

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Ucelená rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě

Daniela Škarytková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Daniela Škarytková**
Osobní číslo: **Z10231**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Ucelená rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Realizace výzkumu.
5. Analýza a interpretace získaných výsledků.
6. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. VOTAVA, Jiří a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003. 208 s. ISBN 80-246-0708-5.
2. KALITA, Zdeněk a kol. Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management. Praha: Maxdorf, 2006. 623s. ISBN 80-85912-26-0.
3. TYRLÍKOVÁ, IVANA a kol. Neurologie pro nelékařské obory, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 306 s. ISBN: 978-80-7013-540-2.
4. PFEEIFER Jan. Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
5. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ, a Karel NEUBAUER. Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy. Hradec Králové: Gaudeamus 2012. 135 s. ISBN: 978-80-7435-174-7.

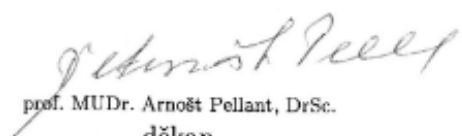
Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **15. července 2013**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Daniela Škarytková

Poděkování:

Děkuji vedoucí práce, paní PaedDr. Zdence Šándorové PhD., za cenné rady, trpělivost a vstřícnost, kterou mi věnovala při realizaci bakalářské práce.

Děkuji také pacientům/klientům, kteří mi poskytli své cenné informace a spolupráci při tvorbě výzkumné části této bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Ucelená rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě“ je prací teoreticko – výzkumnou.

Teoretická část je zaměřena na souhrn poznatků z oblasti ucelené rehabilitace, která pojednává o léčebné, sociální, pracovní i pedagogické rehabilitaci u osob cílové skupiny pacientů/klientů po cévní mozkové příhodě. Zabývá se také poznatky medicínskými o onemocnění.

Data pro výzkumnou část byla získána prostřednictvím rozhovorů s pacienty/klienty. Z nichž byly sestaveny případové studie pacientů/klientů a následným polostrukturovaným rozhovorem proběhlo vlastní šetření. Výsledky výzkumu jsou slovně vyhodnoceny.

Klíčová slova

cévní mozková příhoda
ucelená rehabilitace
multidisciplinární tým

Annotation

Bachelor's work called „Comprehensive rehabilitation of patients with brain stroke“ is theoretical research work.

Theoretical part focuses to summary information about comprehensive rehabilitation, which deals with curative, social, occupational and educational rehabilitation of targeted group of patients with brainstroke. The work also applies to medical knowledges about the disease.

The data for research part were gained by conversations with patients/clients from which were formed patients'/clients' case studies and by subsequent semi-structured interview the own inquiry went off. Research results are verbally evaluated.

Key words

brain stroke
comprehensive rehabilitation
multidisciplinary team

Obsah

I.	Teoretická část.....	8
	Úvod.....	8
1	Ucelená rehabilitace	10
2	Definice cévní mozkové příhody	13
2.1	Klasifikace cévních mozkových onemocnění	14
2.1.1	Ischemická cévní mozková příhoda	14
2.1.2	Hemoragická cévní mozková příhoda	14
2.2	Klinické příznaky CMP a diagnostika.....	14
2.2.1	Rizikové faktory cévních mozkových příhod	15
2.2.2	Diagnostika mozkových nemocí	16
3	Medicínská terapie	16
3.1	Nespecifická léčba CMP	16
3.2	Specifická léčba CMP	17
4	Ucelená rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě	19
4.1	Léčebná rehabilitace.....	19
4.1.1	Principy léčebné rehabilitace.....	20
4.2	Sociální rehabilitace	21
4.2.1	Hmotné zajištění.....	22
4.3	Pracovní rehabilitace	23
4.4	Pedagogická rehabilitace.....	24
II.	Výzkumná část.....	26
5	Hlavní cíl a dílčí cíle	27
5.1	Otázky pro rozhovor.....	27
5.2	Metodologie, výzkumné techniky a výzkumný plán.....	28
5.2.1	Kvalitativní výzkum	28
5.2.2	Výzkumný vzorek	29
6	Interpretace výsledků výzkumu.....	30
6.1	Dílčí cíl číslo 1. Sestavení případových studií pacientů/klientů	30
6.1.1	Případové studie	30
7	Individuální rozhovory	36
7.1	Dílčí cíl číslo 2. Zjistit, co si pacient/klient představuje pod pojmem rehabilitace a ucelená rehabilitace.	36
7.2	Dílčí cíl číslo 3. Zjistit, jak je ucelená rehabilitace aplikována v akutní fázi CMP a u následné péče.....	37
7.3	Dílčí cíl číslo 4. Zjistit, co by pacient/klient doporučil pro zvýšení efektivity v oblasti rehabilitace, náměty, připomínky (otázky č. 6, 7, 8, 9)	41
	Závěr	47

I. TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

V současné době se cévní mozkové příhody (dále jen CMP) dostávají na přední pozice v úmrtnosti, hospitalizaci pacientů a neustále se zvyšuje i počet přiznaných invalidních důchodů právě pro stav po CMP. Z Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky vyplývá, že v roce 2010 proběhlo celkem 57 484 hospitalizací pro CMP a během nich zemřelo 5 826 osob. V roce 2010 bylo pro stav po CMP přiznáno 686 invalidních důchodů. Neblahým jevem je i stále se zvyšující procento pacientů/klientů v produktivním věku. (Zvolský, 2012)

Vzhledem k aktuálnosti dané problematiky se předkládaná bakalářská práce věnuje shrnutí teoretických poznatků z oblasti ucelené rehabilitace a onemocnění CMP, ale i kvalitativnímu hodnocení procesu léčby s důrazem na následnou rehabilitaci osob s touto diagnózou.

Úvod teoretické části vymezuje a analyzuje pojem ucelená rehabilitace v obecné rovině z pohledu několika autorů. Teoretická část uvádí do zvolené problematiky a je především terminologickým východiskem pro druhou, empirickou část.

V následující kapitole práce mapuje medicínskou terminologii související s CMP. Zaměřuje se především na definování pojmu, rozdělení jednotlivých typů onemocnění, příčin i rizikových faktorů a základních postupů v léčbě pacientů s touto diagnózou. Znalost základní zdravotnické teorie je nutná jednak pro vhodnou podporu a péči o pacienta odbornými zdravotnickými pracovníky v procesu rehabilitace, jednak pro práci (zdravotně) sociálního pracovníka, který se v problematice musí orientovat z důvodu navržení vhodné péče a služeb v sociální oblasti.

Ve čtvrté kapitole teoretické části jsou analyzovány jednotlivé složky ucelené rehabilitace specifikované pro cílovou skupinu osob po CMP. Blíže jsou zde rozpracovány složky ucelené rehabilitace – léčebná včetně základních principů, na ně velmi úzce navazuje sociální rehabilitace, která je zaměřena do oblasti podpory pacientů/klientů. K soběstačnosti v jejich přirozeném sociálním prostředí a k jejich hmotnému zajištění. Pracovní rehabilitace je popisována vzhledem ke stále se snižující věkové hranici cílové skupiny, není opomenuta ani pedagogická rehabilitace.

Výzkumná část bakalářské práce si klade za úkol realizovat a vyhodnotit

výzkumné šetření tak, aby mohl být naplněn cíl práce. Pro výzkum byla zvolena metoda případových studií a rozhovorů, jejichž předmětem je postoj pacientů/klientů k realizaci ucelené rehabilitace. Podle výsledků výzkumu bude možné posoudit současný stav procesu ucelené rehabilitace u diagnózy CMP, ale také přispět ke zlepšení rehabilitační péče v praxi. Výzkumná část se zaměřuje na naplňování potřeb informantů především z hlediska jejich návratu do přirozeného sociálního prostředí a obnovy či zlepšení jejich tělesných funkcí, které jsou v důsledku CMP omezeny.

1 Ucelená rehabilitace

Pojem rehabilitace se začal užívat ve smyslu léčebných postupů vedoucích k znovuzískání funkční schopnosti pacienta již v 19. století. Samotný pojem ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu *comprehensive rehabilitation*, který značí složitost celého procesu rehabilitace. (Neubauerová, 2012 s. 11)

„Optimálním výsledkem rehabilitace je proto odstranění všech důsledků nemoci či úrazu.“ (Votava, 2003 s. 9)

Přesto byl pojem rehabilitace spojován především se zdravotnickými zařízeními a z pohledu ucelenosti pouze s jednou její složkou, a to léčebnou rehabilitací. Pod pojmem rehabilitace si většina populace představí cvičení, masáže a jiné procedury léčebné složky rehabilitace.

Podle definice Světové zdravotnické organizace (dále WHO) zdraví, které je považováno za stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, je nutné i do ucelené rehabilitace zařadit části, které se budou zabývat psychickými i sociálními potřebami pacienta a nejen odstraněním somatických obtíží. Hlavním účelem ucelené rehabilitace je proto co nejlepší možný rozvoj či znovuoobnovení původních funkcí orgánů, které byly v důsledku postižení centrálního nervového systému mozkovou příhodou omezeny.

WHO definovala roku 2006 rehabilitaci jako

„soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání. Poskytování rehabilitace ve všech jejích oblastech se proto musí řídit jednotnými základními principy, kterými jsou: včasnost; komplexnost, návaznost a koordinovanost; dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost.“ (www.mpsv.cz 25.3.2013)

*„Jesenský (1995) užívá pro ucelenou rehabilitaci termín *komprehensivní rehabilitace* a rozčleňuje ji z hlediska souborů dílčích úkolů, použitých prostředků a institucionalizace na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní.“* (Slouková, 2010, s.17)

Votava in Neubauerová uvádí, že

„o ucelené rehabilitaci mluvíme, pokud následky nemoci či postižení nemohou být řešeny pouze zdravotnickými prostředky, a stav je trvalý či dlouhodobý, pokud nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit“ (Votava 2003 in Neubauerová et al, 2012, s. 11) *„Ucelenost v rehabilitaci znamená hlavně včasnost, návaznost jednotlivých složek a také všestrannost.“* (Jakobová in Neubauerová 2012, s 11.)

Ačkoli je ucelená rehabilitace pacientům v České republice poskytována, není v právním řádu nijak specifikována. Zákony specifikují pouze jednotlivé složky ucelené

rehabilitace, nikoli ucelenou rehabilitaci jako celek. (www.nrzp.cz, 25. 3. 2012)

V případech, kde není možný návrat k původnímu stavu, dochází k takzvané kompenzaci, což znamená nahrazení ztracené funkce jiným mechanismem, nebo k využití protetických a ortopedických pomůcek. (Votava, 2003, s. 9)

Autoři Seidl a Obenberger (2004, s. 342) uvádí, že rehabilitace je činnost s cílem ideálního obnovení všech schopností jedince, které byly z důvodu úrazu nebo nemoci omezeny.

Dle Čevely a Čeledové z odboru posudkové služby Ministerstva práce a sociálních věcí je rehabilitace vnímána jako

„koordinovaný proces složený z rehabilitace léčebné, psychologické, rodinné, volnočasové, ale také sociální, výchovné, pracovní, a nově úrazové.“ Za stěžejní je pak považována oblast léčebné rehabilitace pro další úspěšnost návazných oborů ucelené rehabilitace. (www.mpsv.cz, 25. 03. 2013)

Z výše uvedených vymezení pojmu rehabilitace je zřejmé, že se zabývá biopsychosociálním stavem pacienta. Nemělo by se však jednat pouze o fyzický stav ve smyslu odstranění nemoci a jejích následků, ale i o psychický a sociální stav pacienta, jeho schopnosti pracovat, rozvíjet své zájmové činnosti a dle deklarace OSN (1993) *„v porovnání příležitostí osob se zdravotním postižením s osobami nepostiženými.“* (Votava 2003, s. 15)

Votava uvádí, že

„aby byla rehabilitace ucelená, musí se definitivně skládat z několika (nejméně dvou) složek, jejichž provádění musí být vzájemně propojeno (koordinováno).“ (Votava 2004, s. 15)

V praxi bývá do souboru ucelené rehabilitace nejčastěji zapojována složka rehabilitace léčebné, sociální, pedagogická nebo pracovní.

Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením se prvně v roce 1998 hlouběji zabýval cíli rehabilitace, jako je snížení důsledků handicapu za předpokladu využití zbývajících funkcí organismu, rozvojem vědomostí a pracovních a sebeobslužných činností tak, aby osoba se zdravotním postižením mohla vést kvalitní život i s náhradními mechanismy. (Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, 1998) Specifikací jednotlivých složek ucelené rehabilitace se budu zabývat ve čtvrté kapitole.

Shrneme-li informace, pak ucelená rehabilitace je soubor meziřesortních činností,

které spolu vzájemně kooperují tak, aby pacient dosáhl co nejvyššího rozvoje osobnosti a aby byly naplněny všechny jeho potřeby.

Do rehabilitačního týmu tedy zařazujeme lékaře, fyzioterapeuty a ergoterapeuty, klinického psychologa, (zdravotně) sociálního pracovníka a další odborníky, které může stav pacienta vyžadovat (logoped, speciální pedagog, pracovník pracovní rehabilitace...)
(Neubauerová, 2012 s. 11)

2 Definice cévní mozkové příhody

V této kapitole se práce zaměří na definici CMP. Znalost medicínské terminologie o nemoci, příčinách vzniku, průběhu léčby a možných následků CMP je nutná, aby zdravotně sociální pracovník pochopil základní principy ošetrovatelské péče a diagnózu pacienta proto, aby mu co nejlépe s ohledem na jeho individualitu mohl nabídnout optimální možnosti sociální rehabilitace, především v oblasti ekonomického zajištění.

Do náplně práce zdravotně sociálního pracovníka spadá také koordinace činnosti a spolupráce se všemi rehabilitačními odborníky v multidisciplinárním týmu tak, aby péče o pacienta/klienta byla komplexní a optimalizovaná k individuálním potřebám a možnostem pacienta/klienta.

Po onemocnění kardiovaskulárního systému a nádorových nemocí jsou cévní mozkové příhody třetí nejčastější příčinou smrti ve vyspělých státech. Incidence CMP se výrazně zvyšuje s věkem. V současné době se jedná o druhou nejčastější příčinu smrti v rozvojových zemích. (Tyrlíková, Bareš 2012, s. 124) Z informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že v České republice jsou CMP druhou nejčastější příčinou hospitalizací. Celkem v roce 2010 na cévní mozkové nemoci zemřelo 11 567 osob, což představuje 10,8 % všech úmrtí v daném roce. V tomto roce bylo přiznáno 686 invalidních důchodů na diagnózu cévních mozkových příhod. (Zvolský, 2012)

WHO uvádí, že CMP je soubor rychle se rozvíjejících klinických známek ložiskového mozkového postižení, které trvají déle než 24 hodin nebo vedou ke smrti, pokud klinické, laboratorní a základní zobrazovací vyšetření nesvědčí pro jinou příčinu neurologického deficitu. (Bauer in Lorencová, 2009 s. 10)

Autoři Seidl a Obenberger (2004, s. 190) definují cévní mozkovou příhodu jako *„akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (event.. do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.“*

Z výše uvedených údajů je jisté, že v případě cévních mozkových atak se jedná o velmi závažné neurologické onemocnění, které ohrožuje postiženého na životě. Tento život ohrožující stav je nutné co nejrychleji diagnostikovat a následně co možná nejdříve zahájit správnou léčbu dle typu a stupně postižení mozkové tkáně.

Poruchy krevního zásobení mozku mohou být způsobeny poškozením cév, které zásobují mozkovou tkáň, dále srdečními nebo hematologickými chorobami.

2.1 Klasifikace cévních mozkových onemocnění

Hlavní příčinou vzniku cévních mozkových příhod je přerušení nebo nedostatek zásobení krví v mozkové tkáni. K těmto stavům dochází ze tří nejčastějších příčin. Buď se jedná o ucpaní tepny přivádějící krev do mozku, tedy ischemická CMP, nebo se jedná o rupturu cévy v mozku, tzv. hemoragická CMP, či o subarachnoidální krvácení.

2.1.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemie neboli nedokrevnost tkáně či orgánu je stav, který vede k poškození až k odumření postižené oblasti lidského těla. Podstatou je nedostatek kyslíku a živin, které by měla krev rozvádět po tkáni a současně se zde hromadí odpadní produkty metabolismu této tkáně, jež jsou krví odváděny. (Vokurka, Hugo, 2008, s. 217) Při ischemické CMP dochází k uzávěru mozkové cévy a cévou vyživovaná tkáň následně nemá dostatek kyslíku a živin, z tkáně nejsou odváděny zplodiny. V případě, že tento stav trvá delší dobu, dochází k nekróze, tedy ke smrti buněk v postižené oblasti. Tento stav bývá označován jako mozkový infarkt. Tyto případy představují cca 80 % cévních mozkových nemocí.

Příčiny ischemie mohou být různé, nejčastější je ateroskleróza mozkových tepen či embolie. (Tyrlíková, Bareš, 2012, s. 124)

2.1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Mozková krvácení způsobují ruptury mozkových cév a následné vylití krve do mozkové tkáně, která v důsledku nedostatku kyslíku a živin a nadbytku odpadních látek metabolismu buněk velmi brzy ztrácí svou funkci.

Jsou známy dva základní typy mozkové hemoragie podle místa prasklé cévy – na povrchu mozku se jedná o subarachnoidální krvácení. (Kalita, Z. in Slouková L. 2010, s. 8) Avšak v některé literatuře se můžeme setkat se subarachnoidálním krvácením jako se samostatným typem mozkové příhody. V případě cévy uvnitř mozku se jedná o intracereberální krvácení. U některých pacientů může dojít k ruptuře v oblasti mozkových komor, pak jde o intraventriculární krvácení. (Tyrlíková, Bareš 2012, s 124)

2.2 Klinické příznaky CMP a diagnostika

Vzhledem k neustálé potřebě mozkové tkáně být zásobena kyslíkem a glukózou je zřejmé, že pokud z jakékoliv příčiny dojde k omezení průtoku krve, dochází ihned

k rozvoji příznaků.

Mozkové příznaky jsou charakterizovány náhlým vznikem neurologických příznaků (poruchy vědomí, bolesti hlavy, záchvaty, pocity na zvracení – zvracení, motorické poruchy – ochablé svaly, afázie, poruchy smyslů, otok mozku, ...) (Kalita, Z. 2006)

Dle Richardse a Edwardse (2004) in Slouková (2010) jsou klinické příznaky tyto: náhlý začátek, bolesti hlavy a závratě, záchvaty, zvracení, poruchy motoriky, afázie, smyslové poruchy, zhoršování stavu vědomí v závislosti na velikosti otoku mozku, ochablost postižených svalů, postupná spasticita.

Konkrétní příznaky iktů závisí na lokalizaci ataky. Nejčastěji to jsou poruchy hybnosti končetin (parézy, plegie), poruchy čítí, řeči, porozumění řeči (afázie), postižení schopnosti číst (alexie), psát (agrafie) nebo počítání (akalkulie), poruchy zraku, hlavových nervů, poruchy mikce, poruchy polykání (dysfagie), poruchy paměti a chování, neklid, zmatenost a další. Také se objevuje různý stupeň poruch vědomí od somnolence po kóma.

Podle WHO z roku 2004 se u pacientů postižených cévní mozkovou příhodou vyskytují tyto obtíže: ztráta normálních kontrolovaných pohybů (z důvodu změny svalového tonu); nastávají obtíže během polykání zvané dysfagie (pramení z oslabení svalů tváří, čelistí, jazyka a polykacích svalů hrozí ohrožení aspirací); častým jevem je inkontinence močového měchýře a střeva; ztráta smyslového vnímání; psychologické obtíže a emocionální rozladěnost (často deprese, sebelítost, úzkost, časté změny nálad...); může dojít k postižení paměti, prostorového vnímání, soustředěnosti; a v neposlední řadě vznikají také sociální dysfunkce izolace od rodiny i společenského prostředí pacienta, snížení rodinných příjmů z důvodu pracovní neschopnosti postiženého CMP, ...) (Lorencová, 2009, s. 15)

2.2.1 Rizikové faktory cévních mozkových příhod

Kalita (2006) uvádí, že tak jako u jiných onemocnění i u CMP jsou rizikové faktory neovlivnitelné, mezi které řadíme genetické dispozice, věk, pohlaví a rasu, a ovlivnitelné jako jsou hypertenze, nemoci srdce, diabetes mellitus, kouření a životní styl. Dle výzkumů je systolická hypertenze významnějším faktorem než hypertenze diastolická, což platí u všech druhů iktů.

Neprokázanými rizikovými faktory jsou alkohol, požívání návykových látek, orální antikoncepce, migrény. Dle autorů Seidla a Obenbergera (2004) se rizikové faktory

mezi sebou nesčítají, ale násobí.

2.2.2 Diagnostika mozkových nemocí

Pro správnou léčbu cévní mozkové příhody je v první řadě nutná okamžitá první pomoc. Rychlý transport do specializovaného pracoviště snižuje riziko trvalých následků. Neméně důležitá je i správná medicínská diagnostika, která určí další směr terapie mozkové nemoci dle konkrétního typu a místa postižení.

K průkazu hemoragie či ischemie se dnes využívá počítačové tomografie (CT).

„Rentgenologické vyšetření je založeno na zobrazování příslušné oblasti těla ve vrstvách a na počítačovém vyhodnocení i drobných rozdílů v pohlcování rentgenového záření mezi jednotlivými kousky tkáně a orgánu. Výsledný obraz je podobný řezu příslušnou částí těla s dobře viditelnými normálními, event. chorobnými strukturami. Ke zvýraznění rozdílů se někdy podává kontrastní látka.“ (Vokurka, Hugo, 2008, s.72)

Je nutné, aby rentgenologická pracoviště při cévním onemocnění mozku nebo vážném podezření na něj akceptovala indikaci k akutnímu CT a EKG vyšetření. Významný vliv na výsledný stav má především včasný průkaz ischemické, hemoragické či jiné příčiny krvácení. (Kalina, 2002).

K dalším doplňujícím diagnostikám patří například angiografie, vyšetření cév pomocí kontrastní látky a zobrazovací rentgenologické metody.

Doplňujícím vyšetřením při příjmu pacienta s CMP je i elektrokardiografie či nukleární magnetická rezonance, tedy metoda, která umožňuje zobrazování různých orgánů, jenž je dobře rozeznatelný chorobný stav od normálního. Dále mohou lékaři také využít pomocných biochemických či hemokoagulačních vyšetření.

Pro léčbu akutní CMP je nejdůležitější včasná první pomoc, transport do specializovaného iktového centra a správná diagnostika typu a místa poškození mozku i jeho rozsahu. Léčbu mozkových příhod můžeme rozdělit do dvou skupin: nespecifické a specifické.

2.3 Medicínská terapie

2.3.1 Nespecifická léčba CMP

Po přijetí pacienta je důležité minimálně 72 hodin sledovat jeho životní funkce. Proto jsou po akutní CMP pacienti přijímáni na jednotky intenzivní péče. Je nutné hlídat pacientův neurologický stav, srdeční rytmus, krevní tlak, teplotu, saturaci krve kyslíkem. Měření krevního tlaku je velmi důležité z důvodu rizika vzniku mozkové hemoragie při

tlaku vyšším než 185/110 mmHg.

Pacientům může také vzhledem k funkcím postižené oblasti mozku a následně oblasti, kterou má inervovat, hrozit aspirace. Nutné je tedy i vyšetření obtíží při polykání. V akutní fázi CMP je také vhodné sledovat hladinu cukru v krvi, tedy glykémii. Při akutní CMP totiž není výjimečná hyperglykémie i u osob, které se běžně s diabetem neléčí.

Stejnou důležitost, jako má monitorování fyziologických funkcí, má i dodržování hydratace pacienta. Včasné zahájení výživy napomáhá také snížení rizika komplikací a napomáhá k léčbě.

V důsledku neurologického deficitu jsou pacienti upoutáni na lůžko, tudíž může hrozit vznik tromboembolické nemoci (dále TEM). Nejúčinnější prevencí TEM je právě dostatečný příjem tekutin, časná mobilizace (alespoň rehabilitace pacienta na lůžku, ev. bazální stimulace), aplikace nízkomolekulárního heparinu spolu s bandážemi dolních končetin nebo využitím kompresivních punčoch.

Mezi 2. a 5. dnem po mozkovém infarktu se objevuje mozkový edém. Proto je při léčbě ischemické CMP nezbytné myslet i na tento život ohrožující stav a léčit jej. Terapií je elevace trupu a hlavy o 30%, tišit bolest a mírnit neklid. V některých závažných stavech je nutné přistoupit k chirurgické léčbě a provést dekompresi.

„Velká část komplikací po CMP (pneumonie, hluboké žilní trombózy a další komplikace) jsou způsobeny imobilizací. Proto je časná mobilizace základním předpokladem prevence, případně léčby těchto komplikací. Rehabilitace je většinou indikována druhý den po vzniku CMP a její intenzita záleží na schopnostech spolupráce s pacientem.“ (Tyrliková, 2012 s. 134)

Výjimečně není ani zhoršení psychického stavu, i psychika proto hraje v léčbě všech nemocí jistou roli. Součástí léčby je tedy i pohovor s klinickým psychologem.

2.3.2 Specifická léčba CMP

Cílem specifické léčby je vyléčit pacienta, což v případě ischemické mozkové příhody znamená zprůchodnění cév v mozku a obnovení průtoku krve mozkem neboli rekanalizace. Znamená to odstranění příčiny neprůchodnosti cévy. (Tyrliková, 2012, s. 135)

Brichta in Tyrliková, Neurologie pro sestry (2005, s. 135) uvádí, že největší nadějí na úspěšnou léčbu je její včasné zahájení, tzn. podání léčiv v období tzv. terapeutického okna, které trvá od 6 do 12 hodin od vzniku CMP.

Intravenózní trombolýza znamená nitrožilní podání léku rozpouštějícího krevní sraženinu (trombus). Indikace k nitrožilnímu podání plazminogenu se mění, standardně je pacientovi podáno 10 % dávky ihned a zbylých 90 % pak ve formě 60minutové infuze. Alternativní, avšak ne často využívanou metodou, je aplikace trombololytika intraarteriálně. (Tyrlíková, Bareš, 2012, s. 135)

Specifická terapie u krvácivých CMP je odlišná od ischemické, ale liší se i mezi jednotlivými typy hemoragie. Při intracereberálním krvácení léčba závisí na příčině vzniku krvácení a jeho lokalizaci i rozsahu.

„U hemoragických mozkových příhod je v některých případech indikován operační neurochirurgický zákrok. Účelem je odstranění nebo zmenšení hematomu, který utlačuje svými rozměry a okolním edémem ostatní části mozku, zejména při krvácení do mozečku.“ (Tyrlíková, 2005 str. 136)

Chirurgická evakuace hematomu neboli jeho odsátí může být indikována i u krvácení v blízkosti mozkového povrchu. U pacientů, jejichž hemoragie vznikla v důsledku poruchy srážlivosti krve nebo po užití antikoagulačních medikamentů, je specifickou terapií podání koagulačních faktorů.

Léčba subarachnoidálního krvácení spočívá v přesné diagnostice příčiny vzniku hemoragie a jejího odstranění.

Dle Tyrlíkové a Bareše (Neurologie pro nelékařské obory, 20012, s. 126) je nejčastějším důvodem aneurysma, tedy výduť mozkových tepen, jejichž rupturou vzniká právě krvácení do subarachnoideálního prostoru. (Vokurka, Hugo, 2008, s. 21) Tento stav je nejčastěji léčen klasickou chirurgickou operací, při které je aneurysma zaklipováno, případně neuro-intervenční terapií. (Tyrlíková, Bareš, 2012, s. 136)

3 Ucelená rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě

Tato kapitola se zabývá jednotlivými složkami rehabilitace, které budou blíže specifikovány pro cílovou skupinu osob po CMP.

Již v devadesátých letech Helsinská deklarace stanovila některé zásady prevence, diagnostiky a terapie, které měly vést k co nejlepšímu managementu péče o pacienty s cévními mozkovými příhodami.

V České republice sice začaly vznikat specializované iktové jednotky, avšak jejich péče se soustředí především na poskytování akutní nikoli komplexní rehabilitační péče. Adekvátní rehabilitace není bohužel vždy plně dostupná všem pacientům a obvykle není ani specializována přímo k cílové skupině. Návazné a podpůrné služby pro tyto pacienty se hledají s velkými obtížemi, a proto je péče velmi tříštěna a nedostatečně koordinována.

Z těchto příčin je pak více pacientů nuceno využívat systému dlouhodobé péče, namísto aby plně využívali svých možností a dovedností žít ve vlastních domácnostech, pracovat a podílet se na životě společnosti.

Dle diskusního materiálu MPSV o dlouhodobé péči ani spolky pacientů s touto diagnózou nemají dostatečné možnosti, aby vyplnily služby chybějící v systému rehabilitace CMP. (www.mpsv.cz, 25. 3. 2012)

3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je považována za součást zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Dle Votavy (2003) je léčebná rehabilitace poskytována ve zdravotnických zařízeních. V zákoně č. 372/2011 Sb., O zdravotnických službách § 46 odst. c) je uvedeno, že *„je poskytovatel povinen zajistit, aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace.“*

Léčebnou rehabilitaci zajišťuje tým odborníků různých zdravotnických oborů. U osob s cévní mozkovou nemocí je nutné k léčebné rehabilitaci přistupovat již v průběhu akutní intenzivní péče.

Dle Votavy (Neurologie pro praxi 2001/4) má za cíl napomoci pacientům spontánně upravit hybnost, nácvik chůze a soběstačnosti, kompenzace trvalých následků, ovlivňování poruch řeči, poznávacích procesů, psychických poruch, poruch močení aj.

Léčebná rehabilitace by měla být podle Votavy (Neurologie pro praxi 2001/4)

zajištěna týmem, v němž je důraz kladen na úlohu ergoterapeuta. Dalšími členy léčebně rehabilitačního týmu jsou rehabilitační lékař, fyzioterapeut, psycholog, logoped a protetický pracovník.

Pacient i jeho příbuzní si musí být vědomi toho, že cíle rehabilitační péče se v průběhu nemoci mění podle aktuálního stavu a schopností pacienta, avšak obvykle se zaměřuje na několik cílů současně. Nejčastěji jimi jsou:

„podpora spontánního návratu mozkových funkcí, zabránění vzniku sekundárních poruch, nácvik denních činností a aktivního pohybu s použitím pomůcek k dosažení maximální soběstačnosti, při přetrvávajícím trvalém postižení nácvik substitučních mechanismů, rehabilitace řeči a kognitivních poruch, vytvoření podmínek pro plné životní, případně pracovní začlenění motivace pacienta k aktivnímu přístupu k životu.“ (Votava, 2001)

3.1.1 Principy léčebné rehabilitace

Shrneme-li kapitolu o CMP, základním předpokladem pro zotavení pacienta je včasný transport do specializovaného centra, správná a včasná diagnostika a dle ní brzké zahájení optimální terapie. S rehabilitačním cvičením je také dobré neotálet. S cvičením se začíná co nejdříve, avšak je třeba dbát na stav pacienta. Obvykle se rehabilitovat začíná polohováním a pasivním cvičením již třetí den od počátku nemoci či dva dny po stabilizaci stavu pacienta.

V rámci prevence možných komplikací se provádí polohování a pasivní cvičení. Spolu s postupným zlepšováním stavu a ochotě spolupracovat se přidává aktivní cvičení tak, aby pacient/klient mohl rehabilitovat i sám bez přítomnosti rehabilitačního pracovníka. Avšak neustále je třeba mít na paměti, že výběr rehabilitační metody a jednotlivých cviků má provést zkušený a školený fyzioterapeut.

Po zhruba dvou týdnech se začíná navracet volná hybnost. V tomto stádiu pacient/klient může postupně začít trénovat rovnováhu, stoj, chůzi a následně i mobilitu.

Hybnost horní končetiny bývá znovuobnovována pomaleji, mohou se objevit i delší a častější reziduální období. *„Pro zajištění optimálních výsledků je důležitá dlouhodobá rehabilitace s návazností jednotlivých etap.“ (Votava, 2001)*

Votava také udává, že až u 50 % pacientů/klientů se vyskytují obtíže při polykání a při řeči. Neméně důležitým členem rehabilitačního týmu je klinický logoped. Nácviku řeči je nutné pozitivně motivovat jak pacienta, tak ostatní pracovníky v týmu a členů jeho rodiny i osob z okolí pacienta.

Nejčastější poruchy řeči způsobené následky cévního poškození mozku jsou afázie, dysartrie, řečová apraxie či dyspraxie. I v tomto případě je nutná přesná diagnostika od zkušeného logopeda.

Nelze vynechat ani poruchy polykání. Přestože jsou při stavech po mozkových příhodách časté, v mnohých případech bývají přehlíženy. Při řešení obtíží polykání by mělo dojít ke spolupráci logopeda s ergoterapeuty a dietní sestrou. Pacientovi by měli sestavit vhodný jídelníček a stimulovat polykací akt. S postupným obnovováním řečových schopností a zlepšováním polykání se zaměřujeme na nácvik běžných denních činností a soběstačnosti.

V neposlední řadě je v kompetenci fyzioterapeuta i výběr vhodných kompenzačních pomůcek pro pacienta a sžití se s nimi, rehabilitaci kognitivních funkcí a počátek předpracovní rehabilitace. (Votava, Neurologie pro praxi 2001)

3.2 Sociální rehabilitace

„Život každého jedince je protkán celou řadou sociálních událostí, které je nucen nějakým způsobem neustále řešit. Sociální události se netýkají jen jeho samotného, ale také členů jeho rodiny, přátel.“ (Zemková, 2010) Již v průběhu akutní léčby a při počátcích rehabilitace léčebné proto navazuje spolupráci s pacientem a jeho rodinou sociální pracovník v rámci rehabilitace sociální. Smyslem této spolupráce je jednak návrat pacienta do jeho vlastního prostředí – bytu, města... a také zařazení zpět do komunity a společnosti. Významným úkolem je i zajištění hmotných prostředků pro pacientův další život. (Votava, 2001)

„Pojem sociální rehabilitace není přesně vymezen, a to ani v právním řádu ČR. Přesto se týká však osob se zdravotním postižením, nezávisle na věku, od časného dětství do pozdního stáří, a je tedy významnou složkou ucelené rehabilitace.“ (Votava, 2005)

Oblast sociální rehabilitace je upravena zákonem č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, v platném znění a to pouze jako druh sociální služby. Dle tohoto zákona je definována takto:

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem či výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálu a kompetencí.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 70)

Je poskytována ambulantně či formou terénní péče nebo také v pobytových zařízeních center sociálně rehabilitačních služeb.

Aby spolupráce zdravotních a sociálních pracovníků nebyla příliš oddělená, obě odvětví by měla velmi úzce spolupracovat a svou práci propojovat a navazovat. „*Zdravotní problémy jsou často doprovázeny sociálními a naopak.*“ (Kalvach a kol. s. 467) Avšak v tomto směru velmi často narážíme na problém chybějícího zákona o ucelené rehabilitaci či dlouhodobé péči o osoby se zdravotním postižením. Také Votava (2005) udává, že sociální péče má úzce navazovat na léčebnou, což odůvodňuje tím, že každý z nás od narození patří do nějaké sociální skupiny a v ní vzniklé sociální vazby si jedinec udržuje i v průběhu hospitalizace. Cílem sociální rehabilitace má proto být i pomoc při vytváření vhodných podmínek pro návrat pacienta do jeho sociálního prostředí, rozvoj soběstačnosti a samostatnosti.

I samostatnost a rozvoj soběstačnosti jsou důležitým cílem léčebné rehabilitace, a proto je potřebná provázanost obou oborů a spolupráce. Liší se pouze cesta, s jakou se oba obory dobírají stejného výsledku. Odlišné jsou metody a techniky jednotlivých sociálně rehabilitačních a léčebně rehabilitačních činností.

Jesenský (1995) uvádí, že „*podstatou sociální rehabilitace je úsilí o rozvoj uchovaných schopností a na jejich základě úsilí o prevenci nebo alespoň zvrácení defektivitu.*“ (neboli následek defektu, který vede k poruše celistvosti jedince). Jedinec, který své postižení získal v průběhu života, je více ohrožen narušením vývoje osobnosti a negativněji vnímá i závislost na pomoci druhých a společnosti jako celku.

Ludíková do cílů sociální rehabilitace přidává i práci s rodinou, aby přijala handicapovaného jedince takového, jaký je. Aby se seznámila s možnostmi léčby a léčebné rehabilitace, ale i s dalšími možnostmi rozvoje, podpory, obnovení či napravení narušených vztahů v rodině v důsledku vzniklé poruchy zdraví, a to všemi členy rodiny. Avšak rodinná problematika v některých případech může být oddělena do samostatné složky komprehenzivní rehabilitace. (Ludíková, 2005)

3.2.1 Hmotné zajištění

V Listině základních práv a svobod je stanoveno, že „*občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele.*“ V článku 31 Listiny je pak stanoveno právo na zdravotní pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění ze zákonem stanovených podmínek.

V České republice jsou občané zabezpečeni z několika zdrojů: důchodovým pojištěním – invalidní důchody; dávkami státní sociální podpory (např. příspěvek na

bydlení), nepojistnými sociálními dávkami (příspěvek na péči, na mobilitu, na zvláštní pomůcku) a nárokem na bezplatnou zdravotní péči a základní zdravotní pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění.

Invalidními důchody se zabývá zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, kterým je stanoveno, že nárok na invalidní důchod má osoba mladší 65 let, která se stala invalidní v důsledku pracovního či jiného úrazu nebo nemoci. To znamená, že v důsledku dlouhodobě nepříznivého stavu zdraví byla snížena jeho pracovní schopnost.

Výše invalidního důchodu se vypočítává dle zákona jednak procenty z průměrné mzdy a jednak stupně přiznané invalidity.

Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách zaručuje „osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby“ příspěvek na péči, tedy finanční prostředky od státu, který se jím účastní na hrazení sociálních služeb či jiné pomoci pro osoby, které nejsou samy schopny své základní potřeby naplňovat vlastními silami.

„Při posuzování stupně závislosti se hodnotí tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.“ (zákon č. 108/2006 Sb.)

Zákon č. 329/2011 Sb. O poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje poskytování u příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku. Dle tohoto zákona má osoba starší 1 roku, která nevládne základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace a opakovaně se dopravuje, nebo je dopravována, nárok na vyplácení příspěvku na mobilitu. Pro účely posouzení nároku se postupuje stejně jako při hodnocení nároku na příspěvek na péči.

Příspěvek na zvláštní pomůcku je dávka určená osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového aparátu, těžce sluchově nebo zrakově postižené, jejíž zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý.

Zvláštní pomůckou je myšlena věc, která osobě se zdravotním postižením umožní sebeobsluhu nebo je potřeba při vzdělávání, získávání informací, přípravě na budoucí povolání, k realizaci práce nebo ke styku se sociálním prostředím.

3.3 Pracovní rehabilitace

Ze statistických dat vyplývá, že cévní mozková příhoda stále častěji postihuje osoby mladší 65 let. U těchto osob lze předpokládat možnosti návratu do pracovního

poměru, a to nejen z nutnosti zajištění finančních prostředků pro sebe a svou rodinu, ale i pro svůj vlastní pocit užitečnosti a uspokojení potřeby seberealizace.

Zákon číslo 435/2004 Sb. O zaměstnanosti však zaručuje jak právo na pracovní rehabilitaci, ale tak také upravuje podmínky provádění a financování jejího průběhu.

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.“ (zákon o zaměstnanosti 435/ 2004 Sb.) Rehabilitace je zajišťována krajskými pobočkami úřadu práce na žádost handicapovaných osob a zahrnuje služby poradenství a následné sestavení a provádění individuálního plánu, jež má vést k uplatnění rehabilitovaného v zaměstnání.

Dle Jankovského (2006) pracovní rehabilitace zahrnuje souvislou péči osoby se zdravotním postižením, která jim umožní uplatnění na trhu práce. Jedná se jak o pracovní přípravu neboli o kvalifikaci, tak o přípravu k práci, která probíhá na konkrétním pracovišti tréninkového zařízení, v chráněných dílnách nebo na budoucí pracovní pozici osoby se zdravotním postižením.

U osob se získaným postižením je potřeba v první řadě zvážit, bude-li se moci vrátit na své původní pracovní místo, nebo zda bude nutné uvažovat třeba o změnách pracovní doby (fázování, zkrácená pracovní doba). V případě, že kvalifikace a i zdravotní stav pacienta/klienta po CMP mu nedovoluje návrat do původního zaměstnání, pracovní rehabilitační pracovník doporučí vhodné rekvalifikační kurzy.

3.4 Pedagogická rehabilitace

V souvislosti s pojmem pedagogická rehabilitace si čtenáři spíše představují vzdělávání dětí a mládeže. Díky rozvoji andragogiky a gerontagogiky je však možné zabývat se ve vzdělávacím programu i cílovou skupinou dospělých a seniorů. Samotný pojem andragogika je možno vysvětlit jako vědní obor, který zkoumá zákonitosti vzdělávání dospělých, gerontagogika pak bádá v oblasti edukace seniorů. U handicapovaného dospělého se edukací bude zabývat speciální andragogika, či gerontagogika.

Samotným cílem pedagogické rehabilitace je dosažení co nejvyššího stupně vzdělání a kvalifikace, přičemž musí být respektována individualita konkrétního pacienta/klienta. Ve vztahu k CMP půjde především o rekvalifikaci.

Neměla bych v této souvislosti opomenout ani volnočasové a zájmové činnosti,

které také spadají do široké oblasti vzdělání. Zájmová činnosti totiž velice pozitivně a motivačně působí nejen na intaktní, ale i na osoby se zdravotním handicapem. Výrazně posilována je jak jejich motivace, tak sebedůvěra a působí kladně také u pacientů/klientů při edukaci v oblasti sebepěče i prevence komplikací či recidivy.

Celý edukační proces ovlivňuje pozitivní socializaci a reintegraci pacienta do společnosti, upevňuje stávající a iniciuje nové vztahy ve vzdělávací skupině i mimo ni, což přispívá také k prevenci sociálního vyloučení. (Votava, 2003)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce má kvalitativní charakter. Zaměřuje se na pacienty/klienty v průběhu rehabilitace CMP. Protože jde o dlouhodobý proces, také spolupráce s pacienty/klienty probíhala v několika sezeních s časovým odstupem.

Pro účely mého výzkumu se ztotožňuji s konstatováním Hendla o vědeckém výzkumu, že „výzkum znamená proces vytváření nových poznatků.“ (Hendl, J. 2005, s. 30) Hendl dále k výzkumu uvádí, že to je pečlivě naplánovaná a systematická činnost, která má za cíl odpovědět na vybrané výzkumné otázky a tím napomoci k rozvoji konkrétního oboru. (Hendl, J. 2005)

4 Hlavní cíl a dílčí cíle

Považuji za důležité, aby se účastníci procesu ucelené rehabilitace z řad odborníků ve své profesi neustále vzdělávali nejen v ní, ale i v rámci mezioborové spolupráce také v dalších disciplínách k tomu, tak aby včas uměli reagovat na aktuální potřeby svých pacientů/klientů a dokázali adekvátně pomoci při jejich naplňování. Proto jsem si za hlavní cíl výzkumu stanovila kvalitativní analýzu procesu plánování a realizace léčby a ucelené rehabilitace v jednotlivých případech z hlediska naplňování stanovených cílů v individuálním plánu pacienta/klienta.

Dílčím cílem č. 1 (DC1) bylo sestavení případových studií jednotlivých pacientů/klientů o průběhu léčby a rehabilitace. Veškeré údaje o pacientech/klientech v bakalářské práci jsou napsány s jejich laskavým souhlasem.

Dílčí cíl č. 2 (DC2) má zjistit, co si pacienti/klienti představují pod pojmem ucelená rehabilitace. (otázka č. 1)

Dílčím cílem č. 3 (DC 3) je zjištění, jak je rehabilitace u pacientů/klientů aplikována v akutní a fázi CMP a u následné péče. (otázky č. 2, 3, 4, 5, ...)

Dílčím cílem č. 4 (DC 4) je zjistit co by pacient/klient doporučil ke zvýšení efektivity v oblasti rehabilitace. (otázky č. 6, 7, 8, 9)

4.1 Otázky pro rozhovor

1. Co si představujete pod pojmem rehabilitace a ucelená rehabilitace?
2. Konzultovali s Vámi lékaři průběh Vaší další léčby a rehabilitace? Bylo Vám nabídnuto vybrat si směr léčby a rehabilitace (např. Rehabilitační zařízení)?
3. Jaká péče, podpora a služby Vám byly poskytnuty při hospitalizaci a při následné péči?
4. Probíhá/ probíhala u Vás pracovní rehabilitace? Kdo Vám jí nabídl a kdo jí realizoval?
5. Byly Vám poskytovány i další terapeuticko – edukační metody (například arteterapie, muzikoterapie, animoterapie,...)? Pokud ne, ocenil/a byste tyto metody pro Váš rozvoj?
6. Zapojil se do Vaší léčby a rehabilitace zdravotně sociální pracovník? Pokud ano, jak konkrétně a v jaké míře probíhala jeho pomoc?

7. Pokud se nezapojil do procesu ucelené rehabilitace zdravotně sociální pracovník, ocenil/a byste, kdyby Vám poskytoval informace ze sociálně právní oblasti zdravotnický personál? (nárok na dávky, pomoc při podávání žádostí o ně, ...)

8. Byly vaše potřeby při léčbě a rehabilitaci hodnoceny zdravotnickým personálem správně, takže ve výsledku vedly k naplnění vašich potřeb rehabilitace?

9. Byly jednotlivé složky rehabilitace efektivně koordinovány? Uveďte konkrétně.

4.2 Metodologie, výzkumné techniky a výzkumný plán

4.2.1 Kvalitativní výzkum

K této práci byla zvolena metoda kvalitativního šetření. Zvolený kvalitativní výzkum v problematice ucelené rehabilitace bude vhodnější než kvantitativní dotazníkové šetření, neboť to je velice pružná výzkumná metoda, která může reagovat na změny sbíraných dat v průběhu samotného výzkumu dle aktuálních potřeb výzkumníka s ohledem na individuální rozdíly mezi jednotlivými pacienty/klienty. Také Asociace vzdělavatelů v sociálních službách podporuje spíše kvalitativní hodnocení výzkumu nad kvantitativním.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.“
(Creswell in Hendl, 2005, s. 50)

K nalezení odpovědí na výzkumné otázky výzkumník získává a analyzuje různá data. Celý proces výzkumu (sběr dat a jejich analýza) probíhá v časovém horizontu delším než kvantitativní výzkum, a proto umožňuje hlubší proniknutí a pochopení souvislostí v analyzovaném problému.

„Metodami kvalitativního výzkumu bývají nejčastěji hloubkové studium, formy rozhovorů a kvalitativní pozorování s cílem získat popis zvláštních případů,“ ... které bývají zasazeny do přirozeného sociálního prostředí zkoumaných osob či jevů.
(Hendl, J. 2005 s. 50)

Pro objasnění průběhu procesu ucelené rehabilitace bylo zvoleno sestavení případových studií jednotlivých pacientů/klientů tedy detailní studium případu, při němž byly sbírány informace především popis vztahů ke zkoumanému znaku na základě naslouchání vyprávění.

Osobní případové studie zaznamenávají vztah minulosti, faktory a postoje, které zkoumanému jevu mohly předcházet. Zjišťují se souvislosti, příčiny, procesy a zkušenosti

osoby zahrnuté do výzkumu. (Hendl, J. 2005) V případě této práce jsem se zaměřila na naslouchání vyprávění pacientů/klientů o vzniku CMP, průběhu jejich léčby a rehabilitace. Zjišťovala jsem možné souvislosti se vznikem onemocnění, genetickými předpoklady v rodinách a způsobu jejich života do vzniku onemocnění. V průběhu hospitalizace jsem se zaměřila na zjišťování metod léčby a rehabilitace, jejich průběhu a plánování péče a následných služeb.

Dotazování je formou vědeckého získávání dat. V případě výzkumu je možno využít různých forem dotazování – jednou z možností je dotazníkové šetření, které má pevně danou strukturu až po volný rozhovor, který nemá předem stanovenou strukturu.

Pro účely tohoto výzkumu byla stanovena střední cesta – metoda polostrukturovaného rozhovoru. Dotazování ve vybrané formě má definován účel a stanovenou osnovu, avšak je pružný v procesu bádání a snadno tak zachytí drobné odchylky mezi jednotlivými zkoumanými prvky.

Sestavila jsem dle dílčích cílů devět otázek pro základ rozhovoru a v průběhu šetření jsem pacienty/klienty směřovala, vysvětlovala smysl otázek a doplňujícími otázkami jsem získávala výsledky šetření.

4.2.2 Výzkumný vzorek

Skupinou respondentů vybraných do výzkumu bakalářské práce byli pacienti/klienti s diagnózou CMP v některé z jejích forem specifikovaných v teoretické části, kteří současně prošli procesem ucelené rehabilitace. Soubor respondentů tvořili 4 muži a 1 žena Královéhradeckého a Pardubického kraje ve věku 32 – 70 let. Protože pro účely výzkumu nejsou celá jména a další údaje respondentů potřebná, jsou uvedeny pouze křestní jména a jejich věk.

5 Interpretace výsledků výzkumu

Výzkum se uskutečnil v období ledna až června roku 2013. Nikdo z mnou oslovených respondentů mi spolupráci neodmítl. S informanty probíhalo několik dílčích rozhovorů, které trvaly od jedné hodiny do dvou. Z těchto konzultací byly sestaveny případové studie. Dále pak následovalo dotazování stanovenými otázkami. Odpovědi pacientů/klientů byly zaznamenány písemnou formou. Záznamy z rozhovorů s pacienty/klienty jsou uvedeny v příloze.

K interpretaci výsledků výzkumu je využito principu triangulace, tedy kombinace různých výzkumných metod, různých osob a okolností, které slouží k vyhodnocení dílčích cílů šetření.

5.1 Dílčí cíl číslo 1. Sestavení případových studií pacientů/klientů

Ze společných dvou až tří konzultací, které proběhly ještě před vlastním výzkumným rozhovorem, jsem sestavila spolu s pacienty/klienty stručné případové studie. Tyto studie mají za cíl přiblížit proces léčby CMP v akutní fázi u vybraných pacientů/klientů a v průběhu následné péče zmapovat proces ucelené rehabilitace u osob s touto diagnózou.

5.1.1 Případové studie

Pacient/klient 1

Prvním pacientem je pan Karel, 33letý svobodný muž, kterého postihla hemoragická cévní mozková příhoda. Dosud u něho proběhly dvě ataky, pokaždé do pravého thalamu.

První ataka zasáhla Karla v roce 2004, vzpomíná, že se to stalo, když byl bruslit. Tehdy lékaři doporučili pouze klid na lůžku, hemoragie se vstřebala a pacient poté zůstal bez následků, plně funkční se vrátil zpět do života. Po první atace podstoupil Karel několik vyšetření, které měly odhalit, zda nemá cévy v mozku oslabené. Vyšetření bylo negativní. Jako příčinu mozkové mrtvice uvádí Karel stres a vypětí, se kterým se pojí vyšší krevní tlak, a několik úrazů elektrickým proudem v zaměstnání.

Druhá mozková příhoda postihla pana Karla 31. ledna 2011, kolem druhé hodiny odpolední. Krev se i tentokrát vylila do pravého mozečku, avšak postihla větší oblast a následky byly závažnější než při prvním případě.

V době, kdy cítil, že mu není dobře, byl doma sám, ale protože tušil a z předešlé zkušenosti věděl, o co se jedná, sám si zavolal pomoc. Rychlá záchranná služba přivezla pana Karla k hospitalizaci na JIP neurologické kliniky FN HK, kde byl do stabilizace akutního stavu, asi týden . Následovalo přeložení na standardní pokoj neurologické kliniky, kde byl hospitalizován asi měsíc. V průběhu pobytu v nemocnici probíhala u pacienta intenzivní medicínská léčba a pozvolna, podle možností pacienta byla zahajována i léčebná rehabilitace, zaměřená především na prevenci komplikací a rozvoj sebeobsluhy při sycení, vyměšování a hygieně. Také logopedka prováděla s pacientem intenzivní rehabilitaci řečových schopností. Brzy po té byla jeho řeč bez projevů fatické poruchy, pohotová, obsahově plnohodnotná a srozumitelná. Byl zacvičen ve stimulaci orofaciální oblasti a v cíleném cvičení oromotoriky a logomotoriky. Po absolvování testu, jehož výsledek byl v normě, byla spolupráce s pacientem ukončena.

Po pěti týdnech od prvních známek mozkové hemoragie byl pacient přeložen na rehabilitační kliniku FN ke komplexnímu léčebně rehabilitačnímu programu.

Na žádost lékařů byl Karel vyšetřen také psychologem, který se zaměřil na rozvoj deprese a kognitivních funkcí. Rozhovorem a dalšími testy bylo zjištěno, že pacient nemá zjevné psychické obtíže, rád se zaměřuje na cvičení, které zlepšuje jeho stav, paměť je bez obtíží a neprojevila se ani zvýšená únava. Efektivita učení je přiměřená, myšlení je věcné, nebyla narušena abstrakce. Pouze stresová událost způsobila na čas vyšší lítostivost, ale rychle se naučil přistupovat ke svým zdravotním problémům věcně a aktivně.

V průběhu léčby se pacientovi zvýšilo sebevědomí a celkové posílení nezdolnosti osobnosti a vztahů v jeho rodině.

Po hospitalizaci ve FN HK byl pacient přeložen do Hamzovy odborné léčebny v Košumberku. Individuální rehabilitační péče byla Karlovi naplánována ve spolupráci s ergoterapeuty a fyzioterapeuty. Rehabilitační péče v Košumberku byla zaměřena na cvičení a rozvoj pohyblivosti postižených končetin, u Karla levé ruky a levé nohy. K doplnění cvičení Karel využíval i vodoléčebných procedur, masážního přístroje k sekvenční kompresivní drenáži končetin a sám využíval k procházkám celý areál Hamzovy odborné léčebny.

Po absolvování sedmitýdenního programu v Košumberku byl Karel opět přijat k hospitalizaci na rehabilitační klinice FN HK, kde pokračovalo cvičení postižených končetin.

Následovala hospitalizace v Rehabilitačním ústavu v Hostinném. Po ukončení intenzivní léčebně rehabilitační péče docházel Karel ambulantně na rehabilitace v místě bydliště a později, na vlastní vyžádání, byl přijat k pobytu v Janských lázních.

Nyní 2x ročně dochází na pravidelné kontroly ke svému neurologovi ve FN HK.

Rodinná anamnéza

Karel si není vědom, že by v rodině někdy měli genetické dispozice k CMP. Uvádí pouze, že jeho babička měla CMP spojené s věkem a degenerací cév.

Karel má osmiletou dceru, která je v péči matky, ale s ním udržuje kontakt a jezdí k němu na víkendy a prázdniny. Je zdravá.

Sociální anamnéza

Karel žije sám v bytě ve 4. patře bez výtahu. V době vzniku onemocnění byl zaměstnán v místě bydliště, v době hospitalizace byl v pracovní neschopnosti. Po 380 dnech mu byl přiznán nárok na invalidní důchod ve třetím stupni. Zažádal o příspěvek na péči a příspěvek na mobilitu.

Pacient/ klient 2

Pan Martin je 43letý muž, svobodný. Postihla jej hemoragická CMP 19. 04. 2011. Ruptura na cévě byla pouze jedna a způsobila hematom o velikosti 4x5 cm. Vzpomíná, že nejprve cítil brnění v horní končetině, později ji přestal cítit, následovala dolní končetina. Když si chtěl zavolat pomoc, nemohl již mluvit. V důsledku krvácení do mozku se u něj rozvinula středně těžká levostranná hemiparéza, k níž se přidružila symptomatická fokální epilepsie.

Vzhledem k velikosti hematomu pacient/klient 27. dubna. 2011 podstoupil evakuaci krevní sraženiny při chirurgickém zákroku.

11. května 2011 byl pacient/klient přeložen k hospitalizaci na LDN v Hořicích. V nemocnici i LDN byl Martin bez rehabilitace. Byl mu doporučen klid na lůžku.

Po dvou měsících byl na vlastní žádost přijat k rehabilitačnímu pobytu v Hostinném. Vzpomíná, že intenzivním cvičením se z ležícího pacienta stal chodícím a rozvinul sebeobsluhu. Následovalo přeložení do domácího ošetřování. Sám doma cvičil cviky doporučené rehabilitačními pracovníky z Hostinného. K ambulantní rehabilitační

péči nedostal doporučení.

Na vlastní žádost byl v lednu 2012 přijat k celkové rehabilitační péči do Hamzovy odborné léčebny v Luži, Košumberku. Zde rehabilitace probíhala 6 týdnů, za pobytu s pacientem/klientem začala spolupracovat i zdravotně sociální pracovnice. Pomohla mu s vyřízením náležitostí k žádosti o invalidní důchod, příspěvek na mobilitu a průkaz ZTP/P. V roce 2013 byl 1 měsíc v rehabilitačním zařízení v Kladrubech. Uvádí, že zde bylo cvičení nejintenzivnější a že dosáhl největších úspěchů.

Rodinná anamnéza

Martin uvádí, že příčina jeho onemocnění není známa. Není si vědom, že by někdo v rodině měl stejnou nebo obdobnou diagnózu jako on sám.

Sociální anamnéza

Martin žije sám ve vlastním bytě v přízemí bytového domu. V době vzniku onemocnění byl Martin zaměstnán u menší firmy v městě nedaleko místa svého bydliště, v souvislosti se vznikem CMP se však z důvodu pracovní neschopnosti ocitl v nepříznivé sociální situaci a ve spolupráci se sociální pracovnicí v Hamzově odborné léčebně zažádal o invalidní důchod a příspěvek na péči a mobilitu.

Pacient/klient 3

Slečna Petra je svobodná 32letá žena, která prodělala komplikovanou ischemickou CMP 13. 6. 2005. Vzpomíná na první příznaky, cítila se tehdy najednou oslabená, měla obtíže při vyslovování – šišlala a poté upadla. Na pohotovosti se jí lékaři dotazovali, jestli užívá hormonální antikoncepci, avšak přímá souvislost se vznikem CMP nebyla ani potvrzena, ani vyvrácena.

Vyšetření ukázalo, že se Petře do pravého thalamu dostala krevní sraženina, kterou lékaři následně operačně, ale při vědomí pacientky odstranili. Předpokládalo se, že bude do 10 dnů po operaci propuštěna a že se neprojeví žádné následky. Situace se ale zkomplikovala rupturou cévy v mozečku a následnou hemoragií a doba hospitalizace se prodloužila. Pacientka podstoupila další operaci mozku – odsátí hematomu. Úspěšná operace však nezabránila vzniku levostranné hemiparézy.

V souvislosti s vyšetřením, které Petra absolvovala po stabilizaci stavu po CMP, lékaři zjistili vrozenou vývojovou vadu srdeční chlopně. V roce 2012 pacientka

podstoupila ještě operaci srdce, při které jí byla chlopeč nahrazena mechanickou.

Již v průběhu hospitalizace začala léčebná rehabilitace. S pacientkou spolupracoval logoped k zácviku řeči a stimulaci orofaciální oblasti. Dále se pacientka zaměřovala na cvičení k rozvoji sebeobsluhy a lokomoce.

Po dvou měsících hospitalizace na neurologické klinice byla Petra propuštěna do domácího ošetřování. Následně byla přijata k pobytu na rehabilitační klinice FN HK. Zde byla péče zaměřena na intenzivní léčebnou rehabilitaci v podobě cvičení na ergoterapii a fyzioterapii.

Následoval rehabilitační pobyt v Hamzově odborné léčebně v Luži Košumberku, kam doposud pacientka jezdí k opakovaným pobytům jedenkrát ročně. Dále pravidelně dvakrát ročně dochází na kontroly k neurologovi. Jednou ročně, vždy když žádá o ambulantní ergoterapii, je zvána k rehabilitačnímu lékaři a stejně často jí kontroluje i kardiolog.

Asi před dvěma lety pacientka/klientka absolvovala roční rekvalifikační kurz počítačů financovaný Úřadem práce ČR v rámci pracovní rehabilitace.

Rodinná anamnéza

Pacientka/klientka uvádí, že si není vědoma rodinné zátěže k onemocnění mozku. Uvádí, že maminka se léčí pouze s vysokým krevním tlakem, tatínek je zdravý. Dále vzpomíná, že dědeček prodělal infarkt myokardu.

Sociální anamnéza

Petra je svobodná, bezdětná mladá žena. Prozatím žije v rodinném domku s rodiči. Do domu je asi 10 schodů, které zvládá bez obtíží. Uvedla pouze, že k vaně přidělali madlo kvůli bezpečnosti. Jiné úpravy v domě, prozatím, nebyly potřeba.

Je vyučená v oboru kuchař/číšník. Po studiu pracovala asi rok jako servírka, později jako prodavačka v místě svého bydliště.

V současné době Petra pobírá invalidní důchod, příspěvek na péči v prvním stupni. V souvislosti s operací srdeční chlopeč jí byl průkaz ZTP rozšířen na ZTP/P.

Pacient/klient číslo 4

Tato případová studie je vypracována ve spolupráci s dcerou pana Miloše,

neboť ten má v důsledku CMP omezenou krátkodobou paměť a špatně se vyjadřuje. Pacientovi/klientovi je 75 let a je po několika atakách ischemické CMP. Druhá ataka proběhla v září roku 2006. Změna zdravotního stavu se projevovala velmi špatnou komunikací, omezenou hybností pravé ruky a levé nohy. Po transportu na neurologickou kliniku bylo provedeno CT vyšetření, které potvrdilo diagnózu CMP. Následovalo přijetí na JIP do stabilizace stavu. Poté byl pacient přeložen na standardní lůžko, kde ale žádná rehabilitace neprobíhala. Cvičit s ním začal personál až na geriatrickém oddělení. Učil se sednout si, zkoušel nácvik chůze ve vysokém chodítku, avšak během hospitalizace tělo jako by rezignovalo a do domácí péče byl propouštěn na invalidním vozíku. Propuštění proběhlo velmi brzy po prvních projevech nemoci.

Zdravotníci chtěli pana Miloše přeložit na oddělení LDN, ale rodina se o tatínka chtěla starat v domácím prostředí, přestože je trvale omezena jeho hybnost. Dolní končetiny neunesou váhu těla, takže se není schopen pohybovat jinak než s pomocí na vozíčku, horní končetina má sice omezenou citlivost, nicméně je funkční. Byla také zasažena krátkodobá paměť, pacient rád luští křížovky a čte knihy, ale nepamatuje si, co bylo včera. V důsledku CMP se u pacienta rozvinula epilepsie. Projevuje se především nočními záchvaty po předchozí prodělané psychické zátěži během dne.

Pacient odmítá veškeré pravidelné kontroly i ambulantní formu rehabilitačního cvičení. Některé cviky je schopen provádět sám, jiné provádí s rodinou, ale spolupráce je velmi ovlivněna náladou a momentálním stavem.

Rodinná anamnéza

Pacient/klient žije v rodinném domku s manželkou a rodinou dcery, která o otce pečuje.

Sociální anamnéza

Pan Miloš je zajištěn starobním důchodem a pobírá příspěvek na péči. Do rodiny denně dochází pracovníci SKP Centra, kteří provádí převazy dekubitů a bércových vředů. Zpočátku rodinu zacvičili i v aplikaci inzulinu.

6 Individuální rozhovory

Jak je uvedeno v metodologii, potřebné informace pro výzkum jsem získala formou polostrukturovaných rozhovorů s informanty. Všem respondentům jsem kladla stejné otázky, ale v případě potřeby či odlišností průběhu léčby jednotlivých informantů jsem během rozhovoru ještě doplňovala dalšími otázkami nebo jsem podala informantovi vysvětlení, jak na položenou otázku odpovědět.

6.1 Dílčí cíl číslo 2. Zjistit, co si pacient/klient představuje pod pojmem rehabilitace a ucelená rehabilitace.

Otázka číslo 1. Co si představujete pod pojmem rehabilitace a ucelená rehabilitace?

První otázka byla položena, neboť jsem chtěla získat představu o chápání pojmů rehabilitace a ucelená rehabilitace pro osoby po CMP. Zajímalo mne, zda teoretická východiska uvedená v prvních kapitolách bakalářské práce jsou pro osoby účastnící se ucelené rehabilitace prakticky shodná nebo se liší, případně jak tyto pojmy vnímají samotní pacienti. Tato zjišťovací otázka také dokresluje zkušenosti informantů s danou problematikou.

Očekávala jsem, že odpovědi pacientů/klientů budou různé podle délky jejich rehabilitace a také podle zdravotnických zařízení, kterými v rámci své léčby a rehabilitace prošli.

Samotný pojem „rehabilitace“ je vysvětlován pacienty/klienty shodně s obecně zavedenou definicí, kterou má široká veřejnost spojenou s cvičením v obecné rovině. Informant č. 1 ji spojuje s pórázovou léčebnou rehabilitací, která má sloužit k návratu omezené funkce postižené končetiny. Informant č. 3 vnímá rehabilitaci jako „*obecně cvičení*“.

Budu-li za správnou odpověď považovat východiska uvedená v teoretické části, pak správně odpověděl pouze informant č. 1, který řekl, že „*ucelená rehabilitace je spojení několika dílčích oborů*“. Rozdílně považují ucelenou rehabilitaci ostatní informanti. Situují ji především do specializovaných rehabilitačních zařízení, kde se zdravotní personál věnuje svým pacientům intenzivněji než při ambulantní formě rehabilitace. Nejvýstižněji tuto myšlenku vyjádřil informant č. 2: „*různí odborníci se mi věnují od rána do odpoledne*“.

a cvičím a cvičím“.

Informant č. 4 uvedl, že se s tímto pojmem dříve nesetkal a „*nevím, co si pod tím představit.*“ Domnívám se, že je to ovlivněno pozicí informanta, který je rodinným příslušníkem osoby po CMP, nikoli tím, kdo sám procesem ucelené rehabilitace prošel.

Shrnutí dílčího cíle 2

Shrnutím odpovědí všech informantů můžeme dovodit, že došlo k různým interpretacím dvou velmi si blízkých pojmů. Je zřejmé, že důvodem toho je množství odlišných potřeb v průběhu léčby a následné rehabilitace všech informantů vycházejících z rozdílných vnějších projevů shodné obecné diagnózy. Průběh rehabilitace u jednotlivých informantů je blíže specifikován v jednotlivých případových studiích v předchozí části.

Ve stručném souhrnu mohu uvést, že u všech informantů došlo k opakování obecně uznaného názoru, že rehabilitace je cvičení, zatímco u pojmu druhého je interpretace odlišná od teoretického východiska tohoto výzkumu. Je chápána především jako potřeba pacientů/klientů po CMP „*se rozhýbat*“.

6.2 Dílčí cíl číslo 3. Zjistit, jak je ucelená rehabilitace aplikována v akutní fázi CMP a u následné péče.

Třetí dílčí cíl má za úkol objasnit proces aplikace ucelené rehabilitace u cílové skupiny osob po prodělané CMP. Zajímalo mne, v jaké míře dochází mezi zdravotníky a pacienty ke spolupráci, jsou-li pacienti/klienti o svém zdravotním stavu a směru léčby dostatečně informováni, případně mohou-li se sami podílet a plánovat si směr své léčby a rehabilitace.

K vyhodnocení tohoto cíle byly položeny otázky v rozhovoru číslo 2, 3, 4 a 5.

Třetí a čtvrtá otázka v rozhovoru se zajímá o metody využití u informantů v průběhu léčby a ucelené rehabilitace. Smyslem těchto otázek bylo zjistit, jaká péče a služby byly pacientům/klientům poskytovány k jejich návratu do života.

Čtvrtá otázka byla volena hlavně z důvodu věku většiny respondentů. Mým východiskem pro tuto otázku byl předpoklad, že zájem státu by měl být takový, aby se osoba se získaným zdravotním handicapem vrátila co nejdříve do svého pracovního života. A to jak z hlediska vlastní ekonomické situace, tak i ekonomiky státu, neboť osoba, která si pracovní činností vydělává, také přináší státu do rozpočtu daně a nečerpá finanční podporu od státu, kterou jinak zdravotně znevýhodnění dostávají.

V tomto cíli poslední, pátá, otázka se zabývá i možností využití terapeuticko-edukačních metod. Chtěla jsem jí zjistit, jsou-li pacientům/klientům nabízeny i další alternativy, které mohou napomoci v rozvoji jak jejich zdravotního stavu, tak osobnosti nebo k pozitivní motivaci do další rehabilitace. Ve spolupráci s psychologem nebo psychoterapeutem pak mohou být využity k odhalení poruch psychického stavu, které mohou být spojeny se vznikem závažného onemocnění, jakým je i CMP, případně k terapii nepříznivého psychického stavu.

Otázka č. 2 Konzultovali s vámi lékaři průběh vaší další léčby a rehabilitace? Bylo vám nabídnuto vybrat si směr léčby a rehabilitace (např. rehabilitační zařízení)?

Úkolem druhé otázky bylo zjištění, jak dochází k přenosu informací mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Vycházela jsem z povinnosti lékaře informovat svého pacienta o zdravotním stavu. Dotaz je rozšířen o možnost participovat se na léčbě ze strany pacienta/klienta. Za důležité pro pozitivní motivaci pacienta/klienta ke spolupráci při léčbě považuji jak nutnost znát svůj zdravotní stav, tak celkový přístup zdravotnického personálu, který by měl působit kladně a podporovat pacienta při jeho léčbě a rehabilitaci.

Z odpovědí informantů 1, 3 a 4 vyplývá, že o svém zdravotním stavu, případně o zdravotním stavu svého rodinného příslušníka byli všichni informováni. Informant č. 2. hodnotí komunikaci vůči jeho osobě především v počátcích léčby jako nedostatečnou: „Nevěděl jsem, co se se mnou bude dít, nevěděl jsem, co je se mnou, nikdo mi nic neřekl.“ Domnívá se, že se tak stalo z důvodu jeho velmi zhoršené komunikační schopnosti. Na plánování péče se nemohl sám podílet a mnoho informací o svém zdravotním stavu se dozvěděl až z lékařských zpráv, které předával svému obvodnímu lékaři.

Informanti 1 a 3 však byli s přístupem lékařů a zdravotnického personálu spokojeni. O svém zdravotním stavu byli průběžně informováni, při spolupráci s jednotlivými pracovníky dostávali z konkrétní oblasti potřebné informace a bylo jim nabídnuto i rehabilitační zařízení pro následnou rehabilitační péči.

U 4. informanta lékaři chtěli rozhodnout bez účasti rodiny a doporučovali překlاد pacienta/klienta do léčebny dlouhodobě nemocných. Asertivním přístupem se však rodině podařilo rozhodnutí změnit, což vystihují slova informanta: „*My jsme se nedali, chtěli jsme se o taťku starat.*“

Otázka č. 3 Jaká péče, podpora a služby Vám byly poskytnuty při hospitalizaci a při následné péči?

Smyslem této otázky je zmapování systému péče nabízené a poskytované osobám v rehabilitaci po CMP. Zjišťuje, které formy péče a služeb informanti využívali nebo dosud využívají, kdo jim poskytuje podporu. Vzhledem k délce rehabilitace je tento dotaz směřován do širokého časového období.

Z pozice pacientů/klientů je zřejmé, že všichni dotazovaní využívali zdravotní péče v průběhu hospitalizací ve zdravotnických zařízeních. Proto se otázka zaměřuje především na specifické formy péče a na období, kdy jsou pacienti ve svém přirozeném prostředí, zde se již odpovědi různily.

Velmi negativní zkušenost má informant 2, který uvádí: „*Nikdo se o mě nepostaral.*“ Tento výrok objasnil tak, že mu žádné služby, které by mu pomohly v péči o jeho osobu a domácnost v přirozeném prostředí, nikdo nedoporučil, neporadil. Ani informantovi 1 nebyly nabízeny žádné služby, které by mu s péčí o sebe nebo domácnost pomohly, avšak na rozdíl od druhého informanta potřebu využít těchto služeb necítí.

Informant 1 zaměřuje svou odpověď spíše do oblasti léčebné rehabilitace, kdy uvedl, které léčebné terapie využil a které dosud stále využívá.

Informanti 3 a 4 pak jmenují služby, kterých využili nebo stále využívají, a sice terénní formu zdravotní péče, která je poskytována v jejich domácím prostředí.

Z výše uvedených odpovědí můžeme vyvodit individuální potřebu využít sociální nebo jiné služby terénního charakteru. Patrný je požadavek nabídky těchto služeb v průběhu jednotlivých fází procesu ucelené rehabilitace, aby pacient/klient měl možnost si vybrat a nastavit služby tak, aby jej co nejvíce podporovaly a pomáhaly mu vyrovnat se, nebo překonat nepříznivý stav v jeho přirozeném prostředí.

Otázka č. 4 Probíhala u vás pracovní rehabilitace? Kdo vám jí nabídl a kdo jí realizoval?

S ohledem na věk 3 ze 4 informantů a také na stále se zvyšující počet pacientů po CMP v produktivním věku byla položena otázka k oblasti pracovního uplatnění. Sama totiž cítím potřebu zaměřit se na problematiku průceschopnosti. Dalo by se

předpokládat, že pacienti/klienti, kteří prošli onemocněním CMP v mladém věku, budou chtít uspokojovat své potřeby pracovní a ekonomické. Na straně druhé i stát by měl dbát na možnost zaměstnání osob se zdravotním postižením a to jednak kvůli daním odváděným do státního rozpočtu a jednak i kvůli tomu, že v takové míře nebude docházet k čerpání finančních podpor pacienty/klienty po CMP.

S ohledem na věk informanta 4, který je již zajištěn starobním důchodem, jsem se touto otázkou nezabývala.

Informanti 1 a 2 se shodují v tom, že jim pracovní rehabilitace nabízena nebyla na rozdíl od informanta 3, kterému nabízena byla již při hospitalizaci v nemocnici. Ten uvádí, že od zdravotnického personálu dostal kontakt na pracovníci úřadu práce, se kterou si při následné spolupráci domluvil rekvalifikační kurz. Zmínění informanti 1 a 3 dále uvádí, že se o možnosti návratu do zaměstnání zajímali spíše sami.

V době výzkumu však pracoval pouze informant 1, který dle potřeb svého zaměstnavatele pracuje v domácím prostředí. Podařilo se mu sehnat pracovní místo ve svém oboru bez nutnosti absolvovat rekvalifikační kurz, avšak vzhledem k profesi je dále nucen se vzdělávat.

Naopak informant 3 ve stejném období uvedl, že přestože by velice rád pracoval, jeho zdravotní stav mu návrat do pracovního procesu prozatím nedovoluje.

Otázka č. 5 Byly vám poskytovány i další terapeuticko-edukační metody (například arteterapie, muzikoterpie, animoterapie, ...)? Pokud ne, ocenil/a byste tyto metody pro svůj rozvoj?

Protože akutní stav CMP a důsledky z něj vyplývající jsou natolik závažné, mohou s sebou přinášet množství nejen psychických obtíží, což může negativně působit na jedince. Smyslem terapeuticko-edukačních metod je pomoc od psychické zátěže, dávají pacientovi/klientovi možnost relaxace, posilují schopnosti a možnosti, což působí pozitivně na motivace k další akci, posiluje celkovou komunikaci a zlepšuje i ochotu ke spolupráci.

Zajímalo mne, zda jsou v průběhu rehabilitace informantům poskytovány i tyto metody pro trávení volného času nebo pro zlepšování psychického stavu v důsledku nemoci.

Překvapilo mne, že pouze informant 3 využívá jednu z možností – hipoterapii. Informant 2 se v rozhovoru zmiňuje o hipoterapii také, avšak pouze v souvislosti s tím, že o takových metodách v některých zařízeních ví, ale dodává: „*mně takové služby nabízeny nebyly.*“

Všichni dotazovaní se však shodují, že by možnost arteterapie a dalších metod uvítali pro svůj další rozvoj. Nejlépe to objasnil informant 1, který řekl, že „*pořád je potřeba něco dělat, zaměstnávat mozek, aby se rozvíjel.*“

Shrnutí dílčího cíle 3

K vyhodnocení dílčího cíle byly v rozhovoru položeny otázky 2, 3, 4 a 5. Odpovědi měly vést k objasnění průběhu léčby a následné rehabilitace u osob s diagnózou CMP. Po shrnutí všech odpovědí je možné konstatovat, že pacienti/klienti potřebné informace o svém zdravotním stavu a postupu při léčbě obvykle dostali.

Informant 2 uvádí, že jako hlavní překážkou pro nedostatečnou komunikaci shledává porušenou komunikační schopnost v důsledku CMP. Při rozebírání jednotlivých složek a služeb, které dotazovaní využili v průběhu léčby a léčebné rehabilitace, jmenovali všichni zúčastnění fyzioterapii a ergoterapii s cílem „*rozchodit a rozhýbat tělo*“. Další péče a služby byly informantům plánovány přímo na míru podle individuálních potřeb, které vyžadoval zdravotní stav.

Jako nedostatečnou mohu podle výsledků výzkumu vyhodnotit oblast pracovní rehabilitace. Je zřejmé, že i přes nepříznivý zdravotní stav jednotlivých pacientů všichni projevovali zájem o možnosti uplatnění se na trhu práce. Avšak pracovní rehabilitací prošel pouze jeden ze všech dotazovaných, což považuji za velmi nedostačující. Informanti se shodně vyjadřovali k možnosti využívat i další terapeuticko-edukační metody pro rozvoj osobnosti a zlepšování jejich zdravotního stavu.

6.3 Dílčí cíl číslo 4. Zjistit, co by pacient/klient doporučil pro zvýšení efektivity v oblasti rehabilitace, náměty, připomínky (otázky č. 6, 7, 8, 9)

V posledním cíli tohoto výzkumu jsem se zaměřila na zvýšení efektivity rehabilitace zaměřené především na pohled a názory pacientů/klientů. Zajímalo mne,

podílí-li se na procesu zotavování zdravotně-sociální pracovník a v jaké míře spočívá jeho pomoc pacientům/klientům.

U těch pacientů/klientů, u nichž se do péče zdravotně-sociální pracovník nezapojil, případně u těch informantů, kteří cítili potřebu využití práce zdravotně-sociální pracovník dříve, nebo cítili ještě další potřebu rady či pomoci jsem chtěla vědět, v čem dalším by jim zdravotně-sociální pracovník mohl být užitečný. V případě, kdy s pacientem/klientem ZSP nespolupracoval vůbec, chtěla jsem vědět, kdo mu informace ze sociálně-právní oblasti poskytuje.

Vycházela jsem z předpokladu, že pro kvalitní a efektivní rehabilitaci je pro pacienta/klienta podstatné, aby zdravotnický personál správně hodnotil jeho potřeby. To by totiž mělo ve výsledku vést k naplňování těchto potřeb, ale také ke zvyšování efektivity léčby i rehabilitace.

Na závěr rozhovoru jsem zjišťovala, zda byly složky ucelené rehabilitace efektivně koordinovány. Pod tímto termínem si představuji spolupráci jednak mezi odbornými členy multidisciplinárního týmu, který se na péči podílí, jednak mezi odborníky a samotnými pacienty. Zajímalo mne tedy, zda pacienti/klienti vědí o koordinaci ucelené rehabilitace, případně mají sami možnost účastnit se porad multidisciplinárního týmu. Mají v průběhu plánování individuální péče pro pacienty/klienty možnost, aby si sami zpětnou vazbou koordinovali svou rehabilitaci?

Otázka č. 6. Zapojil se do vaší léčby a rehabilitace zdravotně sociální pracovník? Pokud ano, jak konkrétně a v jaké míře probíhala jeho pomoc?

Šestá otázka byla položena kvůli ověření kompetencí zdravotně-sociálního pracovníka, jehož cílem je pomoci pacienta/klienta vrátit zpět do jeho přirozeného společenského prostředí. Položením této otázky jsem také chtěla zjistit, v jakém rozsahu je pomoc zdravotně sociálním pracovníkem poskytována a jakou funkci u cílové skupiny osob s CMP plní.

Z odpovědí informantů vyplývá, že se zdravotně-sociální pracovník do procesu ucelené rehabilitace zapojil, tedy že sociální rehabilitace a pomoc v sociálně-právní oblasti nějakou formou proběhla. Různí se pracovníci, kteří tuto oblast u jednotlivých pacientů/klientů prováděli. Informant 4 uvádí, že se museli spoléhat pouze sami na sebe a že spolupracovali pouze členové rodiny pacienta. „Museli jsme si vše zjišťovat sami.“

uvádí informant 4.

Informant 3 naopak se spoluprací praktické ošetřující lékařky, která mu byla velkou oporou při řešení otázek ze sociálního zajištění, vyjádřil spokojenost, „*Hodně mi pomohla s vyřízením všech žádostí*“ dodává informant 3.

Informanti 1 a 2 shodně uvádí, že jim byly poskytnuty informace ze sociálně-právní oblasti v Hamzově odborné léčebně. Zdravotně-sociální pracovnice jim poskytla potřebné instrukce, pomohla s vyplněním žádostí o příspěvek na péči, mobilitu a o průkaz ZTP. Odlišně ale tito informanti vnímají dobu, kdy jim tyto informace byly předány. Zatímco informant 1 se domnívá, že mu informace byly poskytnuty včas a v rozsahu, který v tu dobu potřeboval, informant 2 udává opak. Informace by si přál dostat již dříve.

Při porovnání těchto dvou odpovědí je patrné, že se názory a především potřeby jednotlivých pacientů/klientů různí dobou, kdy obdrželi informace ze sociálně-právní problematiky. U informanta 1 to bylo asi 3 měsíce po vzniku prvních příznaků CMP v průběhu následné léčebné rehabilitace ve zdravotnickém zařízení, zatímco informant 2 obdržel shodné informace až po roce od vzniku onemocnění.

Otázka č. 7. Pokud se nezapojil do procesu ucelené rehabilitace zdravotně sociální pracovník, ocenil/a byste, kdyby vám poskytoval informace ze sociálně právní oblasti zdravotnický personál? (nárok na dávky, pomoc při podávání žádostí o ně,...)

Přestože tato otázka byla cílená spíše na informanty, se kterými v procesu ucelené rehabilitace nespolupracoval zdravotně-sociální pracovník, položila jsem tuto otázku všem informantům. Mým úmyslem bylo zjistit, zda by získané informace ocenili dříve nebo ve větším rozsahu, než jim byly poskytnuty.

Informant 4 řekl: „*Tápali jsme, vše jsme zjišťovali sami, sami jsme informace vyhledávali ...*“. Rodina, která pečuje o svého člena po CMP, by velmi uvítala možnost větší spolupráce s odborníkem, který by jim poskytl potřebné informace ze sociálně právní oblasti. Uvádí, že veškeré informace si vyhledávali na internetu nebo že jim je poskytli přátelé vozíčkáři na základě vlastních zkušeností.

Informanti 1 a 3 se shodují v potřebě spolupráce se ZSP již v průběhu léčby, což velmi výstižně vyjádřil informant 3: „*V té situaci je pak člověk rád, když ví, na co má nárok a kam požádat.*“ Oba se taktéž shodně vyjadřují, že velmi oceňují spolupráci

s odborníky v sociálně-právní oblasti, která jim byla poskytnuta, v případě, že by tomu tak nebylo, oba by rádi tyto informace dostali.

Informant 2 naopak uvedl potřebu obdržet tyto informace mnohem dříve „*Měl by fungovat sociální pracovník již v nemocnici, abych věděl ...*“.

Otázka č. 8. Byly vaše potřeby při léčbě a rehabilitaci hodnoceny zdravotnickým personálem správně, takže ve výsledku vedly k naplnění vašich potřeb rehabilitace?

Hlavní smysl této otázky spatřuji především ve zhodnocení vlastního vývoje, kterým informanté prošli v průběhu léčby a ucelené rehabilitace. Zároveň povede k vyhodnocení dílčího cíle čtyři, protože se domnívám, že aby léčba i proces ucelené rehabilitace byly efektivní, je nutná oboustranná spolupráce. K té je zapotřebí kvalitní přenos informací jednak od odborníků k pacientovi/klientovi, jednak také opačně.

Dle mého názoru je ke spokojenosti pacientů/klientů s léčbou a všemi postupy při jejím plánování a naplňování nutné, aby jejich potřeby byly zdravotníky správně hodnoceny. Důležitost spatřuji především v tom, aby nebyl pacient/klient přetěžován, nadměrně namáhán nebo naopak aby nebyl podceňován, že ten který cvik nezvládne.

Informant 2 uvedl, že jeho potřeby při léčbě v akutní fázi a těsně po ní nebyly správně hodnoceny. Uvádí, že personál se k němu choval nedůstojně, sám se cítil velmi nepříjemně. „*Odborníci, se kterými jsem se později setkal, nechápali, proč jsem s rehabilitací nezačal mnohem dříve, ...*“. Zde je vidět případ, kdy potřeby pacienta/klienta nebyly správně hodnoceny již v prvopočátcích léčby a v důsledku to vedlo k výraznému prodloužení doby léčebné rehabilitace i všech dalších složek ucelené rehabilitace. Také informant 4 uvedl, že „*určitě ne*“, špatná pohyblivost a omezené řečové schopnosti nebyly rehabilitovány, aby docházelo k nápravě. V tomto případě však je vidět spíše neochota ze strany pacienta, jenž „*hodně péče odmítá, ani na pravidelné kontroly nechodíme.*“

Naopak informanti 1 a 3 jsou s péčí zdravotnického personálu spokojeni. Shodují se, že jim byly poskytovány průběžné informace týkající se jejich zdravotního stavu a že zdravotníci dobře hodnotili jejich léčebné a rehabilitační potřeby, vedli je k rozvoji soběstačnosti a sebezpeče. Informant 1 to vystihl takto: „*Ta cesta, kterou jsme společně se zdravotnickým personálem vybrali, byla správná. Jde to, sice pomalu, ale jistě. Sám na sobě cítím změny k lepšímu, ...*“.

Otázka č. 9 Byly jednotlivé složky rehabilitace efektivně koordinovány? Uveďte konkrétně.

Nedílnou součástí ucelené rehabilitace je i koordinace jednotlivých složek. Ideálním řešením by měla být pozice jednoho pracovníka, který bude shromažďovat veškerou dokumentaci týkající se pacienta/klienta. Vhodné je také pořádat pravidelné hodnotící porady multidisciplinárního týmu, který s pacientem/klientem pracuje. Podle těchto poznatků jsem pokládala informantům poslední, devátou otázku, kterou jsem chtěla zjistit, zdali tato koordinace v praxi probíhá a jak je realizována. Často jsem se doptávala, zda se i sami pacienti/klienti mohou ke spolupráci vyjadřovat ať již v průběhu porad, nebo individuálně v průběhu jednotlivých terapií.

Informant 4 uvedl, že tato otázka „*se nás netýká*“, neboť procesem ucelené rehabilitace prošel jen velmi omezeně. Naopak ostatní dotazovaní se shodně vyjádřili, že v průběhu hospitalizací ve specializovaných rehabilitačních zařízeních tato spolupráce probíhá. Zdravotničtí pracovníci se schází na poradách, kde hodnotí pokroky a neúspěchy svých pacientů/klientů a plánují, kde a jak je potřeba zapracovat, aby zlepšení bylo ještě patrnější. Avšak obvykle tyto porady probíhají pouze na úrovni odborných pracovníků bez účasti samotných pacientů/klientů. Toto trefně vyjádřil informant 3 slovy: „*Vše probíhá trochu o nás bez nás.*“

Naopak informant 1 uvedl, že při příjmu a pak při propuštění prošel vyšetřením u ošetřujícího lékaře, s nímž společně provedli hodnocení stávajícího stavu a při výstupní prohlídce zhodnocení pokroků dosažených v průběhu pobytu. Dále uvádí, že kdykoli v průběhu pobytu cítil potřebu něco měnit, informoval příslušného odborníka. Také informant 2 uvedl případ, kdy jednou týdně mohl v rehabilitačním zařízení společně se svým ošetřujícím lékařem plánovat poskytované terapie pro následující týden.

Shrňme-li získané informace, můžeme konstatovat, že ke spolupráci mezi odbornými členy multidisciplinárního týmu dochází bez přítomnosti pacienta/klienta, avšak že ti mají možnost své potřeby a náměty sdělovat všem pracovníkům obvykle kdykoli v průběhu pobytu nebo konkrétní terapie, během níž je zjištěn nedostatek.

Shrnutí dílčího cíle 4

Dílčí cíl 4 měl za úkol najít možná řešení, náměty a podněty ke zlepšení procesu ucelené rehabilitace poskytované v praxi. Tato část výzkumu je zaměřena především na

oblast sociálně-právní a na uspokojování potřeb pacientů/klientů v průběhu léčby a ucelené rehabilitace. Ke správnému uspokojování potřeb je podstatné, aby docházelo ke koordinaci jednotlivých složek ucelené rehabilitace a ta v celé své šíři vedla k zapojení pacientů/klientů po CMP co nejvíce do jejich původních životních rolí, do sociálního prostředí, a aby nebyli svým postižením omezováni.

Shodně se dotazovaní domnívají, že je nutná spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem, který by jim měl přiblížit problematiku sociálních dávek a výhod s nimi spojených. Podle zjištěných informací je nutné vhodné načasování těchto informací pacientům/klientům.

Ke správnému hodnocení potřeb pacientů je důležité zjistit úroveň mentálních a komunikačních schopností, tak aby nedocházelo k omylům. Je ale možné konstatovat, že ve většině případů dochází k vyhodnocení potřeb pacienta/klienta správně. V důsledku toho je pacientům/klientům naplánován individuální postup při léčbě a následné ucelené rehabilitaci.

Poslední otázka v rozhovoru objasňuje proces koordinování poskytovaných složek ucelené rehabilitace. Z výpovědí informantů vyplynul závěr, že k výměně informací mezi odborníky dochází v průběhu pobytu v rehabilitačním zařízení. Probíhá to formou porad multidisciplinárních týmů, kterých se účastní všichni odborníci, kteří s pacientem/klientem spolupracují. Těchto porad se ale samotní pacienti neúčastní.

Protože u osob po CMP jde o natolik závažnou problematiku, domnívám se, že by měl být do procesu ucelené rehabilitace přizván odborník, který s pacientem/klientem pracuje průběžně od počátku nemoci a dále v průběhu celého procesu ucelené rehabilitace. Tento pracovník by měl znát dobře problematiku onemocnění CMP ale také i možnosti poskytování služeb pro osoby po CMP. Spolu s pacienty/klienty by pak dle jejich individuálních požadavků a potřeb plánoval a koordinoval uskutečňování všech složek ucelené rehabilitace. Takový odborník však v praxi chybí, obvykle se jím stává sám pacient/klient, který si veškeré informace musí zjišťovat sám a sám si také svou ucelenou rehabilitaci koordinuje.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo kvalitativní hodnocení ucelené rehabilitace u osob po CMP. Shrnutí teoretických poznatků z oblasti ucelené rehabilitace a z oblasti onemocnění CMP v teoretické části bylo východiskem pro realizaci kvalitativního šetření ve výzkumné části.

Smyslem ucelené rehabilitace by mělo být umožnit osobám se zdravotním postižením důstojně žít v přirozeném prostředí. U cílové skupiny pacientů/klientů po CMP se jde především o rozvoj soběstačnosti a samostatnosti v běžných denních činnostech, o minimalizaci nebo kompenzaci vlivem CMP poškozené funkce organismu a u osob v produktivním věku i o možnost uplatnění se na trhu práce a s ním související celoživotní vzdělávání.

Výzkumná část se zaměřuje na jednotlivé případy osob, které postihla CMP. Zajímá se o průběh léčby a ucelené rehabilitace a podává kvalitativní hodnocení aplikace a efektivity procesu. K realizaci výzkumu bylo použito sestavení případových studií na základě nestandardizovaných rozhovorů, naslouchání pacientům/klientům a pozorování. K vyhodnocení dalších dílčích cílů bylo použito polostrukturovaného rozhovoru s pacienty/klienty.

Ve výzkumné části jsem se snažila postihnout problematiku v plné šíři, ale jsem si vědoma, že slovně vyjádřit motivaci k aktivnímu přístupu k ucelené rehabilitaci a zkušenosti jejího průběhu je velmi nesnadné. Při setkávání s nimi jsem však měla možnost je dostatečně poznat a díky tomu jsem dospěla k přesvědčení, že ucelená rehabilitace osob této cílové skupin má význam, a to nejen pro tyto osoby (alespoň částečné zmírnění následků, psychický přínos pocitu znovuzачlenění do pracovního procesu i do společenského života, možnost výdělků, ...), ale i pro zdravotnické instituce (nižší potřeba péče o postižené) a také pro stát (nižší výdaje na podpory, daňový výnos z pracovních příjmů). Proto je procesu ucelené rehabilitace zapotřebí věnovat náležitou a hlavně stálou pozornost.

Soupis bibliografických citací

Tištěné zdroje

1. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN: 80-7367-040-2.
2. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
3. KALITA, Zdeněk a kolektiv. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
4. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr SUCHARDA a kolektiv autorů *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0548-6.
5. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, ISBN 80-244-1154-7.
6. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, ISBN 978-80-7435-109-9.
7. SEIDL Zdeněk, Jiří OBENBERGER, *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN: 80-247-0623-7.
8. TYRLÍKOVÁ, Ivana a kolektiv, *Neurologie pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, ISBN: 80-7913-287-6.
9. TYRLÍKOVÁ, Ivana, Martin BAREŠ a kolektiv, *Neurologie pro nelékařské obory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, ISBN: 978-80-7013-540-2.
10. VOKURKA, Martin a Jan HUGO, *Praktický slovník medicíny*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, ISBN: 978-80-7345-159-2.
11. VOTAVA, Jiří a kolektiv, *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, ISBN: 80-246-0708-5.

Závěrečné VŠ práce

1. LORENCOVÁ, Jarmila. *Účinnost rehabilitace u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou*. Brno, 2009. 72 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, fakulta lékařská. Vedoucí práce Mgr. Martina Tarasová
2. SLOUKOVÁ, Lucie. *Vliv cévní mozkové příhody na rodinný život*. Brno, 2010. 40 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, fakulta pedagogická. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková, Ph.D.

3. ZEMKOVÁ, Libuše. *Plánování rozvoje sociálních služeb v regionu Smiřice*. Hradec Králové, 2010. 63 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, fakulta pedagogická. Vedoucí práce PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Zákony

1. Česko. Zákon č 2 ze dne 16.prosince 1992 o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁC A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky. In Sběrka zákonů České republiky. 1992. částka 1 s. 17 – 23.
2. Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března. 2006 o sociálních službách. In Sběrka zákonů České republiky. 2006. částka 37 s. 1 257 – 1 289. ISSN: 1211 – 1244.
3. Česko. Zákon č. 155 ze dne 4. srpna 1995 o důchodovém pojištění. In Sběrka zákonů České republiky. 1995. částka 41 s. 1 986 – 2 011.
4. Česko. Zákon č. 329 ze dne 14. listopadu 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In Sběrka zákonů České republiky. 2011. částka 115 3. 3 970 – 3 994. ISSN: 1211 – 1244.
5. Česko. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In Sběrka zákonů České republiky. 2011. částka 131 s. 4 730 – 4 801. ISSN 1211 – 1244.
6. Česko. Zákon č. 435 ze dne 23. července 2004 o zaměstnanosti. In Sběrka zákonů České republiky. 2004. částka 143 s. 8 270 – 8 316.

Články v seriálové publikaci (časopisu)

1. VOTAVA, Jiří. *Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě*. 184 - 189. Dostupné z: <http://www.neurologiepraxi.cz/artkey/neu-200104-0006.php>
2. ZVOLSKÝ, Miroslav. *Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 2003 - 2010*. In: Aktuální informace ÚZIS ČR ze dne 7. 2. 2012. Praha, 2012. Dostupné z: <http://uzis.cz/rychle-informace/hospitalizovani-zemreli-cevni-nemoci-mozku-cr-letech-2003-2010>

Webové zdroje

1. Věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením. In: [online]. [cit. 2013-06-30]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/vzz-o-rehabilitaci-ozp.pdf>
2. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Osud koordinované rehabilitace*. In: [online]. 2011. vyd. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
3. Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. In: [online]. [cit. 2013-03.25].

4. KALINA, Miroslav. *Akutní mozková hemoragie: diagnostika a léčba*. In: Interní medicína: mezioborové přehledy [online]. 2002, roč. 2002, č. 6, 22 - 28 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/artkey/int-200206-0013.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dkalina%20miroslav%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
5. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. In: [online]. 2010. vyd.: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2012-12-12]. ISBN 978-80-7421-021-1. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf