránění návratu klientů do zdravotnického zařízení (z důvodu nedoléčení, nedostatečné rehabilitace, zapomenutí na nácvik soběstačnosti apod.), naopak v sociální rehabilitaci jsou nabízeny terénní služby (pečovatelská služba, osobní asistence apod.). Právě sociální pracovník v multidisciplinárním týmu komplexně situaci řeší a hodnotí, do jakých podmínek se klient vrací (Matoušek, 2007). Z mého pohledu se klienti se do LRS Chvaly vrací pro zlepšení kondice, případně pro novou diagnózu-přidatné komplikace, nikoli z důvodu nedostatečné rehabilitace nebo opomenutý nácvik soběstačnosti. Je důležité brát v úvahu věk dotazovaných klientů po CMP, samotné středisko je určeno i pro starší osoby a u starších osob, jak uvádí Hronovská (2012), se vyskytuje větší instabilita, závratě a tím pádem vyšší riziko pádu a vzniku komplikací (např. zlomenina, zápal plic). Vybíhalová (2012) popisuje zvláštnosti v průběhu onemocnění u starších osob, především polymorbiditu (výskyt více nemocí současně) a s postupujícím věkem se zvyšuje riziko výskytu nemocí. Bruthans (2017) uvádí 25% riziko opakování mozkové

příhody, přičemž upozorňuje, že s věkem se riziko opakování iktu zvyšuje. I z tohoto důvodu může mít středisko kapacitu plnou, což znamená, že je zabráno 50 lůžek.

Z výzkumu je patrné, že klienti po CMP jsou staršího věku. Zařízení LRS Chvaly uvádí, že lůžková část tohoto střediska je zaměřena především na léčebnou a rehabilitační péči u řady onemocnění, převážně pro starší generaci, ale nejen pro ni (Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly, 2011). V této souvislosti mě napadlo, že není mnoho organizací, které k rehabilitačnímu pobytu přijímají klienty starší či s nemocemi v dekompenzovaném stavu (diabetes, metabolický rozvrat, epilepsie) nebo také osoby s dekubity, ležící a inkontinentní. Například Rehabilitační ústav Kladruby přijímá klienty do 65 let k rehabilitačnímu programu (Hrubcová, cit. 2017), Rehabilitační ústav Hrabyně řadí mezi kontraindikace k rehabilitačnímu programu pokročilý věk (Rehabilitační ústav Hrabyně, 2017). U organizace LRS Chvaly je vhodná kombinace, že se jedná o léčebné, ale zároveň i rehabilitační středisko, tudíž zde jsou přijímáni i klienti s dekubity, inkontinencí či klienti imobilní. Proto je dobře, že i pro klienty ve vyšším věku existují organizace, které jsou zaměřené na rehabilitaci, a nejedná se jen o oddělení následné péče (ONP) či léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Lidé se dožívají vyššího věku, medicína využívá pokročilé technologie a ve vyšším věku ale přibývá nemocí, tělesných postižení a komplikací, je tedy důležité, aby koordinovaná rehabilitace nebyla opomíjena ani u starší generace. Také Palasová (2015) podotýká, že osoby pokročilejšího věku odchází z nemocnic často do LDN či ONP (jež jsou součástí nemocnic).

Obě témata, cévní mozková příhoda a koordinovaná rehabilitace, jsou aktuální a bylo by dobré, kdyby tyto dvě oblasti byly propojeny. Jednotlivé složky koordinované rehabilitace by navazovaly na sebe a osobám po CMP by byla poskytována komplexní řízená péče. Tyto osoby se setkají s různorodými následky po postižení, i proto je důležité využívat pestrosti nabízených složek a aktivit v rehabilitaci, k tomu by mohlo napomoci i právní ukotvení koordinované rehabilitace, nastavení celého rehabilitačního procesu, který by bránil nežádoucímu vývoji onemocnění.

Z provedeného výzkumu jsem získala odpovědi na mnou položené výzkumné otázky:

1. Jaká je provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po CMP v Léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly?

Koordinovaná rehabilitace v zařízení LRS Chvaly je, dle výsledků, pro klienty vyhovující a dostatečná. Rehabilitace má jednotlivé aktivity aplikované v návaznosti. Ve středisku LRS Chvaly jsou propojovány především složky léčebná a sociální. Rehabilitace je založena především na spolupráci odborníků, kterou vnímají nejen odborníci (především na multidisciplinárních poradách), ale i klienti po CMP (prostřednictvím rozhovoru). Indikované terapie u dotazovaných osob po CMP převažují z léčebné složky KRHB (fyzioterapie, logopedie, ergoterapie, spirituální služba), která při jejich rehabilitaci dominuje. S léčebnou složkou je provázaná sociální složka zajišťující především přijetí a ukončení pobytu a nabízí možnosti využití dalších služeb střediska či poskytuje sociální poradenství a zajišťuje přechod klienta do domácího prostředí či jiného zařízení. Jednotlivé aktivity jsou indikovány dle potřeby klienta a jsou určovány zejména fyzioterapeutem a lékařem. Při přijetí klienta do střediska je zohledněna i duchovní potřeba klienta, proto je poskytována spirituální služba podle chťení a potřeby klienta i v průběhu pobytu. Pokud klient potřebuje odbornou psychologickou pomoc, je možnost domluvit externího psychologa, který spolupracuje s daným zařízením.

2. Jakým způsobem podporuje koordinovaná rehabilitace resocializaci jedince po CMP?

Klienti po CMP pocít'ují zlepšení zdravotního stavu během rehabilitace v LRS Chvaly, to jim napomáhá k lepšímu navrácení se do běžného života. Za nejprínosnější terapii je považována, ze strany dotazovaných klientů, fyzioterapie. Dotazovaní odborníci vnímají rehabilitaci jako dostatečnou pro klienty po CMP. Při resocializaci se zaměřují především na rodinné zázemí a motivaci klienta. K úspěšné resocializaci využívají sociálního poradenství, spolupracují s rodinou a také poskytují klientům z okolí Prahy 9 domácí péči a pečovatelskou službu či rehabilitaci ambulantní formou. Podle odborníků v daném zařízení odchází většina klientů po CMP do domácího prostředí.

3. Jak jsou klienti s koordinovanou rehabilitační péčí spokojeni?

Všech sedm klientů po CMP je spokojených s rehabilitací v LRS Chvaly, také kladnou známkou ohodnotili rehabilitaci. Pozitiva shledávají v přístupu odborníků ke klientům a v nabídce aktivit. Této spokojenosti jsou si vědomi i odborníci pracující v LRS Chvaly.

Vzhledem k provedenému výzkumu si dovoluji navrhnout následující **hypotézy**:

1. Stanovení jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob s CMP závisí na stádiu onemocnění, ve kterém se tato osoba nachází.
2. Úspěšná rehabilitace je podmíněna přístupem a spoluprací jednotlivých odborníků pracujících v rámci koordinované rehabilitace zaměřené na klienta.
3. Osoby v pokročilém věku po CMP kladou primárně důraz na přístup odborníků než na množství nabízených aktivit v rámci koordinované rehabilitace.

8 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala provázaností jednotlivých složek koordinované rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě. Výzkumná část byla prováděna v zařízení LRS Chvaly, kde byly vedeny polořízené rozhovory s klienty po CMP a odborníky jednotlivých složek KRHB. Stanovené cíle, tedy popsat jednotlivé složky koordinované rehabilitace poskytované osobám po CMP v Léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly a zanalyzovat provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitační péče, byly naplněny.

Z výsledků rozhovorů vyplývá, že jsou v zařízení LRS Chvaly propojovány rehabilitační složky léčebná a sociální. Výrazně zde v zařízení dominuje léčebná složka, která nabízí nejvíce aktivit klientovi po CMP (fyzioterapie, logopedie, ergoterapie apod.). Klienti se se spirituální složkou rehabilitace setkávají na začátku pobytu v LRS Chvaly. Pokud má klient zájem, tato složka probíhá po celý pobyt klienta v zařízení. Na léčebnou složku navazuje složka sociální, využívá se služeb: sociální poradenství, pečovatelská služba, dále domácí péče, možnost ambulantní rehabilitace. Na sociální rehabilitaci je kladen důraz při resocializaci klienta. Vybraní odborníci vnímají rehabilitaci jako dostatečnou a pomáhající klientům po CMP, úzce spolupracují také s rodinou klienta. Dotazovaní klienti po iktu vnímají zlepšení zdravotního stavu během rehabilitace a potvrzují, že jim rehabilitace napomáhá k lepší resocializaci.

Klienti vnímají spolupráci mezi jednotlivými odborníky tím, že o jejich terapii a rehabilitaci vzájemně hovoří, projednávají ji. Tuto spolupráci potvrzují i odborníci v zařízení, kteří se setkávají jednou týdně na multidisciplinární poradě, kde řeší aktuální stav klientů a postup rehabilitace. Jednotlivé terapie jsou indikovány dle potřeb klienta, přičemž největší kompetence pro indikaci jednotlivých terapií má lékař a fyzioterapeut. Dotazované osoby po CMP jsou ve zkoumaném zařízení s rehabilitací a především s přístupem pracujících v rehabilitační péči spokojeni.

Tyto výsledky mohou posloužit jako zpětná vazba pro zkoumané zařízení a následně by mohly být inspirací pro LRS Chvaly při zvyšování kvality koordinované rehabilitační péče. Přínos vidím také v poskytnutí informací o koordinované rehabilitaci pro osoby po CMP a jejich rodiny.

9 Seznam použitých zdrojů

1. ADTA, 2016. *Co je to tanec / pohybová terapie?* [online]. ADTA. [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <https://adta.org/faqs/>
2. AKTIP, 2013. *Neuropsychologie*. [online]. Praha: Konzultační a terapeutický institut. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.aktip.cz/cs/produkty-sluzby/neuropsychologie/index.html>
3. ALURU, V. et al., 2016. *Music Upper Limb Therapy—Integrated: An Enriched Collaborative Approach for Stroke Rehabilitation*. Front Hum Neurosci. [databáze]. PubMed. [cit. 2017-02-01]. DOI: 10.3389/fnhum.2016.00498. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5053999/>
4. AMBLER, Z., 2011. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-707-3.
5. AMERINA, J., L.; HUBBARD, G., B., 2016. *Using Animal-assisted Therapy to Enrich Psychotherapy*. [databáze]. PubMed. In: Adv Mind Body Med., 2016. [cit. 2017-01-31]. 30 (3). Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27541053>
6. ANAMNEZA, ©2003-2017. *Poruchy cití*. [online]. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://www.anamneza.cz/priznak/Poruchy-citi-Hyperstezie-snizene-vnimani-podnetu-snizeni-citlivosti-zvyseni-citlivosti-anestezie-hyperstezie-788>
7. ANGEROVÁ, Y.; ŠVESTKOVÁ, O., 2010. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. In: Kalvach, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 359-380. ISBN 978-80-247-2765-3.
8. ARHANT-SUDIR, 2011. In: MACHOVÁ, K., ŘÍHA, M., 2016. *Terapie pacientů po poškození mozku za asistence zvířat*. [Konference]. In: *Neurorehabilitace poruch centrálního a periferního nervového systému*. 11. listopadu 2016 Konference Střešovický podzim VII.
9. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5148-1.
10. Asociace dramaterapeutů České republiky, cit. 2017. *Dramaterapie*. [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://adcr.cz/dramaterapie>
11. Asociace klinických logopedů České republiky, 2017. *Zajímáte se o práci logopeda?* [online]. Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--jak-se-stat-klinickym-logopedem>

12. BAR, M., CHMELOVÁ, I., 2011. *Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*. Postgraduální medicína [online]. Mladá fronta (2), [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
13. BAREŠ, M., TYRLÍKOVÁ, I., 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-540-2.
14. BARTOŠ, A., 2012. *Krátké kognitivní testy* [online]. Brno. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202012%20prezentace/Bartos_KratkeKognitivniTesty_KurzDemence_Brno12.pdf
15. BAUER, J., 2010. *Cévní mozkové příhody*. Kapitoly z kardiologie [online]. Medical tribune (4). [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>
16. BOBEK, M., PENÍŠKA, P., 2008. In: PĚNKAVA, P. *Socioterapie jako metoda působení na postoje a jednání klienta*, 2015. [online]. Sociální práce (1). [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=721>
17. BOHÁČEK, P., POLCAROVÁ, D., 2007. *(Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody*. In: Sestra (4) [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/neuro-psychologicke-nasledky-cevni-mozkove-prihody-301153>
18. BRUTHANS, J., CÍFKOVÁ, R., 2016. *Stav léčby CMP v ČR: pohled epidemiologa*. [online]. Postgraduální medicína. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/stav-lecby-cmp-v-cr-pohled-epidemiologa-482354>
19. BRUTHANS, J., 2010. *Epidemiologie cévních mozkových příhod*. Kapitoly z kardiologie [online]. Medical tribune (4), s. 78-89. [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnich-mozkovych-prihod
20. BRUTHANS, J., 2017. *Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod*. [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: http://www.cksonline.cz/17-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta=337
21. BURIANOVÁ, I., 2010. *Role sociálního pracovníka v rámci zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce*. In: Sociální práce [online]. (4), s. 114-119. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0410komplet-101213143747-140219132959.pdf>

22. BYEON, H., 2016. *Effect of orofacial myofunctional exercise on the improvement of dysphagia patients' orofacial muscle strength and diadochokinetic rate* [databáze]. PubMed. J Phys Ther Sci. [cit. 2017-01-31]. DOI: 10.1589/jpts.28.2611. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080187/>
23. Cerebrum, 2013. *Multidisciplinární přístup a vzájemná spolupráce*. [online]. [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/doporuceni-k-systemu-pece/multidisciplinari-pristup-a-vzajemna-spoluprace.html>
24. Církev bratrská Černý most, 2017. *Chvalský pozemek Církve bratrské* [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.cb.cz/cerny.most/index.php?item=2&subitem=3>
25. CSÉFALVAY, Z., KOŠŤÁLOVÁ, M., 2013. *Diagnostika afázie*. In: CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, s. 83-112. ISBN 978-80-262-0364-3.
26. CUESTA-VARGAS, A. et al., 2013. *Hydrotherapy as a recovery strategy after exercise: a pragmatic controlled trial*. BMC Complement Altern Med [databáze]. PubMed, 13. [cit. 2017-01-28]. DOI: 10.1186/1472-6882-13-180. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3720553/>
27. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2011. *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. MPSV. [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
28. Česká arteterapeutická asociace, 2010. *O asociacích*. [online]. Praha. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.arttherapies.cz/2010/ceska-arteterapeuticka-asociace.html>
29. Česká neuropsychologická společnost, cit. 2017. *Vymezení oboru klinická neuropsychologie*. [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: http://www.cenes.cz/01_aboutus_04.htm
30. Česká Unie pro podporované zaměstnávání, cit. 2017a. *Co je PZ?*. [online]. Praha. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani.html>
31. Česká Unie pro podporované zaměstnávání, cit. 2017b. *Slovníček pojmů*. [online]. Praha. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/82-slovnicek-pojmu.html>
32. České asociace ergoterapeutů, 2008. In: JELÍNKOVÁ, J., 2009. *Předmět a cíle oboru ergoterapie*. In: JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál, s. 11-18. ISBN 978-80-7367-583-7.
33. DEMERS, M., MCKINLEY, P., 2015. *Feasibility of Delivering a Dance Intervention for SubAcute Stroke in a Rehabilitation Hospital Setting* [databáze]. PubMed. In: Int J

- Environ Res Public Health, 12 (3). [cit. 2017-02-01]. DOI: 10.3390/ijerph120303120.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25785497>
34. DeSOUZA, J., P. et al., 2015. *New framework for rehabilitation – fusion of cognitive and physical rehabilitation: the hope for dancing*. In: *Frontiers in Psychology* [databáze]. PubMed. Front. Psychol. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.01478/full>
35. DISMAN, M., 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.
36. DOHNALOVÁ, Z., 2011. *Výzkumníkovo desatero etického chování*. [online]. Časopis Sociální práce [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <http://www.socialniproace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379>
37. DOLEŽALOVÁ, A., 2007. *Metodika ornitoterapie*. In: VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, s. 287-288. ISBN 978-80-7322-109-6.
38. DORAZILOVÁ, A., 2013. *Jak trénuje mozek: krátký úvod do tréninku kognitivních funkcí*. PsychoLogOn [online]. 2 (1), s. 31-35. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <file:///C:/Users/user/Downloads/Desktop/140-jak-trenuje-mozek-kratky-uvod-do-treninku-kognitivnich-funkci.pdf%20>. ISSN 1805-7160.
39. EMMEROVÁ, M., 2012. *Úvod - co to je koordinovaná rehabilitace?* In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR* [online]. Praha: MPSV, 2012, s. 16-17 [cit. 2017-04-01]. ISBN 978-80-7421-052-. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf
40. FEIGEN, V., 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.
41. FRANCOVÁ, H., 2014. *Sociální rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 149-156. ISBN 978-80-7394-461-2.
42. GERLICOVÁ, M., 2017. *O muzikoterapii*. In: *Muzikoterapie* Markéta Gerlichová [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=15
43. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
44. HERZIG, R., 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-148-6.

45. HORÁČEK, O., KOLÁŘ, P., 2009. *Cévní onemocnění mozku*. In: KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. s. 386-389. ISBN 978-80-7262-657-1.
46. HOSÁK, L., PERNIČKOVÁ, D., ŠILHÁN, P., 2012. *Depresivní syndrom po cévní mozkové příhodě*. Čes a slov Psychiat [online]. 108 (6). [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2012_6_291_297.pdf
47. HOWLAND, R., H., 2016. *Hey Mister Tambourine Man, Play a Drug for Me: Music as Medication*. Psychopharmacology [databáze]. PubMed, (54), [cit. 2017-02-01]. DOI: 10.3928/02793695-20161208-05. Dostupné z: <http://www.healio.com/psychiatry/journals/jpn/2016-12-54-12/%7Bb72243f7-36a3-42ff-a8fc-f9a7dfdf46eb%7D/hey-mister-tambourine-man-play-a-drug-for-me-music-as-medication>
48. HRONOVSKÁ, L., 2012. *Závratě, instabilita a pády ve stáří*. [online]. Interní medicína v praxi, 14 (12). [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/06.pdf>
49. HRUBCOVÁ, I., cit. 2017. *Informace o CNS*. [online]. Rehabilitační ústav Kladruby, [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://rehabilitace.cz/czech/index.php?page=informace-o-cns>
50. *ICD-10 Version: 2016: Cerebrovascular diseases*, 2016. [online]. WHO. [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
51. JANEČKOVÁ, H., JOHNOVÁ, M., 2013. *Zdravotně-sociální péče na příkladu situace lidí po poranění mozku* [online]. Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb, [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/17451/C1_ZSP_prikklady.pdf
52. JANEČKOVÁ, M., 2009. *Poranění mozku: A co dál?*. Praha: Cerebrum. ISBN 978-80-904357-2-8.
53. JANKOVSKÝ, J., 2014. *Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 49-120. ISBN 978-80-7394-461-2.
54. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí: S tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.

55. Jedličkův ústav a školy, 2014. *Tranzitní program*. [online]. Praha. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://www.jus.cz/tranzitni-program?p=3>
56. JERÁBEK, J., 2007. *Závratě a poruchy rovnováhy v ordinaci všeobecného lékaře*. Medical tribune cz, (5). [online]. [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/11161>
57. JIROUTOVÁ, P., 2015. Diplomová práce. *Koordinovaná rehabilitace u klientů Ústavu sociální péče Domečky*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
58. KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2093-0.
59. KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie.*, 3. vyd., Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2765-3.
60. KANG, S., D., KIM, M., K., 2013. *Effects of Art Therapy Using Color on Purpose in Life in Patients with Stroke and Their Caregivers*. Yonsei Med J [databáze]. PubMed, 54 (1) [cit. 2017-02-01]. DOI: 10,3349 / ymj.2013.54.1.15. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521264/>
61. KLUSOŇOVÁ, E., 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.
62. KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. *Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými*. In: MATOUŠEK, O., 2010. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s. 89-108. ISBN 978-80-7367-818-0.
63. KOHOUTEK, R., 2009. *Sociální kognice a percepce*. [online]. Psychologie v teorii a praxi. [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/socialni-kognice-a-percepce>
64. KOLÁŘ, P., 2009. *Úvodní část*. In: KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 1-13. ISBN 978-80-7262-657-1.
65. KOLÉBALOVÁ, J., POLÁKOVÁ, J., 2014. *Rehabilitujeme doma*. Brno: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-00-6.
66. KOLLÁROVÁ, D., 2014. *Manuál zaměstnávání osob po poškození mozku* [online]. Cerebrum, [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: http://www.cerebrum2007.cz/files/892_8327728145.pdf
67. KOŠTÁLOVÁ, M., 2012. *Dysfágie: Uvedení do problematiky*. Neurologická klinika. Brno. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/res/file/seminare/2012-04-12-brno-fn-bohunice/dysfagie-uvadeni-do-problematiky.pdf>

68. KOUKOLÍK, F., 2012. *Lidský mozek: funkční systémy: norma a poruchy*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-771-4.
69. KRAMEROVÁ, M., MACHÁNKOVÁ, K., 2009. *Logopedické pomůcky*. [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.logopedie-pomucky.cz/>
70. KRÁSA, V., 2010. *Informace č.: 41 - 2015 (Národní plán podpory vyrovnávání příležitostí pro OZP 2015-2020)*. [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1379-informace-c-41-2015--narodni-plan-podpory-vyrovnani-prilezitosti-pro-ozp-2015-2020.html>
71. KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I., 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2754-6.
72. KRHUTOVÁ, L., 2013. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. [online]. Ostrava. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/karp/opory/aktualizovane/03_Socialni_prace_a_lide_se_zdravotnim_postizenim_Opora.pdf
73. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
74. LACHMANN, M., 2009. *Kompenzační pomůcky pro pacienty po poranění mozku*. In: JANEČKOVÁ, M., 2009. *Poranění mozku: A co dál?* Praha: Cerebrum, s. 35-40. ISBN 978-80-904357-2-8.
75. LAMBERT, 2010. *MMSE*. In: Lékařské klasifikace [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/lecebne-pusobeni-zvirat-na-nase-zdravi-i-psychiku>
76. Léčebné rehabilitační středisko Chvaly, 2011. *Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly* [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.chvaly.cz/cz/>
77. LEHEČKOVÁ, H., 2012. *Assessment and Treatment of Aphasia in Czech*. [online]. *Folia Phoniatr Logop*, 64: 165-168. [cit. 2017-04-02]. DOI: 10.1159/000340013. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/Abstract/340013>
78. LINHART, J. et al., 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5.
79. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-225-1.
80. LUDKA, O., ŠPINAR, J., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024783758.

81. MACEK, R., 2009. *Hipoterapie: alternativní možnost rehabilitace pacientů s Parkinsonovou chorobou*. In: Parkinson Most. [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: http://parkinsonmost.webnode.cz/hipoterapie/?utm_source=copy&utm_medium=paste&utm_campaign=copypaste&utm_content=http%3A%2F%2Fparkinsonmost.webnode.cz%2Fhipoterapie%2F
82. MAGEE, W., L. et al., 2017. *Music interventions for acquired brain injury*. Cochrane Stroke Group [databáze]. PubMed. [cit. 2017-01-25]. DOI: 10.1002/14651858.CD006787.pub3. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006787.pub3/full>
83. MACHOVÁ, K., ŘÍHA, M., 2016. *Terapie pacientů po poškození mozku za asistence zvířat*. [Konference]. In: *Neurorehabilitace poruch centrálního a periferního nervového systému*. 11. listopadu 2016, Konference Střešovický podzim VII.
84. Managementmania, 2015. *Metody průzkumu spokojenosti (Satisfaction Survey Methods)*. [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/vyzkum-spokojenosti>
85. MATOUŠEK, O., 2007. *Typologie sociálních služeb podle cílových skupin*. In: MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, s. 79-106. ISBN 978-80-7367-310-9.
86. MATTHEWS-KOZANECKA, M., 2014. *Holistic approach to treatment in the context of bioethics* [databáze]. PubMed. *Developmental Period Medicine*, XVIII (1), 13-15 [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <http://devperiodmed.pl/articles/2014-1-1.pdf>
87. MEDICAL TRIBUNE, 2015. *MPSV chystá zákon o komplexní rehabilitaci*. [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/36173>
88. MEDLICKER, 2012. *Mozková mrtvice: prevence, příznaky, následky a rehabilitace*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/24-mozkova-mrtvice-prevence-priznaky-nasledky-a-rehabilitace>
89. MEREDITHOVÁ, S., 2011. *Jak se vyhnout infarktu a cévním mozkovým příhodám: Vaše obrana v deseti krocích*. Praha: Reader's Digest Výběr. ISBN 978-80-7406-146-2.
90. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
91. MLČOCH, Z., 2008. *Příznaky cévní mozkové příhody, následky mrtvice*. In: Zbyněk Mlčoch [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/priznaky-cevni-mozkove-prihody-nasledky-mrtvice>

92. MOTLOCH, M., 2016. *Animoterapie: když zvířata pomáhají*. In: Poradíme si. [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/situace/animoterapie-kdyz-zvirata-pomahaji/>
93. MPSV, 2015a. *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2015: Informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. [online]. [cit. 2017-04-05]. ISBN 978-80-7421-090-7. Dostupné z: file:///C:/Users/user/Downloads/Desktop/Prirucka_OZP_2015.pdf
94. MPSV, 2015b. *Úřad práce České republiky - krajská pobočka v Brně: Pracovní rehabilitace*. [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/jhm/pracovni_rehabilitace
95. MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
96. Muzikoterapeutická asociace ČR, 2010. *O asociacích*. [online]. Praha. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.arttherapies.cz/ceska-muzikoterapeuticka-asociace.html>
97. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
98. Odbor sociálních služeb a sociální práce, 2012. *Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67)* [online]. In: MPSV, 2012. [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>
99. PALASOVÁ, D., 2015. *LDN a následná péče*. [online]. Český rozhlas. [cit. 2017-04-30]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/ostrava/publicistika/_zprava/ldn-a-nasledna-pece-nejcastejsi-dotazy—1552665
100. PALMER, S., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0348-3.
101. PAPOUŠEK, J., 2010. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Kapitoly z kardiologie (4). [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20230-rehabilitace-po-cevni-mozkove-prihode>
102. PAVLÍKOVÁ, K., 2012. *Bakalářská práce. Zooterapie*. [online]. Olomouc: Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: https://theses.cz/id/kykmmz/Bakalsk_prce_Klara_Pavlikova.pdf
103. PĚNKAVA, P., 2015. *Socioterapie jako metoda působení na postoje a jednání klienta*. Sociální práce (1). [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=721>

104. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2007. *Ontogeneze řeči z pohledu logopeda*. [online]. Medical tribune cz. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10155-ontogeneze-rci-z-pohledu-logopeda>
105. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2012. *Připravovaný zákon o koordinované rehabilitaci občanů s disabilitou (zdravotním postižením)*. In: Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR [online]. Praha: MPSV, 2012, 16-17 [cit. 2017-02-01]. ISBN 978-80-7421-052-5. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf
106. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. *Úvod do problematiky koordinace zdravotních, sociálních, didaktických a pracovních prostředků*. PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 6-10. ISBN 978-80-7394-461-2.
107. PFEIFFER, J. et al., 2014. *Posudková rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 11-48. ISBN 978-80-7394-461-2.
108. POKORNÁ, T., 2013. Diplomová práce. *Koordinovaná rehabilitace u osob po CMP*. Brno: Masarykova Univerzita. Pedagogická fakulta.
109. Portál pro sociální oblast města Prahy, © 2008–2011. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: http://socialni.praha.eu/jnp/cz/nejcasteji_kladene_otazky/socialni_sluzby/index.html
110. PREISS, M., 2013. *Diagnostika kognitivních funkcí*. In: CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, s. 203-216. ISBN 978-80-262-0364-3.
111. PROKOPOVÁ, V., cit. 2017. *Pracovní rehabilitace* [online]. In: Integrovaný portál MPSV. [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pha/pracovni_rehabilitace
112. Příspěvek na péči, 2015a. *Obecné informace k příspěvku na péči*. [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.prispevek-na-peci.cz/>
113. Příspěvek na péči, 2015b. *Kritéria příspěvku na péči*. [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.prispevek-na-peci.cz/kriteria-pro-priznani.html>
114. QUINN, T., J., 2014. *What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis* [databáze]. PubMed. [cit. 2017-01-28]. Dostupné

- z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3913786/> DOI: 10.1371 / journal.pone.0087987
115. Rehabilitace ruky, 2013a. *Rehabilitace ruky a fyzioterapie*. In: Hand and Physio Therapy. [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.rehabilitaceruky.cz/postupy.html>
 116. Rehabilitace ruky, 2013b. *Dlahy jsou vyráběny na míru přímo v ordinaci (na počkání) z termoplastických materiálů*. In: Hand and Physio Therapy. [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.rehabilitaceruky.cz/dlahovani.html>
 117. Rehabilitační ústav Hrabyně, 2017. *Pro lékaře a odborníky*. [online]. [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.ruhrabyne.cz/pro-lekare-a-odborniky/>
 118. REICHEL, 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada. ISBN 80-247-3006-5.
 119. REICHEL, J., 2008. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2594-9.
 120. RODOVÁ, Z., 2015. *Co je ergoterapie*. Česká asociace ergoterapeutů [online]. [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>
 121. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.
 122. Spektrum zdraví, 2013. *Léčebné působení zvířat na naše zdraví i psychiku*. [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/lecebne-pusobeni-zvirat-na-nase-zdravi-i-psychiku>
 123. SVĚCENÁ, K., ŠVESTKOVÁ, O., 2013. *Ergoterapie: Skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-260-4101-6.
 124. SVĚCENÁ, K., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. *Ergoterapie*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 121-129. ISBN 978-80-7394-461-2.
 125. SVĚCENÁ, K., 2009. *Soběstačnost a kompenzační pomůcky*. In: JANEČKOVÁ, M., 2009. *Poranění mozku: A co dál?*. Praha: Cerebrum, s. 34-35. ISBN 978-80-904357-2-8.
 126. ŠESTÁK, J., 2014. *Pracovní rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 157-163. ISBN 978-80-7394-461-2.

127. ŠIŠMOVÁ, H., 2014. *Poruchy komunikace - symptomatologie afázií*. In: Afázie Občanské sdružení [online]. [cit. 2017-01-8]. Dostupné z: <http://www.afazie.cz/symptomatologie-afazii/>
128. ŠPINAROVÁ DUSBÁBKOVÁ, J., 2012. *Co je taneční pohybová terapie*. Expresivní terapie [online]. [cit. 2017-01-30]. Dostupné z: <http://www.expresivniterapie.org/>
129. ŠVAŘÍČEK, R., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
130. TCHOUNWOU, P., B., 2015. *Feasibility of Delivering a Dance Intervention for SubAcute Stroke in a Rehabilitation Hospital Setting*. Int J Environ Res Public Health. [databáze]. PubMed. 12 (3) [cit. 2017-01-25]. DOI: 10.3390/ijerph120303120. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377955/>
131. TROJAN, S. et al., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1296-2.
132. UIBRLAYOVÁ, I., 2016. *Význam rehabilitace stoupá*. [online]. Nemocnice Trutnov. [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.nemtru.cz/vyznam-rehabilitace-stoupa-potrebuje-ji-cim-dal-vice-pacientu>
133. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5982-1.
134. VANTUCH, J., 2014. Diplomová práce. *Nekognitivní efekt kognitivní rehabilitace: Administrace TAT u pacientů s akutně vzniklým poškozením mozku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
135. VELEMÍNSKÝ, M., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-360-8.
136. VOTAVA, J., 2012. *Ucelenost a koordinace v rehabilitaci osob se zdravotním postižením – konkrétní cíle a problémy*. Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR [online]. Praha: MPSV, 2012, s. 18-19 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf
137. VYBÍHALOVÁ, L., 2012. *Interní onemocnění ve stáří*. [online]. [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/interni-onemocneni-ve-stari-466840>
138. Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, 2011. [online]. [cit. 2017-01-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 136, s. 5018–5025. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

139. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2017-04-04]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7021-7047. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
140. WHO, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0592-3.
141. ZADÁKOVÁ, M., 2012. *Kraniocerebrální poranění a následná rehabilitační péče*. [online]. [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kraniocerebralni-poraneni-a-nasledna-rehabilitacni-pece-466791>
142. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2017-01-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
143. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004. [online]. [cit. 2017-01-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 8270-8316. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
144. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, 2011. [online]. [cit. 2017-01-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 115, s. 3970-3994. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
145. ZEMAN, M., 2013. *Základy fyzikální terapie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-403-2.
146. ZEMAN, M., 2014. *Fyzioterapie v systému zdravotnické rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 131-148. ISBN 978-80-7394-461-2.
147. ZÝKOVÁ, Š., 2014. *Vliv zvířat na naši psychiku*. [online]. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <https://www.zykova.cz/vliv-zvirat-na-nasi-psychiku/>
148. Žijte kvalitně, 2017. *Pomůcky pro hygienu*. [online]. [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.zijtekvalitne.cz/>

10 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1: Stupnice podle Hunta a Hesse pro klasifikaci SAK.

Příloha 2: Wernicke-Mannovo držení těla.

Příloha 3: Scénář otázek pro rozhovor.

Obr. 1: Složky dominující v KRHB.62

Obr. 2: Oznámkování spokojenosti s RHB v LRS Chvaly.82

11 Seznam zkratek

ADL – aktivity denního života (activities of daily living)

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

iCMP – ischemická cévní mozková příhoda

ICH – intracerebrální hemoragie

KP – komunikační partner

KRHB – koordinovaná rehabilitace

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LRS – léčebné a rehabilitační středisko

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

ONP – oddělení následné péče

OSN – Organizace spojených národů

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

RHB – rehabilitace

SAK – subarachnoidální krvácení

ÚP – úřad práce

VO – výzkumná otázka

ZoZ – zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění

ZP – zdravotní postižení

12 Přílohy

Příloha 1: Stupnice podle Hunta a Hesse pro klasifikaci SAK.

Tab. 4 Klasifikace subarachnoidálního krvácení

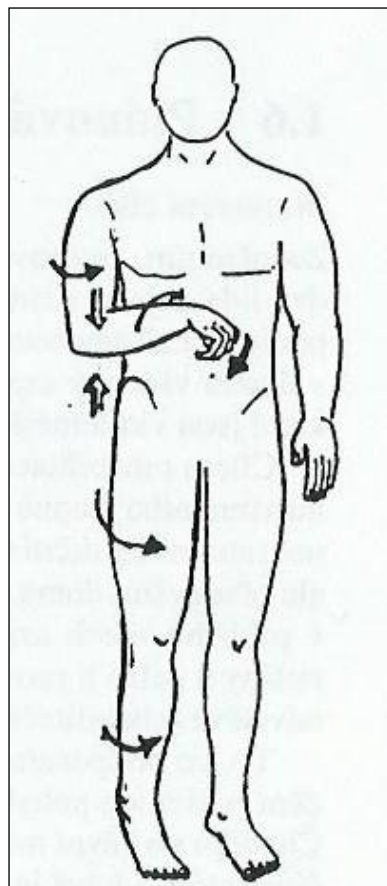
- Stupeň I – mírná bolest hlavy, lehká ztuhlost šíje, bez ložiskových klinických příznaků
- Stupeň II – prudká bolest hlavy, meningeální syndrom, paréza hlavových nervů
- Stupeň III – somnolence, lehké až středně těžké ložiskové příznaky
- Stupeň IV – sopor, středně těžké až těžké ložiskové příznaky (hemiparéza)
- stupeň V – kóma, decerebrační syndrom

Upraveno podle Hunta a Hesse

Obr. 3: Stupnice podle Hunta a Hesse.

Zdroj: Bauer, 2010.

Příloha 2: Wernicke-Mannovo držení těla.



Obr. 4: Wernicke-Mannovo držení těla.

Zdroj: WHO, 2004.

Příloha 3: Scénář otázek pro rozhovor.

Klienti

Pohlaví:

Věk:

1. Jak dlouho jste nyní v LRS Chvaly?
2. Jaké odborné aktivity/terapie podstupujete v LRS Chvaly? Jaká odborná aktivita dominuje ve Vaší léčbě?
3. Jak na sebe jednotlivé terapie/aktivity navazují? A čím? Kdo podle Vás jednotlivé terapie indikuje?
4. Vnímáte zde, že spolu jednotliví odborníci (lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut apod.) spolupracují? A jak podle Vás spolupracují?
5. Napomáhá Vám LRS Chvaly lépe se navrátit do běžného života? A jak? Čím?
6. Co považujete za hlavní bariéry bránící aktivnímu návratu se do běžného života, prostředí?
7. Jaký pokrok cítíte, že jste v LRS Chvaly udělal/a? Která aktivita/terapie je pro Vás nejprínosnější? Co Vám nejvíce pomáhá?
8. Myslíte si, že bude nutné pokračovat v rehabilitaci i po ukončení rehabilitační léčby v LRS Chvaly? Na jaké aktivity/terapie byste se případně chtěl/a zaměřit?
9. Jak byste spolupráci s odborníky z LRS Chvaly zhodnotil/a? Řekněte konkrétně, s čím jste spokojen/a nejvíce. Co hodnotíte jako dobré a přínosné v rehabilitační péči v LRS Chvaly? Proč?
10. Popište, co Vám v LRS Chvaly v rehabilitační péči naopak chybí. Jaká aktivita/činnost/terapie? S čím zde nejste spokojen/a? S jakou terapií/aktivitou? A proč?
11. Oznámkujte svou (ne)spokojenost s rehabilitační péčí od 1 do 5 (známkování jako ve škole 1- spokojen/a, 5 - nespokojen/a).
12. Zhodnoťte pozitiva/negativa rehabilitační péče v LRS Chvaly.

Odborníci

Pohlaví:

Odborná profese:

Délka praxe v zařízení:

1. Znáte pojem koordinovaná (ucelená, komplexní) rehabilitace? Jak byste ho charakterizoval/a?
2. Jaké složky koordinované rehabilitace dominují v LRS Chvaly při rehabilitaci u osob po CMP?
3. Jak na sebe jednotlivé složky rehabilitace navazují? Kdo rozhoduje/indikuje jednotlivé složky rehabilitace?
4. Spolupracujete s ostatními odborníky v LRS Chvaly při terapii u osob po CMP? Se kterými odborníky? A jakým způsobem?
5. Máte multidisciplinární porady ohledně terapie/rehabilitace klientů? Pokud ano, jak často? Popište, prosím, jejich průběh.
6. Co klientovi po CMP, podle Vás, nejvíce pomáhá, aby se navrátil zpět do běžného života? Jakým způsobem tento návrat podporujete? Máte nějaké programy/služby, které můžete klientovi po ukončení rehabilitace v LRS Chvaly nabídnout pro snadnější návrat do běžného prostředí? Spolupracujete s ostatními organizacemi vhodné pro osoby po CMP? Pokud ano, se kterými?
7. Kam klienti po rehabilitaci v LRS Chvaly nejčastěji odchází (domov, další rehabilitační středisko apod.)? Jaký je Váš subjektivní názor na to, zda je rehabilitace v LRS Chvaly dostatečná, vyhovující pro osoby po CMP, nebo je zapotřebí navštívit ještě další organizaci? Existuje něco, co byste v LRS Chvaly v rehabilitaci změnili/přidali? Pokud ano, co?
8. Jak jsou klienti, podle Vašeho mínění, s rehabilitační péčí spokojeni?
9. Jakým způsobem (ne)spokojenost klienta zjišťujete?