

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Vliv cévní mozkové příhody na život postiženého a rodiny**

Bc. Michaela Matějčíková

vedoucí práce: Mgr. Martin Prokeš

Praha 2012

# Prague College of Psychosocial Studies



## Impact of stroke on the lives of clients and their families

Bc. Michaela Matějčková

The Diploma Thesis work Supervisor: Mgr. Martin Prokeš

Praha 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Praze dne 31. srpna 2012

Michaela Matějčíková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Mgr. Martinu Prokešovi za odborné vedení a pomoc při realizaci diplomové práce. Děkuji také za spolupráci panu Dohnálkovi a občanskému poradenskému středisku ICTUS za poskytnutí cenných informací a praxe nutných k tvorbě této diplomové práce.

## Anotace

Autorka popisuje situaci klientů po cévní mozkové příhodě.

Za cíl diplomové práce si autorka dala zmapování situace klientů po prodělané cévní mozkové příhodě pomocí případových studií a rozhovorů s klienty a jejich rodinami.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretické části předchází úvod, kde autorka vysvětluje výběr tématu a cíle práce. Teoretická část je sestavena pomocí dostupné odborné české a zahraniční literatury, internetových stránek a zákonů, které úzce souvisí s tématem diplomové práce. Teoretická část je složena ze dvou kapitol, v první kapitole se autorka věnuje představení mozkové mrtvice v historickém kontextu, popisu vzniku, typů, následků a faktorů ovlivňujících vznik cévní mozkové příhody. Druhá kapitola teoretické části se věnuje popisu možností léčby, rehabilitace a terapie klientů a jejich rodin. Praktická část je sestavena z případových prací a rozhovorů s klienty po prodělané cévní mozkové příhodě a jejich rodinami. Případová práce popisují náplň aktivit svépomocné skupiny Ictus o.p.s., anamnestické dotazníky spolu s rozhovory s klienty a jejich rodinami. V závěru praktické části autorka shrnuje získané výsledky z případových prací z pohledů klienta a jeho rodiny.

V poslední části se autorka věnuje shrnutí diplomové práce a zhodnocení naplnění cílů, které si dala v úvodu.

## Klíčová slova

Mozková mrtvice

Rehabilitace

Terapie

Ergoterapie, pracovní terapie

Logopedie

Případová studie

Aktivita denního života

Spasticita

## Abstrakt

The author describes the situation of the clients after stroke.

The objective of the thesis the author gave the clients to analyze the situation after a stroke through case studies and interviews with clients and their families.

The thesis is divided into theoretical and practical. The theoretical part is preceded by an introduction in which the author explains the choice of topic and project objectives. The theoretical part is built using available professional Czech and foreign literature, websites, and laws that are closely related to the topic of the thesis.

The theoretical part consists of two chapters, the first chapter, the author focuses on the introduction of stroke in a historical context, description of, types, consequences and determinants of stroke. The second chapter of the theoretical part is devoted to the description of treatment options, rehabilitation and therapy clients and their families. The practical part is based on case work and interviews with clients after a stroke and their families. Case study describing the activities of self-help groups filling ictus ops, anamnestic questionnaires along with interviews with clients and their families. In conclusion, the practical part, the author summarizes the results obtained from the case work from the perspectives of the client and his family.

In the last part, the author devotes a summary of the thesis and evaluation of the objectives that you gave in the introduction.

## Key words

Stroke, appoplexy

Rehabilitation

Therapy

Occupational therapy-ergoterapie, pracovní terapie

Speech therapy-logopedie

Case study

Activity daily living

Spasticity

# Obsah

## Úvod

<b>1 Cévní mozková příhoda</b>	<b>8</b>
1.1 Vývoj v diagnostikování cévní mozkové příhody	8
1.2 Obecná charakteristika CMP	9
1.2.1 Klinické příznaky	10
1.2.2 Rizikové faktory	11
1.2.3 Prevence obecně	12
1.3 Typy cévních mozkových příhod	13
1.3.1 Tranzitorní ischemická ataka (TIA)	14
1.3.2 Ischemická cévní mozková příhoda (iCMP)	15
1.3.3 Hemoragická cévní mozková příhoda (hCMP)	16
<b>2 Diagnostikování, léčba a rehabilitace cévní mozkové příhody</b>	<b>18</b>
2.1 Průběh léčby v nemocnici	19
2.1.1 Průběh léčby po přijetí do nemocnice	19
2.1.2 Diagnostické testy	21
2.1.3 Rehabilitace	29
2.2 Průběh léčby po propuštění z nemocnice	38
2.2.1 Psychoterapie	39
2.2.2 Arteterapie	40
2.2.3 Muzikoterapie	41
2.2.4 Taneční a pohybová terapie	42
<b>3 Vliv cévní mozkové příhody na život klienta a jeho rodiny (Praktická část)</b>	<b>43</b>
3.1 Cíl a metody výzkumného projektu	43
3.2 Případové práce	43
3.2.1 Případová práce se skupinou klientů po CMP	43
3.2.2 Alena Šlechtová	53
3.2.3 Hana Jelínková	61
3.2.4 Jan Dohnálek	70
3.2.5 Zdeněk Kozák	80

3.3 Shrnutí výstupů	89
3.3.1 Shrnutí výstupu z rozhovorů s klienty	89
3.3.2 Shrnutí výstupu z rozhovorů s rodinami klientů	90
<b>Závěr</b>	<b>92</b>
<b>Shrnutí</b>	<b>93</b>
<b>Summary</b>	<b>94</b>
<b>Použitá literatura</b>	<b>95</b>
<b>Použitá zahraniční literatura</b>	<b>99</b>
<b>Elektronické prameny</b>	<b>100</b>



# Úvod

Pro diplomovou práci si autorka zvolila téma “Vliv cévní mozkové příhody na klienta a jeho rodinu”. Zvolila si ho z důvodu blízkosti tématu s praxí vykonávanou v průběhu studia, a to praxí s lidmi po cévní mozkové příhodě (dále mrtvice, či CMP) na rehabilitačních pobytech, konaných v zimě, nebo v létě.

V průběhu studia na vysoké škole se povinná praxe ke škole stala dobrovolnickou činností, která bude pokračovat i po ukončení studia. Zkušenosti získané na praxi autorce umožnily a pomohly napsat diplomovou práci, která by mohla přinést stručný a pochopitelný náhled na problematiku života po CMP. Smyslem práce je vytvořit praktický přehled a náhled na situaci lidí po CMP a jejich příbuzných, popřípadě nejbližšího okolí na život po příhodě.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat situaci a život lidí po cévní mozkové příhodě a jejich další možné fungování v normálním životě. Důležitým tématem diplomové práce je rodina člověka po mrtvici, jejich vztah, spolupráce, změny, které mozková příhoda přinesla a zmapování situací, které museli příbuzní řešit.

Diplomová práce je členěna na čtyři základní kapitoly. První kapitola stručně popisuje historický vývoj pojmu mozková mrtvice, dále její diagnostiku, typy, co mozkové mrtvici předchází a následuje. Druhá kapitola se zabývá hlavně pojmem „rehabilitace“ a to z hlediska rehabilitace po mrtvici po příjmu v nemocnici a po dobu pobytu v nemocnici, tak i následnou rehabilitací po propuštění z nemocnice a dalším možnostem jako jsou sociální a pracovní rehabilitace (ergoterapie) aj. Třetí kapitola je praktickou částí diplomové práce a autorka zde uvádí případové práce nabízející pohled na situaci klienta a jeho rodiny. První případová práce se týká skupiny lidí po mozkové mrtvici a je nahlížena jako skupina klientů a popisuje se zde práce týmu na rehabilitačním pobytu, jeho program a možnosti další léčby. Ve čtvrté kapitole autorka shrnuje naplnění cílů diplomové práce a shrnuje celkový přínos práce.

# 1 Cévní mozková příhoda

## 1.1 Vývoj v diagnostikování cévní mozkové příhody

První zmínky o vývoji diagnostikování CMP jsou spojeny s položením prvních základů neurologických aplikací výpočetní tomografie, ty jsou v roce 1963, kdy za spolupráce Allana Mac Leod Cormacka a Godfreyho Newbold Hounsfielda vznikaly nové metody zobrazování lidského těla. Godfrey Newbold Hounsfield v práci pokračoval a v roce 1971 zkonstruoval první klinicky použitelný výpočetní tomograf. Tento nový vynález poskytl možnost zobrazování těla ve vrstvách, tyto vrstvy bylo možné blíže a tím i přesněji analyzovat. Za tento objev byli oba vědci odměněni Nobelovou cenou za medicínu v roce 1979.

Dalším podstatným krokem ve vývoji diagnostikování CMP, byl v roce 1987 objev slip-ring technologie (klouzavé prstence, využívané k přívodu elektrické energie a odvodu dat) a z něj vycházející vznik spirálního (helikálního) výpočetního tomografu (Computer Tomography, CT), který umožňoval zrychlení náběru dat. CT je i v současné době nejužívanějším principem při diagnostikování ischemického i hemoragického iktu.

Vynález digitální subtrakční angiografie se, od roku 1973, stala nedílnou součástí moderních zobrazovacích technik. Využívá se zde vstříknutí kontrastní látky do těla klienta, odečtení kostí a svalů a zobrazení uzávěrů a poškození stěn cév. Tato metoda je detailnější díky kontrastní látce, která se nevyužívá při konvenční angiografii.

Duplexní sonografické vyšetření se provádí od roku 1975 v časně fázi mozkové příhody a má zásadní význam na vytvoření vhodného léčebného plánu. Vyšetření informuje o závažnosti aterotrombotického postižení, poruchách stěn a průtoku krve. Vyšetření se provádí jako kombinace dvourozměrného zobrazování ve škále šedi, kde měříme rychlost průtoku krve.

Magnetická rezonance (magnetic resonance imaging, MRI) byla zavedena kolem roku 1977. Jedná se o zobrazovací metodu, která poskytuje možnost získat řezy určité části těla, které je schopna v současnosti spojovat až do obrazu 3D. MRI využívá velké magnetické pole spolu s elektromagnetickým vlněním ve vysoké frekvenci.

Dalším důležitým krokem ve vývoji diagnostikování CMP bylo uznání nutnosti včasného rozpoznání příznaků a zahájení příslušné léčby. Je zaznamenán velký vývoj v možnostech rehabilitace klientů po CMP (Bruthans aj., 2008). Pro příklad uvádím vývoj nácviku kognitivních funkcí virtuálním programem, kde si klienti vyzkouší běžné denní činnosti v bezpečí nácvikové místnosti. Uznání nutnosti zapojení multidisciplinárního

týmu do léčby klientů po CMP nabízí možnosti dalšího vývoje v budoucnu, kdy bude možné pozorovat účinky aplikování psychoterapie a jiných terapeutických metod, spolu s logopedií a ergoterapií.

## **1.2 Obecná charakteristika CMP**

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO) definuje pojem cévní mozková příhoda (v anglickém jazyce-apoplexy, stroke) jako „rychle progredující poruchu mozkové funkce s fokálními nebo celkovými příznaky trvající více než 24 hodin, anebo končící smrtí pacienta bez jiné zjevné příčiny než cévního původu“ (WHO, 1988, 2002).

Nejčastějším pojmem diplomové práce je „cévní mozková příhoda“, neboli iktus, také jinak a zastarale mrtvice, je druhou nejčastější příčinou úmrtí po celém světě. Ročně mozková mrtvice postihne 15 milionů lidí. Z hlediska statistik umírá v posledních letech na mrtvici méně lidí, u těch, které postihne, jsou její dopady však ničivé a často končí smrtí.

WHO Světová zdravotnická organizace a WSO Světová organizace pro mrtvici vyhláší každý rok 29. říjen jako Světový den mrtvice. Organizováním tohoto dne chtějí připomenout rizika mozkové mrtvice, která se týkají každého z nás. Součástí programu dne mrtvice je kampaň s názvem „1 z 6“, což má představovat počet lidí, které mrtvice postihne, tedy každého šestého člověka.

Pro sjednocení a zajištění podmínek provádění a postupování při CMP a TIA byl vytvořen „standard“ platný pro všechna pracoviště. Hlavním propagátorem ucelení péče o onemocnění CMP byl chomutovský primář neurologie, MUDr. Skřivánek, který podporoval myšlenku, že CMP je problémem neurologie. V roce 1995 byla ve Švédském Helsingborgu zástupci evropských zemí přijata deklarace o „Konsensu péče o cévní mozkové příhody v Evropě“. V Čechách zastupovala péči skupina zainteresovaných neurologů, která vytvořila Cerebrovaskulární sekci v České neurologické společnosti (ČNS) JEP. V řádných volbách v r. 2002 byl tento výbor potvrzen. Neurosonologická skupina byla přijata jako součást sekce. Výbor se zabýval Doporučeními pro diagnostiku, léčbu a prevenci mozkových infarktů a TIA. Ke konci roku 2004 byl sekci a výborem ČNS odsouhlasený a schválený „Národní program péče o CMP v České republice“, který se stal východiskovým materiálem k projednání s Ministerstvem zdravotnictví, se kterým byly

v roce 2008 vytvořeny standardy pro certifikaci iktových center schválené výborem ČNS, což vedlo ve spolupráci s VZP ke vzniku první sítě iktových center. (Kalita, 2006, 2010)

Cévní mozkovou příhodu můžeme dělit z hlediska jejího časového průběhu: TIA (transient ischemic attack) tranzitorní ischemická ataka, jejíž příznaky jsou dočasné mozkové dysfunkce cévního původu, které zcela vymizí do 24 hodin. RIND (reversible ischemic neurological deficit) neboli reverzibilní ischemický neurologický deficit. Jedná se o totéž co TIA, s tím rozdíle, že navrácení funkce trvá déle než 24 hodin, většinou jde o jeden až tři týdny. Je plně vratná, tedy reverzibilní. ES (evolving stroke) v překladu vyvíjející se iktus je postupně narůstající porucha mozkové funkce kvůli zhoršující se fokální mozkové hypoxii. CS (completed stroke) tedy dokončený mozkový infarkt, který je definován závažným, chronickým stavem s trvalými následky (během 24 hodin nedochází k žádné změně v klinických příznacích). (Seidl, 2004).

### **1.2.1 Klinické příznaky**

Nejčastějšími příznaky CMP jsou náhlá slabost a porucha hybnosti tváře či nepohyblivost horní/dolní končetiny poloviny těla, potíže s mluvením, porucha zraku, potíže s chůzí či závratě, bolest hlavy bez zjevné příčiny.

Nejdůležitější je okamžitá reakce na některý z příznaků CMP a včasné zavolání pomoci. Dle statistik se zhruba jedna třetina po mozkové mrtvici vyléčí bez následků, třetina zůstane invalidní a zbylá třetina zemře. Stěžejní pro eliminaci následků je urychlená pomoc.

Níže uvedené úkoly, schválené lékaři, by měli přispět k laickému určení pravděpodobné diagnózy. Poproste postiženého:

-aby se usmál, zapískal či vycenil zuby (při CMP se to postiženému nepodaří, jeden koutek bude pokleslý)

-aby vyslovil jednoduchou větu (při CMP bude postižený koktat, neporozumí úkolu)

-aby zvednul obě ruce před sebe a otočil dlaněmi dolů (při CMP postižená ruka rychle klesá)

Pokud postižený není schopen některého z úkonů, je nutné neprodleně zavolat rychlou záchrannou pomoc.

### **1.2.2 Rizikové faktory**

Cévní mozková porucha nevzniká náhodně. Postihuje většinou osoby trpící nějakou chorobou, která může být predispozicí k mrtvici, jako je například vysoký tlak. Mozková příhoda je také onemocněním týkajícím se současného životního stylu, nebo jinými slovy, špatnými životními návyky. Špatnými návyky jsou myšleny kouření, alkohol, nevyvážená strava, fyzická neaktivita, stres a další.

Rizikové faktory dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ovlivnitelné faktory lze eliminovat např. zdravým životním stylem, sportováním, střídáním stravováním, vyhýbání se alkoholu, cigaretám a drogám.

Druhou skupinou jsou rizikové faktory neovlivnitelné, těmi rozumíme např. věk, genetická predispozice aj.) (Feigin, 2007).

#### **Neovlivnitelné rizikové faktory**

Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, pohlaví, genetická zátěž, meteorologické faktory, nebo také rasové souvislosti. Riziko vzniku CMP se zvyšuje stoupajícím věkem. Nejrizikovější skupinou jsou lidé nad 65 let, jedna čtvrtina iktů vzniká u lidí mladších 65ti let (Feigin, 2007).

Dalším neovlivnitelným faktorem je u CMP pohlaví, častěji totiž postihuje muže, u žen má však horší prognózu a častěji končí smrtí.

#### **Ovlivnitelné rizikové faktory**

Mezi ovlivnitelné faktory patří:

Arteriální hypertenze, nebo zvýšený krevní tlak, je choroba postihující oběhovou soustavu a patří k nejčastějším příčinám smrti v průmyslových zemích.

Feigin (2007) uvádí, že trvale zvýšený tlak krve má za následek „poškození cévních stěn, tvrdnutí tepen, podporuje vznik krevních sraženin a tvorbu výdutí, což může vést ke vzniku iktu zejména u osob starších 45 let“.

Kardiovaskulární onemocnění je historicky hlavní příčinou úmrtí v České republice (CMP je na druhém místě příčin úmrtí, na třetím místě se nachází nádorová onemocnění). Toto onemocnění postihuje srdce a cévy a může mít mnoho podob jako vysoký krevní tlak, ischemická srdeční onemocnění a CMP. Ročně na kardiovaskulární onemocnění zemře 40% lidí.

Ateroskleróza, také arterioskleróza, je definována jako degenerativní onemocnění cévních stěn, při němž dochází ke kornatění tepen a zužování jejich průsvitu. Důsledkem

tohoto zúžení cévy, je špatné prokrvení orgánu kam céva míří. Postižení mozkových cév spolu s přibývajícím věkem vede ke zhoršení prokrvení mozku kde, jako první reagují paměťové buňky, které jsou nejvíce závislé na příjmu kyslíku a živin. Toto onemocnění vede ke vzniku zapomínání „sklerózy“, ale také je jednou z hlavních příčin vzniku ischemické CMP a TIA (tranzitorní ischemická ataka). U 20–30 % případů je prvotní příčinou zúžení karotické tepny na krku (Feigin, 2007).

Hypercholesterolemie, neboli zvýšený cholesterol, je charakterizována zvýšenou hladinou lipidů v krvi (cholesterolu a triacylglycerolů) je výrazně zvyšujícím faktorem rizika vzniku aterosklerózy. U tohoto onemocnění se jedná o tzv. „špatný“ cholesterol, usazující se na vnitřní straně tepen a podílející se tak na vzniku aterosklerotických plátů, způsobujících stenózu tepny a aterosklerózu, které mohou vyústit v CMP (Feigin, 2007)

Diabetes mellitus, česky úplavice cukrová, krátce cukrovka, je v současnosti častá porucha postihující přibližně jednoho z třiceti dospělých. Diabetici mají větší riziko vzniku výše zmíněné aterosklerózy, hypertenze, obezity nebo dyslipidémie dvakrát vyšší než zdraví lidé. Riziku vzniku CMP jsou tedy vystaveni dvakrát až šestkrát více než lidé bez diabetu (Krajíčková, 2006). Dalším z rizikových faktorů ovlivňujícím vznik CMP je kouření, které negativně ovlivňuje zdravotní stav, způsobuje kardiovaskulární a cévní onemocnění, snižuje imunitu a tím zvyšuje riziko výskytu CMP až čtyřikrát.

### **Potenciálně ovlivnitelné faktory**

Třetí skupinou rizikových faktorů, je skupina méně dobře prokázaných, či potenciálně ovlivnitelných faktorů. Těmito faktory jsou alkohol, hormonální antikoncepce, strava (nadměrná konzumace cukrů, soli a tuků), obezita, fyzická neaktivita, drogy, nebo zánětlivé procesy (Waberžinek 2006).

### **1.2.3 Prevence obecně**

Z hlediska předcházení onemocnění je nutné zmínit primární prevenci, která spočívá v omezení kouření, ovlivnění a zlepšení stravovacích (hyperlipidémie), cukrovky a dalších nemocí zvyšujících rizika vzniku CMP. Pro ischemické příhody je prevence stejná jako pro klinické projevy aterosklerózy, která se může vyvinout v pokročilejší stadium komplikované trombotickými procesy, jež vedou k zužování tepny (aterotrombóza). Pro hemoragický typ cévních mozkových příhod je hlavním preventivním opatřením pravidelná kontrola arteriální hypertenze.

**Primární prevence** cerebrovaskulárních onemocnění by měla být jednou z hlavních priorit zdravotní politiky státu. Důležitou roli v primární prevenci hraje vzdělávání a zvýšení informovanosti obyvatelstva o příčinách vzniku cévních mozkových příhod a o možnostech jak jim předcházet a jak postupovat při odhalení příznaků a nutnosti včasného přivolání rychlé záchranné pomoci. Primární prevence by měla být organizována za spolupráce s praktickými lékaři a příslušnými odbornými společnostmi (obory preventivní hygieny a epidemiologie, neurologická a interní společnost).

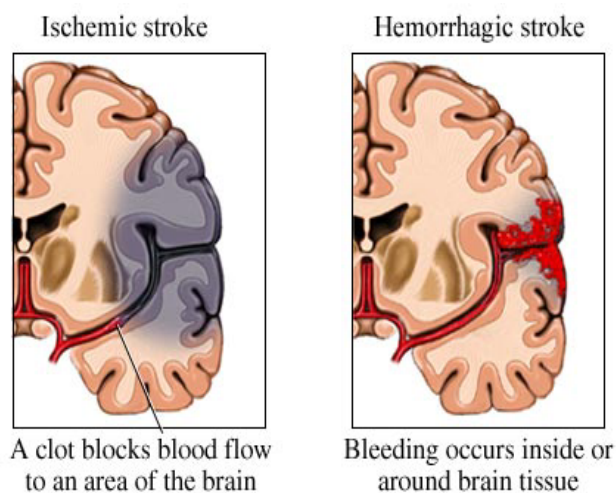
**Sekundární prevence** po proběhlé TIA může významně snížit riziko následného mozkového infarktu. Aby léčba cerebrovaskulárních onemocnění byla úspěšná, je nutné dodržet zásady sekundární prevence, mezi které patří specifické medikamentózní postupy (antiagregační či antikoagulační terapii), důsledné dodržování zásad primární prevence.

### 1.3 Typy cévních mozkových příhod

Stěžejním pojmem pro léčbu CMP je čas. Pokud se nemocní po mrtvici dostanou na speciální neurologická lůžka na jednotkách intenzivní péče dostatečně rychle, dostanou léky, které umí rozpustit krevní sraženinu v tepně vedoucí do mozku. Pokud vznikne prodleva v dopravení nemocného k ošetření a diagnostice, začnou buňky v mozku odumírat: každou minutu odumřou dva miliony buněk. Z pacienta se může bez včasného zásahu nepohyblivý a nemluvící člověk, neschopný sebeobsluhy a odkázaný na pomoc okolí či ústavu.

Obrázek 1.:

Obrázek 1 prezentuje oba typy cévní mozkové příhody. Levá část obrázku ukazuje ischemickou cévní příhodu (iCMP). V místě, na které směřuje čára, došlo k ucpání cévy a šedivě značená oblast ukazuje tu část mozku, která se ocitla bez zásobení kyslíkem a živinami. Pravá polovina prezentace ukazuje krvácivou cévní příhodu (hCMP),



kdy došlo k poškození, protržení cévy kde se krev rozlila do okolí a poškodila okolní mozkové tkáně.

Podle dat Ústavu zdravotnických dat a statistiky ČR (ÚZIS ČR 2011) bylo v roce 2009 v ČR hospitalizováno 57 713 osob po cévním onemocnění mozku. Diagnóza cévní mozkové příhody si vyžádala v roce 2009 v ČR 12 192 mrtvých.

### **1.3.1 Tranzitorní ischemická ataka (TIA)**

Samotné ischemické mozkové příhodě může předcházet tzv. Transientní Ischemická Ataka (TIA), tento pojem lze přeložit jako dočasný záchvat ischemie. Způsobuje ji snížení průtoku krve v mozkové tepně, či vmetení malé sraženiny z krkavice do některé z mozkových cév, která cévu ucpe, tato sraženina má jen dočasné následky a je tělem rozpuštěna. Ataka je krátká a může mít mnoho podob, často jí provází ztráta zraku na jedno oko, narušená hybnost některé z končetin, potíže s mluvením, amnézie, zmatenost aj. Často jsou tyto projevy mylně prezentovány a příhoda není léčena. Česká neurologická společnost J.E.P. vytvořila Cerebrovaskulární sekci, která se stala předkladatelem a garantem standardu (viz 1.2 o vytvoření a přijetí standardu)

Nejčastější příčiny TIA:

- Ateroskleróza postihující krční a méně často intrakraniální tepny
- Embolizace (vmetení embolu) z kardiálního, či jiného zdroje
- Poškození drobných krevních cév, které vede k porušení průtoku krve (mikroangiopatie) postihující perforující arterioly

Z hlediska postupu při péči o pacienta po TIA zmiňujeme přednemocniční péči (interní ambulance, neurologická ambulance, ordinace praktického lékaře, pohotovost, záchranná služba), nemocniční péče (hospitalizace na standardním neurologickém oddělení, popřípadě na jiném nemocničním oddělení-interním, nebo geriatrickém, hospitalizace na iktové jednotce jako součásti neurologické JIP) a ambulantní péče (neurologická ambulance, ordinace praktického lékaře, interní ambulance, případně kardiologická ambulance), doplňková péče je podle potřeby uskutečňována na radiologickém, neurochirurgickém, nebo cévně-chirurgickém pracovišti).

Pacient po proběhlé TIA je brán za akutně nemocného a to z důvodu vysokého rizika vzniku mozkového infarktu, jeho hospitalizace je nutná k provedení co nejrychlejší identifikace příčiny a možnosti jejího odstranění. Důvod (indikace) k hospitalizaci pacienta



po TIA se určuje podle zdravotního stavu v prvních 24-48 hodinách od ataky. (Kalita, 2002)

### **1.3.2 Ischemická cévní mozková příhoda (iCMP)**

Ischemická mozková příhoda je způsobena nedokrevností v určité oblasti mozku (většinou se stane následkem trombotického uzávěru některé z hlavních tepen, nebo vznikem embolizace, tedy vmetením embolu do jedné z hlavních tepen, nejvýznamnější je zde krkavice, při jejímž aterosklerotickém porušení cévy a jejím následném prasknutí, vznikne sraženina, kterou proud krve vmete do některé z mozkových cév), v řadě případů může být nedokrvenost také způsobena poklesem průtoku krve z jiných příčin, jako např. při výrazném poklesu tlaku v krevním oběhu apod.). Mechanismus ischemické příhody je v základu podobný infarktu myokardu. Velký rozdíl je však v průběhu ischemie, buňky srdeční svaloviny vydrží bez kyslíku i několik hodin, na lékařský zákrok je tedy poměrně dost času, oproti tomu mozkové buňky bez kyslíku naživu vydrží pouze několik minut, účinná pomoc se stává v podstatě nemožnou a na lékaři je okusit se minimalizovat poškození a odumření co nejmenšího množství buněk.

Ischemických příhod je přibližně 80-85 %, je tedy výrazně častější než hemoragická příhoda. Tento typ příhody postihuje většinou jedince ve věku 60-70let, přičemž úmrtnost je přibližně 20%. Závažnost postižení se odvíjí od toho, jaké povodí ischemie postihne, povodí dělíme na vertebrobazilární tedy zadní či karotické neboli přední. U postižení zadního povodí je vyšší úmrtnost než ucpání předního povodí. Při uzávěru předního povodí, vedoucího okysličenou krev hemisfér mozku, je důležité, jestli zasáhne dominantní (pro praváky levou, pro leváky pravou) či nedominantní hemisféru. Při postižení dominantní hemisféry, zůstane klient na půl těla ochrnutý (hemiparéza či hemiplegie), není schopen mluvit a je postiženo i myšlení. Při zasažení nedominantní hemisféry, zůstane u praváka zachována řeč a ztráta hybnosti se týká „levostranných“ končetin, klientovi zůstává schopnost psát apod. Může zde dojít k neglect syndromu, tedy ztrátě vnímání levé poloviny těla. Intenzita příznaků závisí na míře a rozsahu postižené mozkové tkáně.

## Shrnutí rizik způsobujících iCMP

- vysoký krevní tlak
- pokročilejší aterosklerotické postižení cév, vedoucí k prasknutí a následnému vmetení embolu do krevního řečiště
- ucpaní mozkových tepen uvolněním trombu či sklerotického plátu, z některé z větších cév či tepen
- srdeční arytmie
- trombofilní stavy (stavy zvyšující tendence vytváření sraženin)
- CMP vzniklá z dehydratace (nejčastěji v létě)
- nepřírozená poloha hlavy může přispět k zaškrcení, či zneprůchodnění vertebrobazilárního povodí (tepny vedoucí přes obratle krční páteře mohou být stlačeny při nepřírozené poloze např. při dlouhém spánku v autě, kdy je hlava nepříznivě zakloněna nebo v rotaci)

Jak již bylo řečeno v první kapitole (1.2.2 Rizikové faktory), hlavním rizikovým faktorem je ateroskleróza a onemocnění z ní vycházející.

Prevence aterosklerózy není složitá, nutností je zde dodržování pravidelných preventivních prohlídek u lékaře, který fonendoskopem poslechem vyšetří krkavici, kde by při onemocnění byla slyšet šelest. Ateroskleróza krkavic nebolí, proto je pro nemocného člověka nerozpoznatelná. Z hlediska následků je nutné rozpoznat možné blížící se riziko ischemické příhody. Samotné ischemii může předcházet tzv. Transientní Ischemická Ataka (TIA) viz. kapitola 1.3.1.

Současná medicína se snaží následky mozkové příhody minimalizovat, ta však stále zůstává devastující. V civilizovaných zemích je ischemická srdeční choroba a infarkt myokardu na postupu a dostala se na třetí místo mezi příčinami úmrtí.

### **1.3.3 Hemoragická cévní mozková příhoda (hCMP)**

Hemoragická mozková příhoda je způsobena krvácením do mozku, tvoří přibližně 15-20 % všech CMP, její následky jsou však mnohem horší. Krvácivá mozková mrtvice postihuje hlavně jedince ve věku 50-60 let a úmrtnost u tohoto typu je 50 % z nemocných. Při jejím diagnostikování by měl lékař zvážit možnost, že krvácení může být způsobeno sekundárními změnami v ložisku původního infarktu mozku. Mozek je zásoben zepředu

dvěma vnitřními karotickými tepnami (krkavice) a zezadu dvěma vertebrálními (páteřními) tepnami, vertebrální tepny se spojí v bazilární tepnu na úrovni mozkového kmene. Mozkové hemisféry jsou zásobeny především karotickými tepnami, vertebrální tepny (po jejich spojení bazilární tepna) zásobují vývojově starší část mozku a mozkový kmen, kde jsou umístěna vitálně důležitá centra (tonus cév, řízení srdeční činnosti, řízení dýchání). Prochází tudy všechny důležité dráhy, vedoucí z hemisfér dolů do míchy a řídí koordinaci a pohyb. Pacient není schopen přežít, pokud dojde k nevratnému poškození mozkového kmene ve větším rozsahu.

Shrnutí rizik způsobujících hCMP

- vysoký krevní tlak
- "prasknutí" mozkové výdutě
- krvácení z cévní malformace (vrozená vývojová vada)
- následkem zánětu cévní stěny
- následkem některých infekcí
- abúzus drog (nadužívání, zneužívání drog)
- při úrazu, traumatu hlavy

Projevy hemoragické mrtvice jsou v podstatě podobné ischemickým CMP, může se projevovat jako izolovaná bolest hlavy, nauzea, ale také náhlé kóma s projevy smrti mozku. V některých případech bývají projevy mnohem silnější a častěji vedou ke smrti (až polovina úmrtí je hemoragické etiologie). Zásadní je zde prevence a léčba vysokého krevního tlaku, který je hlavním rizikovým faktorem hemoragické CMP, právě dlouhodobé neléčení vysokého krevního tlaku způsobí narušení malých mozkových cév, které po prasknutí mohou způsobit krvácení do mozku. U některých případů hraje roli i genetická predispozice vrozeného oslabení cévních stěn mozku. Vlivem i normálního tlaku se stěny cév začínají vydouvat, vzniklé výchlípky nazýváme aneuryzmata, jejichž stěny snadněji praskají a tím vzniká nebezpečná forma hCMP.

Diagnóza hCMP se provádí vstupním CT nebo MR mozku, důležitým krokem je umístění klienta na monitorované lůžko na neurologický nebo neurochirurgický JIP. Platné zásady léčby jsou zde zabránění sekundárnímu poškození centrální nervové soustavy (obecné zásady rehabilitace u CMP, léčba nitrolební hypertenze), prevence recidivy krvácení (léčba zdroje krvácení, korekce koagulace-vyloučení pevné látky z řečiště).

## **2 Diagnostikování, léčba a rehabilitace cévní mozkové příhody**

### **Úspěšná rehabilitace během i po propuštění z nemocnice závisí na:**

- Snaze a osobnímu zapojení do vytvořeného rehabilitačního programu

Rozhodujícím faktorem úspěchu u člověka po prožití CMP a jeho rodiny je motivace. Klient se musí v nové situaci zorientovat, přijmout stávající postavení a najít naději pro další práci na sobě, tedy souhlasit s dlouhodobým programem, který je závislý na ekonomické situaci klienta, malou dostupností profesionálů, mezerách v nabídce rehabilitačních procedur. Důležitou roli zde hraje rodina, která klientovi poskytuje zázemí a bezpečné útočiště. Pro rodinu je také podstatné udržet si naději a sílu pro další práci s klientem, musí ho doprovázet na rehabilitaci, zprostředkovávat kontakt se společností, motivovat klienta k dalším snahám o zlepšení stavu.

- Přijetí a uvědomění si postižení a z něho vycházejících limitů

Klienti po CMP se často snaží vyhnout přiznání si limitů, které omezují jejich život. Nechtějí si přiznat, že po příhodě již nejsou schopni vykonávat běžné činnosti a odmítají se učit obyčejné denní úkony, protože si nechtějí přiznat, že již nejsou schopni vše obstarat sami. Důležité je zde vytrvat ve snaze přesvědčit klienta o nutnosti rehabilitace, která vede ke zlepšení klientova stavu a přijetí postižení jako součást jeho života, kterou není nutné popírat. Přijetí postižení přichází většinou až v průběhu let, nelze očekávat, že se klient s novou situací vyrovná ihned.

- Emocionální stabilitě

Klienti po mozkové příhodě mohou trpět poruchami nálady, izolací, kognitivními poruchami, potížemi při pohybu. Klient se může cítit vyloučený ze společnosti, odmítaný přáteli, či může mít dojem, že není v rodině vítán a přináší jen potíže. Úloha klientova nejbližšího okolí je zde velmi důležitá, protože pokud má klient stabilní a přijímající prostředí, může i on sám sebe přijmout a začít pracovat na vlastním vnímání okolí a znovuzískávání sebedůvěry. Podstatné je také vybudování plánů do budoucna, nacházet klientovi zájmy, vytvářet cíle, které chce naplnit. Důležitou roli zde může sehrát profesionální psychoterapeutická a logopedická pomoc, pomoc týmu odborníků (case management), popřípadě i medikace (např. antidepresivy).

## **2.1. Průběh léčby v nemocnici**

Pro správnou léčbu mozkové příhody je nejdůležitější její včasné rozpoznání. Stěžejní roli v úspěšné léčbě a rehabilitaci člověka po CMP hraje čas. Včasné přivolání rychlé záchranné pomoci (RZP), popřípadě převezení klienta do nemocnice, má největší vliv na jeho následovné ošetření a rychlost jeho rekonvalescence. Klient po prodělané CMP je hospitalizován na neurologickém JIP (jednotka intenzivní péče), po té na neurologickém standardním oddělení a nakonec na lůžkovém rehabilitačním oddělení. U těžkých poranění, po absolvování rehabilitační léčby, po propuštění do domácí péče je nutné zabezpečit návaznou další péči. Klientům po propuštění do domácí péče je doporučováno absolvování rehabilitačních pobytů v ústavu, či v lázních.

### **2.1.1 Průběh léčby po přijetí do nemocnice**

Po převezení klienta po dokonané CMP následují vyšetření buď ambulantně, nebo po hospitalizaci:

- Měření krevního tlaku a neurologická vyšetření
- Duplexní sonografické vyšetření extrakraniálních tepen (dvourozměrná ultrazvuková metoda vyšetření cév, s měřením rychlosti průtoku krve)
- CT mozku (Computer Tomography)
- Laboratorní vyšetření (biochemický screening, krevní obraz, srážlivost krve, speciální laboratorní a genetická vyšetření)
- Interní, nebo i kardiologické vyšetření spolu s EKG (Elektrokardiogram -funkční vyšetření elektrické aktivity myokardu)

V nemocniční péči je možné provést i další návazná vyšetření:

- Sonografické vyšetření nitrolebních tepen, popřípadě provedení specializovaného vyšetření, např. detekce mikroembolizací a další.
- rentgen plic
- Vyšetření cév mozku pomocí CT radiologického vyšetření (angiografie), vyšetření průběhu cévního systému magnetickou rezonancí či digitální subtrakční angiografií (DSA)
- Vyšetření magnetickou rezonancí
- ultrazvukové vyšetření srdce (echokardiografie) za použití dvou metod-sonda se přikládá na oblast hrudníku (transthorakální vyšetření), sonda se zavede na oblast jícnu, který na srdeční oddíly naléhá (transezofageální)

-Holterovo monitorování EKG, které poskytne 24hodinový pohled na elektrickou aktivitu myokardu a tlak krve

-SPECT(Single photon emission computed tomography-jednofotonová výpočetní emisní tomografie) mozku použitím metody HMPAO (lipofilní látka zobrazující distribuci dopaminových transportérů mozku) včetně stanovení mozkocévní rezervní kapacity

-Elektroencefalografie (EEG) provádí funkční elektrické aktivity mozku

Léčba v nemocnici probíhá v následujících bodech:

- Specifická léky prováděná preventivní léčba (podle předpokládané příčiny TIA, podáváme buď antiagregační či antikoagulační). Léčba musí být zahájena neprodleně po proběhlé TIA.
- Návazná preventivní léčba je shodná s pravidly sekundární prevence (tedy antiagregační, nebo antikoagulační medikace)
- Léčebná plán u pacienta po TIA se odvíjí od celkového zdravotního stavu a detekci přidružených onemocnění a jejich léčbě.

Ukončení procesu léčby je možné pokud:

- bylo dosaženo léčebného cíle
- není možné prokázat efektivitu léčby (nedošlo k zlepšení po aplikaci botulotoxinu v kombinaci s fyzioterapií a ergoterapií)

Měření efektivity nemocniční péče po CMP lze odvozovat od:

- komplexnosti a systematičnosti péče
- reálnosti a dosažitelnosti stanovených cílů
- využití škál pro měření postižení (testy samostatnosti, kvality života, pohyblivosti a další), na jejichž základě bude vytvořený léčebný plán multidisciplinárním týmem

Péče organizace o klienty s cerebrovaskulárních onemocnění je upravena věstníkem č. 2/2010 Ministerstva zdravotnictví ČR o třístupňové péči, ta se týká technických, personálních a materiálních podmínek. Základním principem této nově definované sítě pro zdravotnická zařízení komplexních, cerebrovaskulárních center (KCC) a iktových center (IC) je pravidlem, že všichni pacienti s akutní CMP budou od 1. 1. 2011 systémem územní rychlé záchranné služby transportováni pouze do zdravotnického zařízení (IC, KCC), které

se nachází nejbliže, splňuje personální a materiální podmínky pro poskytování akutní, a pak i následné léčby.

### **2.1.2 Diagnostické testy**

Pro měření neurologických poruch využíváme řadu hodnotících škál. Klasická neurologie prošla velkým vývojem, protože její metody byly prováděny systematicky a standardizovaně, tudíž získal obor pevné, bezpečné vědecké základy. Klasické neurologické vyšetření má celosvětový standard a na jednotlivých pracovištích se prakticky neodlišuje.

Pro jednotlivá onemocnění se využívají specifické testy, podle jejichž výsledku jsme schopni určit závažnost poruchy. Níže uvádím nejužívanější škály a testy využívané v diagnostikování CMP a měření míry postižení, soběstačnosti, kvality života aj.

### **Klasifikace míry postižení**

#### Léčba spasticity

Spasticita je častým a trvalým následkem po prodělané CMP. Postiženého výrazně omezuje v sebeobsluze, soběstačnosti, způsobuje stav svalového napětí a stává se také zdrojem dalších komplikací (dekubitů, bolestí, kožních infekcí).

Spasticita je onemocněním způsobujícím:

- zhoršenou hybnost, pohyblivost a funkční stav klienta
- omezení v běžných denních činnostech a v soběstačnosti
- zhoršení kvality klientova života
- v případě prohloubené spasticity je nutná hospitalizace a přináší nárůst náročnosti péče o klienta
- zvyšuje riziko pádu klienta a z něj vyplívající další zranění

Cílem léčby spasticity je zlepšení zvládnutí denních aktivit jako jsou osobní hygiena, oblékání, lokomoce a další. Výsledkem pozitivního ovlivnění spasticity je snížení bolesti, zlepšení integrace klienta a snížení zátěže kladené na péči o klienta.

Podle závažnosti dělíme spasticitu na:

- Lehká forma- mírné spazmy (křeče), klonus (stahy a následná uvolnění svalů), zvýšený tonus, pouze malé omezení pohybu

- Střední forma- výraznější zvýšení tonu (svalového napětí), omezení pohybu ve větším rozsahu, možnost rozvoje kontraktur (zkrácení svalů), problémy s uvolněním stisku ruky, potíže při chůzi a otáčení na lůžku
- Těžká forma- výrazné zvýšení svalového napětí a výrazné omezení pohyblivosti, rozvoj kontraktur, výrazné potíže s přesunem, sezením

Léčba musí být zahájena nejlépe ihned po dokonané CMP, součástí léčby kromě medikace je i fyzioterapie (svalová aktivita za účelem navrácení hybnosti a jemné motoriky, nebo například orofaciální stimulace-masáže obličejového svalstva) a souběžně s ní probíhající ergoterapie (zaměřená na nácvik soběstačnosti, zvládání intimní hygieny aj.).

Odborníkem rehabilitujícím spasticitu je zde myšlen neurolog či pracovník rehabilitační ambulance včetně denního rehabilitačního stacionáře, popřípadě s lůžkovým zařízením.

Odborný personál představuje v rehabilitaci spasticity neurolog, rehabilitační lékař, fyzioterapeut spolu s ergoterapeutem.

Doporučené testovací škály k optimalizaci a efektní léčbě spasticity

- Škála svalového hypertonu - reflexně udržované napětí svalů
- Vyšetření rozsahu pohybu v kloubu (goniometrické měření)
- Měření míry soběstačnosti a funkční nezávislosti (FIM -Functional Independence Measure), Barthelové index (BI)
- Funkční hodnocení užitě ergoterapeutem (Instrumental ADL)
- Škál hodnotící bolest – vizuální analogová škála bolesti (VAS - žádná bolest až nesnesitelná bolest)
- Skóre disability - Disability Assessment Score, DAS (porucha řeči, motoriky, soběstačnosti, komunikace aj.)
- Hodnocení kvality života (BI, zkrácený dotazník kvality života SF-36 aj.)
- Mezinárodní klasifikace funkcí (ICF- International Classification of Function)

### **Test Aktivity denního života (ADL)**

ADL dotazníky jsou důležitou klasifikační metodou u lidí po CMP při vytváření rehabilitačního plánu (užívá se také u podezření na onemocnění Alzheimerovou chorobou). Testování kognitivních funkcí (např. MMSE-minimální state exam), spolu s testem Adl



(aktivity daily living-denní aktivity denního života) a lokomoce (schopnost pohybu v prostoru a čase pomocí svalové činnosti, jež zajišťuje lokomoční systém, jehož podsystém se nazývá pohybový) poskytují souhrnný pohled na míru soběstačnosti člověka po příhodě.

Termín „activities of daily living“, zkráceně ADL, by se dal volně přeložit jako všední denní činnosti, či běžní denní aktivity (VOTAVA, 2001).

Rozlišujeme dvě základní skupiny ADL:

- Základní ADL (basic ADL, zkráceně bADL) hodnotí se zde jedení, kontinence (ta dnes do ADL testu není řazena), tělesná mobilita, používání toalety, oblékání a koupání a další aktivity.
- Druhou skupinou aktivit řazených do měření je skupina instrumentální ADL (instrumental ADL, zkráceně iADL). Hodnotí se zde zvládnutí používání telefonu, schopnost nakládat s financemi, příprava jídla, dodržování braní léků, nebo například nakupování.

Rozdělení aktivit do skupin bADL a iADL je podstatné pro klinickou relevanci. U obou typů je pozorovatelné zhoršení v průběhu nemoci, iADL jsou však postiženy dříve zatímco bADL zůstávají někdy zachovány (například u demence, kdy je bADL dlouho po propuknutí zachován). Testování bADL i iADL nabízí náhled na zlepšující se, či zhoršující se tendenci v různých stádiích onemocnění. Při použití pouze jedné metody, například bADL, bychom nezachytili počáteční projevy postižení. Test ADL neprošel za poslední léta velkými změnami, o čemž vypovídá i ponechání otázek zaměřených spíše na kognitivní funkce (neschopnost rozhodování), nebo otázek zaměřených spíše na tělesné funkce (např. udržení moči). Záchytným bodem by zde mohlo být schéma ICF International Classification of Function (MKF Mezinárodní klasifikace funkcí).

### **Test hodnocení soběstačnosti (BI-Barthel index)**

Test soběstačnosti dle Barthelové (BI-Barthel index) jedná se o nejznámější test aktivit užívaný v ošetrovatelské praxi ke stanovení míry soběstačnosti a funkční zdatnosti jedinců se zdravotním postižením jako je například cévní mozková příhoda. Test byl původně vytvořen k měření neuromuskulárních onemocnění v roce 1955 původně pro hodnocení chronických neuromuskulárních onemocnění. Teprve později našel využití v měření míry soběstačnosti u lidí po poranění mozku a dalších postižení a stal se jednoduchým, funkčním testem využívaným v klinické praxi. Pomocí BI se měří 10 základních činností, jako jsou osobní hygiena, přijímání potravy, koupání, oblékání, udržení moči, udržení stolice, lokomoce a další. Pokud klient získá nejvyššího skóre, neznamená to nutně plnou soběstačnost v aktivitách denního života, protože test nepodává náhled na širší schopnost zvládnutí běžných činností (např. domácí práce aj.) Testem BI neměříme psychické funkce ani sociální adaptabilitu klienta, ale získáme náhled na klientovu míru soběstačnosti, ze které dokážeme usuzovat na program nácviků denních aktivit života. BI test je v současnosti hojně užíván v mnoha modifikacích (např. BI pro funkční hodnocení starých lidí, do testu jsou přidány vyšetření sensorických funkcí, jako je zrak a sluch). Časem v USA vznikl nárok na zohlednění klientových společenských vztahů a komunikaci s okolím, což vedlo k sestavení testu funkční nezávislosti (FIM), který je od roku 1987 užíván i v Evropě (Zahradnická, 2004).

### **Test Funkční míry nezávislosti (Functional Independence Measures, FIM)**

FIM nabízí možnosti měření míry soběstačnosti a funkční nezávislosti. Z testu se dozvídáme důležité informace o klientově motorických a kognitivních funkcích v kontextu každodenních činností, o míře nezávislosti na dalších osobách, o schopnosti uspokojit vlastní základní potřeby (Zahradnická, 2004).

FIM se zaměřuje na 6 hlavních okruhů činností, jimiž jsou sebeobsluha (jedení, úprava zevnějšku aj.), kontrola svěračů (kontinence moči a stolice), mobilita (přesuny na postel, židli, WC), lokomoce (pohyb, chůze schody), komunikace (vnímání a vyjadřování) a sociální adaptabilita (začlenění do společnosti, vnímání aj.).

Testem zjistíme míru nezávislosti klienta na pomoci od další osoby. Škála se pohybuje od úplné soběstačnosti až po nutnost plné pomoci klientovi se všemi běžnými činnostmi. Výhodou FIM testu je širší orientace v hodnocení vyšších mozkových funkcí, jako jsou například porozumění, řešení problémů, paměť a další. Pro klienty s poškozením mozku je využívána i obsáhlejší verze základního FIM testu, která je rozšířená o 12 dalších

položek zaměřených na čtení, psaní, pozornost, srozumitelnost řeči a další. Základní FIM test nabízí snadnou administraci, léty používání jasně definovaný manuál vyhodnocování a vysokou objektivitu.

### **Mezinárodní klasifikace funkcí (International Classification of Function, ICF)**

Test ICF je doporučován WHO, dále také vyhláškou Českého statistického úřadu, jako oficiální klasifikace k měření samostatnosti a soběstačnosti klienta.

Využívá pětistupňovou škálu hodnocení:

- samotné funkce bez ohledu na diagnózu
- vlastních aktivit jedince bez pomoci společnosti ani pomůcek
- míry participace, tedy schopnost jedince se zorientovat v daném sociálním prostředí s pomocí předem vymezených dostupných mechanismů pomoci
- míry participace za pomoci dostupných kompenzačních pomůcek
- míry participace za pomoci společnosti a osob v místě klientova pobytu.

ICF test poskytuje komplexní náhled na možnosti klientova začlenění do konkrétní komunity a v definování potřeb příspěvků a sociálních služeb. Nevýhodou je zde vysoká náročnost na administraci a ne zcela zavedený manuál hodnocení, který potřebuje dalším zaváděním do praxe upřesnit a sjednotit hodnotící pohled. Využití ICF je doporučeno pro předání postižených do pracovní, sociální či pedagogické rehabilitace. Jeho hlavní využitelnost je v přechodu z rehabilitace prováděné v nemocnici do rehabilitace komunitní (např. v péči rodiny), doporučuje se testovat klientovu samostatnost v prvním roce každé dva měsíce, po uplynutí této doby každých šest měsíců a poslední testování proběhne v pátém roce od příhody. Další testování by bylo nutné pouze v případě změny funkčního zdravotního stavu klienta.

Metody FIM a ICF se vzájemně doplňují, nelze je považovat za metody duplicitní. FIM je vhodnější a výhodnější díky jednoduchosti hodnocení hlavně v akutní fázi rehabilitace. ICF nabízí komplexnější pohled v průběhu léčby s důrazem na možnosti začlenění klienta do společnosti, či komunity a dal by se použít jako návazná hodnotící škála na test FIM, pro vytvoření celostního pohledu na průběh klientova onemocnění a jeho progresu v rehabilitaci.

## Hodnocení kvality života

Výzkum kvality života se do zdravotnické péče zařadil v sedmdesátých letech 20. století. Nutnost tohoto testování ovlivnily dva faktory, prvním byla potřeba hodnotit finanční nákladnost a efektivitu léčby, druhým byla potřeba dokládat úspěšnost léčby. V osmdesátých letech vznikl koncept HRQol(Health Related Quality of Life) jako nástroj k hodnocení kvality života podmíněné zdravím.

Reakcí na široké využívání měřících nástrojů zdravotního stavu a nízkého zapojení oboru psychologie, bylo vytvoření nástroje, jako teoretického východiska, pracovní skupinou WHO, známého jako WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life), tento nástroj měl za úkol překonání chápání kvality života jako subjektivní vnímání zdraví, nebo denních aktivit. Souhrnně by se dalo říct, že definice kvality zdraví v ošetrovatelství sleduje společné znaky:

- důraz je kladen na subjektivnost a kognitivní aspekt (subjektivní vnímání individuálních životních podmínek)
- kvalita života je definována jako celková životní spokojenost, pohoda
- kvalita života není determinována zdravím
- důraz je na multidimenzionálnost kvality života (vyhnout se hodnocení typu- klientův stav se zhoršil, usuzujeme tedy, že i kvalita jeho života byla zhoršena)

Kvalita života musí být hodnocena nikoli jako absolutní, ale jako relevantní kategorie, která je posuzovaná z hlediska hodnotového měřítko toho kdo posuzuje a objektivními indikátory. Pro objektivnost měření je vytvořena norma (standard) kvality života, se kterou je pozorovaná kategorie porovnávána, nejčastěji je měření kvality života aplikováno na individuální život jedince. V hodnocení klademe otázky týkající se životních podmínek, zdravotního stavu a očekáváme od klienta subjektivní reflexe, ze kterých později usuzujeme míru spokojenosti s klientovým životem. Kvalita života však nepředstavuje krátkodobý fenomén, ale dlouhodobý stav regulovaný psychickou rovnováhou, která je ovlivněna vnitřními standardy hodnocení klienta. Kvalitu života musíme posuzovat ve dvou rovinách - subjektivní (vlastní vnímání pohody a spokojenosti se životem) a objektivní rovinu (naplnění požadavků na sociální a materiální život), které měříme odděleně, vzhledem k schopnosti člověka k adaptaci ke společensky uznaným standardům (Pro někoho může vysoká míra kvality života spojená pouze s profesním postavením, pro jiného je toto měřítko nerelevantní) (Gurková, 2011).

Důležité jsou zde tři metodologické přístupy k vnímání individuální kvality života:

- Psychologický (vnímání jedince smyslu života, sebeaktualizace a pohody)
- Sociologický (subjektivní pocit jedince o vlastní úspěšnosti v sociálním, ekonomickém, materiálním nebo profesním životě)
- Medicínský-zdravotnický (zdraví, funkční stav)

(Gurková, 2011)

V souvislosti s měřením kvality života v ošetrovatelské praxi, je podstatné zmínit pojem „paradox disability“, který popisuje nízkou korelaci mezi objektivně hodnoceným fyzickým a subjektivně vnímaným zdravím. I zde je tedy nutnost multidisciplinárního týmu, který nabízí možnost vytvoření léčebného plánu s přihlédnutím k více proměnným, čímž se eliminují chyby, které by mohly vzniknout z vytváření programu na základě pouze jednoho měření.

Další metodologický přístup nabízí CHP (Center of Health Promotion) v myšlenkové linii, že lze pojmenovat devět klíčových oblastí lidského života, které jsou všem lidem společné, a každý může pociťovat různou míru spokojenosti v každé oblasti. Základem je strukturovaný dotazník, obsahující 54 položek, kdy 6 otázek hodnotí vždy jednu z devíti oblastí, které se sdružují do tří oblastí:

- Being (podstata lidského bytí, to čím jsme jako člověk)
- Belonging (sounáležitost se sebou a s okolím)
- Becoming (vývoj a životní změny)

Cílem tohoto typu testu je vystihnout celkový obraz vnímání kvality života daného člověka a tím i vytvoření plánu efektivní pomoci.

V současné době je k dispozici přes 200 typů dotazníků s různým zaměřením, kterými jsme schopni měřit míru kvality života klienta.

Mezi další testy hodnotící kvalitu života patří:

- Test kvality života (Short Form-36, SF-36). SF-36 je jedním z nejpoužívanějších dotazníků kvality života díky své stručnosti a komplexnosti. Měřicí škála zahrnuje 8 okruhů, z nichž 4 se týkají fyzické zdatnosti a zbylé 4 mentálního komponentu.
- Profil vlivu nemoci – (Sickness Impact Profile, SIP). Upravený dotazník pro možné využití u klientů po CMP obsahuje 30 otázek, které se dělí na dvě úrovně (fyzickou a psychosociální). Do fyzické části patří hygiena, vyprazdňování, domácí práce a

míra pohyblivosti. Psychosociální složka se zaměřuje na schopnost reagovat, komunikovat, míru sociální interakce a emočního chování.

- Rankinova škála (Rankin Scale, RS). Využívá se při kategorizaci stupně soběstačnosti s důrazem kladeným na aktivity prováděné před vznikem mozkové příhody. Hodnocení se provádí rozhovorem s klientem. Otázky se týkají hlavně ADL a obsahují i aktivity mimo domov.
- Karnofského škála (Karnofsky Performance Status Scale, Performance Status Index, PSI). Škála byla původně vytvořena pro onkologické klienty prodávající chemoterapeutickou léčbu. Dnes je využívána k vyhodnocení kvality života u různých typů postižení. Škála má rozpětí od 0 (smrt) do 100, kdy hodnota pod 70 představuje funkční kapacitu, která vyžaduje částečnou asistenci, hodnoty pod 50 indikují invaliditu u které je již nutná hospitalizace popřípadě soustavná péče (Kalita, 2006; Vaňásková, 2004).

### **Testy psychických a kognitivních funkcí**

**Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů** (International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICDIH).

Tato klasifikace hodnotí následky nemoci v kategoriích:

- porucha (impairment), postižení na úrovni orgánů
- disaptibilita (disability), omezení na úrovni klienta
- omezení (handicap), omezení v kontextu jedince v sociální sféře (Vaňásková, 2005)

Aktualizovaná verze ICDIH z roku 2001 hovoří o změnách pojmů, kvůli jejich stigmatizujícímu znění. Pojem disability byl nahrazen pojmem activity limitation (hranice aktivity), handicap je uveden pod pojmem participation restriction (podíl omezení, skutečná závažnost nemoci).

### 2.1.3 Rehabilitace

Pojem rehabilitace definujeme hlavně jako proces aktivní změny, která poskytuje postiženému znalosti a dovednosti důležité pro optimální fyzické, psychické a sociální fungování. Rehabilitační služby definujeme jako všechny přístupné způsoby minimalizování dopadu postižení. Tyto služby mohou pomoci postiženým lidem dosáhnout co nejvyšší úrovně autonomie a znovuzapojení do společnosti. Pro účinnou rehabilitaci je důležité, aby byl přechod mezi službami hladký a péče na sebe navazovala. Znovu je zde zmiňován pojem case management, tedy multidisciplinární tým, který sdílí informace, nachází nové postupy v rehabilitaci a monitoruje její průběh.

Funkční model rehabilitace, rozdělen do 4 fází:

- akutní rehabilitace je prováděna na lůžkových odděleních příslušné nemocnice poskytující akutní péči vyššího typu, popřípadě specializované léčebné ústavy
- včasná rehabilitace probíhá v rehabilitačních centrech na krajském principu, v nemocnici poskytující akutní péči vyššího typu, popřípadě ve specializovaných léčebných ústavech
- regionální rehabilitace je prováděna ve specializovaných regionálních ambulancích či stacionářích
- komunitní rehabilitace je prováděna v dlouhodobé a udržovací podobě

Mezi nejzákladnější cíle léčby CMP patří:

- prevence vzniklých deformit polohováním,
- snížení spasticky a podpora normálního pohybového stereotypu jako je chůze, nácvik přenášení váhy v postoji
- maximalizace nezávislosti v ADL
- zlepšení percepčních problémů
- asistence při zvládání psychologických problémů
- pracovní začlenění (Faktorová, 2000).

### Holistický přístup k rehabilitaci

Holismus vychází z řeckého slova „to holon“ celek, jako filosofický směr vznikl ve 20. století jako snaha o zdůraznění nutnosti dívat se na věci uceleně a ne jen jako na části, kterými se máme zabývat. Holistický přístup v medicíně znamená celostní náhled na situaci klienta. Tento přístup se zabývá začleněním všech pohledů na situaci a onemocnění

klienta jak z fyzického tak z psychického hlediska. Zjednodušeně by se dalo říct, že holistický přístup přináší pohled nejen na tělo, ale i na duši klienta a snaží se vytvořit ucelený léčebný plán tak, aby byly odstraněny všechny příčiny onemocnění. Využití holistického přístupu v rehabilitaci klientů po CMP se jedná o léčebný plán složený jak z fyzické rehabilitace (fyzioterapie, pohybová rehabilitaci, nácvik denních aktivit), zařazení psychoterapie jako prostředku k vyrovnání se s onemocněním, znovuzískání sebedůvěry a motivace k další práci (s ohledem na to, jaký typ terapie by klientovi vyhovoval nejlépe), tak i snaha o zprostředkování kontaktu se společností. Léčebný program by měl kombinovat dostupné možnosti rehabilitace a pomoci klientovi z uceleného hlediska s ohledem na klientovi možnosti a limity. Klienti po CMP jsou často izolovaní a vyhýbají se styku se společností, kvůli svému postižení se cítí méněcenní a odmítají se zapojit do společenského života jak rodiny, tak svého okolí. V holistickém přístupu bychom kromě nácviku denních aktivit, měli zařadit i sezení podpůrných a svépomocných skupin, jakožto prostředku pro získání jistoty v jednání s lidmi.

Stanovování cílů rehabilitace:

-S klientem mluvíme otevřeně a upřímně, neslibujeme, že budou jeho dovednosti obnoveny, snažíme se mu vysvětlit, že cílem rehabilitace je optimalizování a maximalizování dovedností v rámci klientových limitů pomocí nácviku způsobu jejich zvládnání. Do procesu práce s klientem by měli být zapojeni i rodinní příslušníci, popřípadě nejbližší okolí klienta.

- O cílech diskutujeme s klientem, který by je měl odsouhlasit. Spolu s klientem by v odsouhlasených cílech měla být zainteresovaná i pečující osoba (což není ve všech případech možné). Zmíněné cíle by měly mít písemnou, korektní, měřitelnou a reálnou formu kvůli zachycení klientova progresu.

- Pravidelné posuzování dokumentace.

-Vytváření cílů je důležité pro zlepšování klientových schopností fungovat nezávisle a zvýšit kvalitu jeho života v co největší míře, kterou jeho postižení umožňuje.

-Rehabilitace by měla splňovat následující-systematičnost, strukturovanost a opakovatelnost podle potřeb klienta.

*„Rehabilitace je činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu nebo onemocnění“* (Seidl, Z., Obenberger, J. 2004, s. 342). Hlavním cílem u pacientů po cévní mozkové příhodě je zajištění soběstačnosti, zprostředkování možnosti



návratu do původního bydliště, další cíle jsou na individuální motivaci a snaze klienta. Úspěšná rehabilitace počítá s pozitivní motivací v přístupu a snaze postiženého o aktivitu v dostatku sociálních jistot a sociálním kontaktu. Jesenský říká, že je podstatné zdůraznění, hledání a budování možností postiženého z pozitivních vlastností i hodnot, nedá se však postavit na negativních stránkách a důsledcích postižení (Jesenský, 1995).

Rozlišujeme mezi rehabilitací:

- dlouhodobou (permanentní), týkající se osob s trvalým, nebo dlouhodobým zdravotním poškozením těžšího stupně, většinou je spojena s trvalým snížením kvality života
- krátkodobou (přechodnou), která si klade za cíl navrácení stavu zdraví a celkové upevnění kondice, popřípadě může navazovat na léčbu onemocnění menší závažnosti (Jankovský, J. 2006).

### **Kognitivní rehabilitace (Neuropsychologické hodnocení)**

Důležitou součástí rehabilitace po poranění mozku, CMP, jsou intervence k zlepšení kognitivních, tedy poznávacích funkcí. V USA na potřebu tréninku poznávacích schopností reaguje 95% ústavů, organizují individuální, skupinová a komunitní terapeutická setkání. V ČR nejsou zatím kognitivní tréninky běžnou praxí v péči o klienty v nemocnici. Trénink je dostupný částečně v logopedické péči pro klienty s řečovými potížemi.

Cíle neuropsychologického vyšetření jsou

- stanovení přesné diagnózy postižení, poruchy emocí, intelektu, paměti
- stanovení klientových schopností fungovat samostatně
- stanovení předpokladu vývoje klientova stavu
- stanovení rehabilitačního plánu

Faktory ovlivňující výsledek jsou motivace, stáří, chronicita onemocnění, celkový zdravotní stav klienta.

Testování se provádí pravidelně v průběhu léčby, pouze tak je možné pozorovat změny v klientově stavu (např. před a po operaci, užívání farmak, změny chování aj.)

Pro příklad uvádím pár z historicky užívaných testů:

- Bentonův test retenční paměti
- Premorbidní schopnosti - Wechslerovy zkoušky verbálního a názorového intelektu
- Paměťové testy (California Verbal Learning Test, CVLT)

- Pozornost – Bourdonův test (zaměřená a udržená schopnost pozornosti)

Dále pak testy vnímání, intelektu, řeči a motoriky.

Cíle kognitivní rehabilitace:

- širší cíle představuje všeobecné zlepšení klientových schopností v kontextu denních aktivit
- užší cíle lze definovat jako dosažení změn pomocí naučených vzorců chování, zavedení kognitivních aktivit aj.

Rozlišujeme dva modely přístupu:

- Restorativní model - aplikovaný přímý trénink, během kterého přímo trénujeme poškozenou funkci (učení se na základě správných odpovědí na rozdíl od dřívějšího pokus/omyl, používají se počítačové/virtuální nácviky, programy simulující běžné aktivity)
- Kompenzační model – při němž se snažíme poškozenou funkci obejít (pomocná slova při zakotání-např. počítání do deseti, zavedení poznámkového bloku aj. )

Osoby zapojené do kognitivní rehabilitace jsou:

- klient po poranění mozku je brán jako součást týmu, měl by být zapojen do plánování intervencí, měl by být informován o svém stavu.
- rodina a pečující osoby o klienta jsou důležitým členem týmu, na jejich potřeby je nutné brát zřetel
- profesionálně vyškolený personál schopný rozvíjet a spravovat klientovi dokumentaci
- pokud je to možné, tým by měl být multidisciplinární.

### **Léčebná rehabilitace**

Shrnutí postupů léčebné rehabilitace dle Jankovského (2006):

- *Fyzikální terapie* (masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapii, léčba světlem a teplem, laserové záření aj.)
- *Léčebná tělesná výchova* (tělesná cvičení reflexní motoriky realizované buď individuálně, nebo skupinově)
- *Ergoterapie* (nácvik oblékání, psaní, nácvik intimní hygieny, jezení) (Seidl, Z., Obenberger, J. 2008).

- *Animoterapie* (terapie za pomoci zvířat, hipoterapie-péče a ježdění na koni, canisterapie-kontakt se psi)
- *Další specifické terapie* (arteterapie, muzikoterapie a psychoterapie).
- *Další možné postupy, které souvisejí s léčebnými prostředky rehabilitace* (farmakoterapii ,chirurgický zákrok, nejrůznější kompenzační pomůcky aj.)

### **Post-stroke deprese (PSD)**

Riziko vzniku deprese u klientů po prodělané CMP je nejvyšší v prvních několika měsících od příhody, uvádí se riziko výskytu deprese až 50%. Vznik deprese u klienta po CMP způsobuje ztrátu iniciativy, vzniká apatie a zhoršuje se kvalita života. Deprese vede ke snížení kognitivních schopností, je tedy těžké rozlišit mezi vznikající depresí a kognitivním deficitem. U klientů po CMP je šance, že deprese vzniklá v krátkém období po příhodě, může samovolně odeznít.

Léčba deprese sestává z antidepresivní terapie trvající od 6-12 měsíců, snahy o resocializaci a návrat klienta do přirozeného prostředí.

### **Pracovní rehabilitace**

Pracovní rehabilitace dle Jankovského (2006, s. 33) nezahrnuje „*pouze pracovní přípravu (tedy získávání vědomostí, dovedností a návyků, čili kvalifikaci), ale mnohem širší proces, který v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením, a to tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti (na trhu práce)*“. Cílem pracovní rehabilitace je co nejvyšší obnovení pracovního potenciálu klienta se změněnou pracovní schopností, zmírnění frustrace či stresového stavu klientů neschopných práce a nahrazení pracovní seberealizace jinou aktivitou. Důležitou roli zde sehrává možnost rekvalifikace, vytvoření chráněných pracovních míst, podporovaného zaměstnávání, nebo chráněných pracovních dílen (Jankovský, 2006).

Znění zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, z důvodu ztížených podmínek pro nalezení zaměstnání a dosažení rovných podmínek, stanovuje zaměstnavateli povinnost poskytnout občanovi se zdravotním postižením pracovní příležitost ve výši povinného podílu. Zákon se dále zabývá možnostmi alternativního plnění a samotné pracovní rehabilitaci. Pro některé klienty je dostatečným zapojením do běžných denních aktivit i práce v domácnosti, jiní se věnují a rozvíjejí zájmové činnosti (Faktorová, 2000).

## **Ergoterapie**

Česká asociace ergoterapeutů uvádí v Koncepci oboru ergoterapie z roku 2007 jako hlavní cíle oboru ergoterapie:

- podpora zdraví a duševní pohody jedince prostřednictvím smysluplné aktivity, smysluplného zaměstnání;
  - pomoc v zlepšování schopností, které člověk potřebuje pro zvládání běžných denních a pracovních činností nebo aktivit volného času;
  - umožnění naplnění sociální role;
  - napomáhání k plnému zapojení klienta do aktivit vlastního sociálního prostředí a komunity;
  - uplatnění terapie cílené na klienta, který je aktivním účastníkem terapie, podílí se na jejím plánování a vlastním procesu a průběhu terapie;
  - posilování osoby klienta v udržení, obnovení a získání kompetencí nutných k plánování a realizaci každodenních činností za spolupráce se sociálním i fyzickým prostředím;
  - usilování o zachování příležitostí účastnit se aktivit běžného každodenního života všem osobám, bez ohledu na jejich zdravotní postižení, nebo znevýhodnění.
- (Jelínková, J., 2009)

Ergoterapeut je důležitou součástí multidisciplinárního týmu zajišťujícím kvalitní rehabilitační péči. Úkolem profesionála v oboru ergoterapie je využití všech možností a schopností nemocného a minimalizovat následky jeho postižení. Léčebný plán v ergoterapie vytváříme podle stadia, ve kterém se klient nachází, v akutním stadiu onemocnění je důraz kladen na polohování, později se zaměří na nácvik aktivit denního života, terapii cílenou na ruku, kognitivní rehabilitaci, na bezpečnost během domácích prací aj. (Faktorová, 2000; Votava, 2001).

Pro vytvoření uceleného ergoterapeutického hodnocení využijeme informace z různých přístupných zdrojů (z obsahu anamnézy, z rozhovoru s rodinnými příslušníky, od zdravotních sester a vyšetření ostatních odborníků v multidisciplinárním týmu), dále pracujeme s informacemi z testů BI, ADL a dalších. Cílem ergoterapeutického testování je stanovení problémů nemocného, zjištění jejich příčin a to v průběhu celého onemocnění (Faktorová, 2000).

Známé typy ergoterapie:

- kondiční ergoterapie (slouží k vyplnění volného času klienta a k odpoutání pozornosti od onemocnění, např. individuální či skupinovou metodou aj.)
- ergoterapie cílená na postiženou oblast (motivace k přesnému, cílenému a dávkovanému pohybu)
- ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění (rekvalifikace, snaha nalézt klientovi uplatnění na pracovním trhu, popřípadě hledání zájmových činností)
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (návčky běžných denních aktivit, jako je sebeobsluha, intimní hygiena aj.)

### **Sociální rehabilitace**

Dle Jesenského je podstatou sociální rehabilitace úsilí a rozvoj uchovaných schopností klienta a snaha o zvrácení defektivitu (Jesenský, 1995). Termín defektivita popisuje člověka ve společnosti jako obtíž a z hlediska prevence je nutné defektivitu eliminovat, ale i nalézt důvod tohoto stavu. Cílem sociální rehabilitace je poskytnout klientovi možnost se vyrovnat se svým postižením a také integrace klienta do společnosti z důvodu zachování kvality života.

Uplatňují se zde metody:

- reedukace (rozvoj poškozených funkcí a zbytkových schopností)
- kompenzace (náhrada postižené funkce některou z nepoškozených funkcí)
- akceptace (přijetí života s postižením) (Jankovský, J. 2006).

Sociální rehabilitace končí, pokud je klient schopen sám řešit běžné problémy života, účastní se běžných denních aktivit a je také schopen rehabilitačně působit na jiné.

### **Pedagogická rehabilitace**

Ludíková říká, že pedagogická složka je zaměřena na oblast výchovy, vzdělávání a přípravy na možné budoucí povolání. Zároveň také klade důraz na rozvoj soběstačnosti, schopností a nadání konkrétního jedince. Uplatňují se zde podobné metody jako u sociální rehabilitace a to reedukace, kompenzace a tvorba individuálních vzdělávacích plánů (Ludíková, 2005).

Jesenský rozlišuje pedagogickou rehabilitaci podle toho, jestli je postižení získané, nebo vrozené. U získaných postižení se rehabilitace například zaměřuje na postupné odstraňování odchylek, které způsobilo postižení a obnovu vývoje osobnosti a znovu získání vlastní identity. U obou případů je využití pedagogická rehabilitace záměrným

působením pedagogicko-psychologickými prostředky ve snaze o obnovení normálního stavu jedince (Jesenský, 1995).

## **Logopedie**

Klient po prodělané CMP může trpět afázií, což je různorodá porucha řeči. Využívá se zde i nácvik fyziologického dýchání (nádech nosem, výdech ústy) k zamezení huhňavosti (Balášová, 2002).

Porucha řeči a polykání jsou časté pro klienty po prodělané CMP, při léčbě se využívají slovníky pro afatiky a další pomůcky. Pro úspěšnou léčbu je podstatná spolupráce logopeda s ostatními členy rehabilitačního týmu, hlavně s ergoterapeutem, který během nácviků běžných denních aktivit s klientem komunikuje přirozeně, klientova řeč je tedy trénována aniž by o tom nutně věděl. Polykání je častým následkem CMP, vzniká porušením volní a reflexní fáze polykání, i zde je důležitá spolupráce s ergoterapeutem, který s klientem trénuje jezení (Votava, 2001).

Logoped se zaměřuje na zlepšení poruch komunikace následkem dysartrie (porucha artikulace), dysfagie (potíže při polykání), afázie (porucha nacházení slov, orofaciální terapie (aktivuje mimické svaly, dutinu ústní, krční páteř).

Poruchy polykání jsou dalším častým následkem CMP. Jsou výsledkem poruchy volní i reflexní fáze polykání. Na řešení této problematiky se podílí logoped společně s ergoterapeutem (reflexní stimulace polykacího aktu) a dietní sestrou, která musí pacientovi přizpůsobit skladbu jídla. Pokud se nepodaří dosáhnout úplné obnovy řeči, dá se porucha do jisté míry kompenzovat. Klient má připravené cedulky s popisem základních potřeb písmem i obrázkem, nebo může využívat počítač. (Jiřiková, 2010).

Psychologicko-fyziologické členění projevů afázie:

- receptivní, afázie senzorická (vstupní, narušené vnímání sluchu a zraku)
- centrální, afázie totální (integrační, narušené hodnocení, rozhodování aj.)
- expresivní, afázie motorická (výstupní, porucha mluvení a psaní)

(Balášová, 2003)

Přístupy v reedukaci afázie (porucha nacházení slov)

- volbu užitých metod odvozujeme od typu afázie a hloubku postižení klienta
- multisenzorický přístup (zapojení co největšího množství smyslů)

- spolupůsobení jednotlivých složek komunikace (čtení, psaní, opakování aj.) (Jiříková, 2010)

## **Fyzioterapie**

Fyzioterapie je využívána u léčby snížení svalové síly, paréz (částečná ztráta hybnosti), plegií (úplná ztráta hybnosti). Vyšetření pro navrhnutí léčebného plánu se provádí důkladným svalovým testem, zhodnocením goniometrie, hodnotí se povrchová a hloubková citlivost. Nejčastějším následkem CMP je hemiparéza (popřípadě hemiplegie) jedné poloviny těla (monoparéza, monoplegie), tří končetin (triparéza, triplegie), nebo i čtyř končetin (kvadruparéza, kvadruplegie) (Herzig, 2008).

Historie fyzioterapie začíná v 19. a 20. století spolu s tělesnou výchovou, vývojem poznatků o lokalizaci senzomotorických funkcí mozku.

Nejužívanější metody fyzioterapie:

- Vojtova metoda (metoda reflexní lokomoce, vracení svalů do funkce, kterou člověk nedokáže vědomě ovlivnit, využívá se koaktivace-souhra protilehlých svalových skupin)
- Metoda manželů Bobathových (vyšetřování v různých polohách, klient se uvádí do poloh tlumících spasticitu a patologické reflexy, využívá se v ergoterapii)
- Kabatova metoda (PNF proprioceptivní neuromuskulární facilitace, aktivace motorických jednotek pomocí signalizace z vlastního těla)
- Manuální léčba dle Lewita (mobilizačními a manipulačními masážními technikami je obnovena hybnost, celostní přístup-porucha hybnosti je vnímána jako projev nemoci, ne jako příčinu onemocnění)

Nejčastěji používané metody pro zlepšení stav u klienta v domácí péči jsou:

- polohování (předchází vzniku deformit, kontraktur, používáme velké množství pomůcek, jako jsou pytlíky s pískem aj.)
- fyzikální terapie a elektrostimulace (využití tepla, masáže, využívání proudu ke stimulaci paretických svalů)
- pasivní pohyby (provádíme v plném rozsahu pro zachování hybnosti kloubů, nikdy však přes bolest, klient se snaží pohyby cvičit i sám)

- facilitace a aktivní pohyby (provádíme cvičení i na zdravé straně klientova těla aby mohl mít přehled o prováděných cvicích, aktivně protahujeme a procvičujeme svaly ihned po zpozorované svalové aktivitě klienta) (Pfeiffer, 2007, Hromádková, 2002).

Léčba periferní parézy (pokleslý koutek, nehybnost obličejových svalů, změny citlivosti). Využívá se zde léčba pomocí tepelných procedur, masáží, ruční stimulace, snaha o aktivní pohyby, elektrostimulace aj.

Léčba Paretická ruky v počátcích spočívá v aplikaci dlahy, snažíme se klientovi stále vkládat do ruky nějaké předměty (pružné míčky). Po odstranění dlahy procvičujeme ruku za dohledu terapeuta proplétáním prstů, rozevíráním dlaně, později zapojíme činnosti s druhou rukou (uchopování předmětů aj.), snažíme se udržovat ruku v dobrém estetickém vzhledu, protože pro klienta by mohl být pohled na deformaci ruky stálou připomínkou postižení a mohl by vést ke ztrátě motivace k dalšímu cvičení (Pfeiffer, J. 2007).

Nácvik chůze je prováděn ve škole chůze v rehabilitačním zařízení. Probíhá na pohyblivém chodníku s bradlovými opěrami, nebo pohyblivým závěsem, terapeut pomáhá paretické končetině dělat kroky jako simulaci zdravé chůze. Fyzioterapeut pomáhá klientovi v pohybu přidržováním na straně postižené poloviny těla, podpírá jej v oblasti pánve. Mimo cvičení je klientovi nasazena dlahy, kvůli zabránění poranění oslabeného hlezenního kloubu. Pokud není klient schopen chůze, probíhá cvičení lokomoce na vozíku, nejčastěji standardně mechanizovaném, který je ovladatelný zdravou horní končetinou (Klusoňová, E., Pitnerová, J. 2005).

## **2.2 Průběh léčby po propuštění z nemocnice**

### **Péče o jedince po cévní mozkové příhodě**

Vágnerová říká, že rodina je pro postiženého člověka jedinou sociální skupinou poskytující zvládnutelnou sociální integraci, zázemí a podporu (Vágnerová, 2008). Dle Jesenského je rodina celoživotně schopnou institucí zabezpečující rehabilitaci zdravotně postiženému. Rodina může, oproti institucím, či ústavům specializovaným na rehabilitaci, působit i protirehabilitačně, proto je novým trendem i proškolení a výcvik pečujících osob a členů rodiny. Rodina tak získává kategorii poučené a pozitivně rehabilitační jednotky (Jesenský, 1995).

Péče v domácím prostředí o nemocného je značně fyzicky i psychicky náročná. Zároveň je zde velké riziko vzniku syndromu vyhoření (burn out syndrom), který se vyvine



z dlouhodobě vynakládaného úsilí, které nevede ke zlepšení a prohlubuje se pocit marnosti. Velká zátěž je kladena na partnera, rodiče či osoby v nejbližším okolí klienta, které mohou trpět pocity viny, že dostatečně nepomáhají, nezvládají svou roli, nebo nedělají vše pro zlepšení stavu klienta. Podstatná je zde spolupráce s psychologem, či psychoterapeutem, který může do tíživé situace vnést náhled a zlepšit tak prožívání rodiny a tím i její zvládnání nové situace (Vágnerová, M. 2008).

### **2.2.1 Psychoterapie**

Psychoterapeutické metody užívané při práci s lidmi po CMP se neliší od klientů jiných diagnostických kategorií. Závisí pouze na motivaci, ochotě, snaze a zájmu spolupracovat. Při určování psychoterapeutické rehabilitace je vždy kladen zřetel na zdravotní stav klienta, rozsah postižení, rodinnou a pracovní situaci klienta. Psychoterapie může být užita u všech klientů schopných elementární komunikace a spolupráce. Pokud je to možné spolupracujeme i s rodinou a nejbližším okolím klienta, v tomto případě hovoříme o rodinné terapii, která tvoří nejdůležitější přístup k práci s klientem. Nejdůležitějším pojmem je v psychoterapii navázání vztahu klienta s terapeutem, z něhož vychází důvěra a otevřenost k další prospěšné práci. Účinek psychoterapie může zvýšit použití i jiných terapeutických metod, například arteterapie, muzikoterapie a dalších. Psychoterapie probíhá formou rozhovorů nejprve s klientem, později i s rodinou. Po zlepšení klientova stavu můžeme provádět i rodinnou terapii klienta spolu s rodinou. Pro psychoterapeutickou práci s klientem po CMP jsou nejdůležitější empatie (vcítění), altruismus (nesobecké sdílení), kongruence (opravdovost), reflexe (porozumění) a profesionalita (Vymětal, 2010).

Metody psychoterapie u klientů po CMP:

- preterapie (využívá se u klientů s omezenou komunikací, terapeut se do klienta vcítuje a zrcadlí jeho pohyb, gesta)
- soustavná psychoterapie (využívá se tehdy, je-li klient schopen komunikovat, upřednostňuje se rodinný přístup)

Cílem psychoterapie je náhled na situaci, přijetí postižení, vnímání vlastních autentických pocitů. Pracuje se zde na vztahu klienta k sobě, k rodině a okolní společnosti. Psychoterapie může výrazně pomoci při pomoci klientovi ve zvýšení kvality života.

Další formou terapie prospěšné pro klienta po CMP jsou tématicko-podpůrné, nebo svépomocné skupiny. Tématicko-podpůrné skupiny organizuje například sdružení osob po poranění mozku Cerebrum. Tato setkání jsou určena všem lidem po postižení mozku a jejich rodinám. Cíle těchto skupin jsou edukace v tématech týkajících se poranění mozku, rehabilitace a dalších, sdílení zkušeností, nalezení skupiny lidí se stejným osudem. Skupinová sezení jsou otevřena pro maximálně 15 účastníků, může je vést terapeut, nebo jiný odborník na dané téma.

Svépomocné skupiny jsou většinou organizovány samotnými postiženými, setkání nejsou vedena terapeutem, nebo odborníkem, nemají záštitu organizace či instituce. Svépomocné skupiny nejsou vytvářeny jako požadavek instituce, ale jako požadavek klientů, jejich rodin, nebo přátel, které spojuje jedno téma.

### **2.2.2 Arteterapie**

Arteterapie byla již výše zmíněna jako součást dalších specifických léčebných rehabilitací.

Léčebný postup arteterapie spočívá ve využití výtvarného projevu jako prostředku poznání a ovlivňování lidské psychiky. Různé pohledy řadí arteterapii mezi metody psychoterapie, jiný pohled říká, že arteterapie je samostatným oborem psychologie. Z historického hlediska byla arteterapie využívána k upřesnění diagnózy u duševně nemocných. Jako samostatná terapeutická metoda se začala arteterapie využívat v letech 1930-1940, kdy došlo k velkému vývoji psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Hlavními propagátory byli v té době umělci, kteří prošli psychoterapií a spatřili v malbě a ve vyjádření pocitů uměleckými metodami jako přínosné a léčebné.

Arteterapie se dá dělit podle velikosti skupiny:

- individuální trvá do (výhodou je možnost úzkého kontaktu a soustředění se na jediného klienta, využívá se u autistů, zejména u dětí)
- kolektivní (větší, náhodné seskupení klientů, někdy pokládána za pracovní terapii)
- skupinová (uzavřená, nenáhodně sestavená skupina)
- jiné (partnerské, rodinné, terapie matek s dětmi)

Arteterapie se dá dále dělit dle formy:

- aktivní (samy vytváříme výtvarný materiál)
- pasivní (necháváme na sebe umělecká díla působit a vnímáme pocity, které dílo vyvolává)

Arteterapeutické metody:

- spontánní výtvarný projev (hra s barvou, linií a tvarem, příkladem je zde muzikomalba-grafické vyjádření hudebního rytmu)
- tématický výtvarný projev (je dáno téma ale ne způsob vyjádření)
- řízený výtvarný projev (arteterapeut v určité fázi tvorby převezme vedení- např. nyní kreslíme oběma rukama)
- skupinové výtvarné činnosti (využívá se zde skupinové dynamiky, interakcí mezi členy)
- trojrozměrná tvorba z různých materiálů (využívá se zde jemné motoriky, například v modelování hlíny, vytváření koláže aj.)
- další techniky (techniky trénující vytrvalost, organizaci práce aj.)

Teoretické přístupy v arteterapii jsou různé, kreativistický přístup se snaží probudit v každém klientovi tvořivou sílu, kterou má v sobě, integrující přístup spojuje složky lidské psychiky, činnostní přístup vybízí klienta ke spontaneitě a další přístupy.

Cílem arteterapie je uvolnění napětí, spontaneita, zvyšování osobní motivace, relaxace, komunikace, spolupráce, sdílení problémů a mnoho dalších cílů.

### **2.2.3 Muzikoterapie**

Muzikoterapie ve svých mnoha podobách poskytuje klientům široké spektrum možností od odbourávání ostychu až po zlepšení pohybových schopností. Například u zpěvu mají klienti možnost zažít anonymitu ve skupinové aktivitě, odreagování, zapojují se zde kognitivní, percepční i motorické funkce.

Z historického hlediska se první zmínky o muzikoterapii objevují již v Bibli, v antickém Řecku či v Egyptě. Na konci 19. století spolu s exaktní vědou se muzikoterapie dostala do pozadí a její návrat mezi užívané druhy terapie v USA a Švédsku se odhaduje k roku 1950.

Techniky muzikoterapie:

- hudební improvizace (spontánní vytváření hudby)

- hudební interpretace (reprodukce předem známého hudebního materiálu)
- zpěv písní (zlepšuje artikulaci, dechovou kontrolu i rytmus řeči, také uvolňuje napětí při normální komunikaci)
- poslech hudby (podporuje vyjádření myšlenek, může vyvolávat vzpomínky, pomáhat při imaginacích)
- kompozice hudby, bubnování aj.

#### **2.2.4 Taneční a pohybová terapie**

Taneční terapie se využívá k vyjádření myšlenek a pocitů u klientů, kterým by to za normálních okolností mohlo dělat potíže. Využívá se zde volných asociací k práci s nevědomými motivy klienta. Základní myšlenkou terapie tancem je vztah mezi duší a tělem a jejich možnostech a propojeních, harmonické fungování těchto dvou složek. Historické počátky tance by se daly datovat k prvním tancům kolem ohně u neandrtálců, vývojem jazyka, gest, nebo například k vývoji náboženství. Současné využití výrazového tance jako terapeutické metody se začalo vyvíjet na počátku 20. století. Stejně jako u arteterapie neměli zpočátku taneční terapeuti psychologické vzdělání a tanec využívali ve spolupráci s psychiatry ke komunikaci s klienty v psychiatrických léčebnách. Taneční terapeut podporuje vzájemné propojení kognitivních funkcí spolu s intelektem a dalšími složkami, tak aby to pro klienta bylo bezpečné a přínosné. Pracuje se zde s neverbálními projevy, které odrážejí aktuální prožívání klienta spolu s jeho zkušeností s vnějším světem. Podstatou úspěšné taneční pohybové terapie je vyjádření vnitřního prožívání a navázání vztahu klienta s terapeutem (Brtníková, 2007)

Typy tanečně pohybové terapie:

- primitivní výraz (využívá primitivních tanců za rytmu bubnů)
- symbolická taneční terapie (tančí se například s maskami na obličejích, nebo s předměty významné pro klienta)
- americká taneční terapie (práce s tělem ve vztahu k prostoru a času)
- psychobalet (použití základních baletních póz spolu s psychodramatem, muzikoterapií, arteterapií a pantomimou)

Taneční terapie může klientovi poskytnout možnost vyjádření pocitů, emocí a prožívání. Využívá se u dětí, dospělých i seniorů. Nejedná se o vytvoření složité esteticky zajímavé choreografie, ale o vyjadřování vlastního prožívání.

## **3 Vliv cévní mozkové příhody na život klienta a jeho rodiny (Praktická část)**

### **3.1 Cíl a metody výzkumného projektu**

Diplomová práce s názvem „Vliv cévní mozkové příhody na život klienta a jeho rodiny“ je kvalitativního charakteru. Případové práce byly realizovány s klienty po cévní mozkové příhodě a s jejich rodinnými příslušníky. Cílem praktické části je náhled na prožívání změn, které cévní mozková příhoda přinesla do života jak postiženého, tak i jeho rodiny.

K realizaci případových prací byly využity následující techniky:

- analýza odborné literatury (v teoretické části);
- analýza dostupných materiálů na internetu a jiných přístupných informací týkajících se tématu CMP;
- anamnestický dotazník
- polostrukturovaný rozhovor s klientem;
- polostrukturovaný rozhovor s jedním člověkem z rodiny, nebo z klientova blízkého okolí.

Všechny uvedené údaje jsou zde napsány s informovaným souhlasem klientů i rodiny a touto cestou bych jim chtěla velmi poděkovat za jejich trpělivost při poskytování informací a spolupráci při tvorbě této diplomové práce.

### **3.2 Případové práce**

#### **3.2.1 Případová práce se skupinou klientů po CMP**

Jan Dohnálek říká „Pouze postižený, mající vůli k aktivní činnosti, může něco dokázat“.

S organizací ICTUS o.p.s. jsem se seznámila prostřednictvím jejího představitele a zakladatele Jana Dohnálka, který k nám do Pražské vysoké školy přišel udělat malou osvětu o problematice CMP, během které se nebál ani odpovídat na hodně osobní a možná i tabuizované otázky. Pan Dohnálek dělá diskusní semináře i na jiných školách, pracovištích či tématicko-podpůrných skupinách. Aktivně se účastní informačních dní organizovaných státními i nestátními organizacemi a spolupracuje s mnoha institucemi

zabývajících se problematikou CMP a na toto téma poskytuje rozhovory do televize i rádia. Skrze organizaci ICTUS pořádá každoročně letní a zimní rehabilitační pobyty pro lidi s CMP.

### Popis praxe

S panem Dohnálkem jsme se dohodli na spolupráci v rámci školní praxe, kam jsem pravidelně jezdila po dobu pěti let. Vybrala jsem si letní rehabilitační pobyt ve Vojenské zotavovně Měřín, později ve Vojenské zotavovně Bedřichov, Bydlení je zajišťováno buď v chatkách, nebo na pokojích zotavovny. Účastníci pobytu jsou lidé po CMP s různou mírou postižení, hybnosti a schopnosti sebeobsluhy. Základní myšlenka, kterou jsem se zde naučila je, že všechno jde, pokud se budeme snažit. Proto bylo hlavní náplní mé praxe motivování klientů k další práci, vedli jsme rozhovory o smyslu rehabilitace, významu dalších cvičení a nutnosti návratu do sociálního prostředí. Program jednotlivých dní pobytu byl většinou podobný. Ráno kolem 6 hodiny před snídaní rehabilitační cvičení v bazéně, kde jsme protahovali svaly a procvičovali chůzi, snídaně, cvičení v tělocvičně na gumových míčích, na kterých se trénuje rovnováha a sedací pohyb, taneční terapie, muzikoterapie se zpěvem a lehčí logopedické říkanky. Před obědem bylo zvykem individuálně pracovat s klienty, kteří měli zájem. Pobědě a osobním volnu, jsme se sešli v bazénu a rehabilitovali podobně jako během ranního tréninku, kdo měl zájem a byl toho fyzicky schopen, mohl samostatně plavat. Po plavání následovalo další cvičení v tělocvičně, během kterého se cvičila jemná motorika, nebo byla zařazena do programu procházka. Pokud klienti nechtěli některou část programu dodržet, vymysleli jsme jiný plán. Pro příklad uvedu jen pár aktivit-návštěva stájí, kde byla zařízena projížďka v kočáře pro klienty se zhoršenou pohyblivostí, projížďka na koni pro klienty s lepší hybností, plavba parníkem, nebo návštěva zámku. Večerní program spočíval ve společném posezení u kulatého stolu. I tato část programu měla velký význam a to proto, že klienti nemají vždy příležitost pro společenský život, cítí se vyřazení a bojí se pohledů ostatních v restauračním zařízení. Konec denního programu byl většinou kolem 10-11 hodiny večer, kdy jsme se sešli s celým týmem a probrali jsme průběh dne a plán na den následující. Tyto porady byly cenným zdrojem informací, které jsme mohli sdílet. Radili jsme se o práci s klienty, o možnostech změn v přístupu a hodnotili jsme míru zlepšení.

Rehabilitační pobyty organizované ICTEM jsou určeny především lidem po CMP, ale i lidem s ochrnutím levé či pravé části těla, nebo lidem, kteří jinde nenašli odpovídající program pro zlepšení hybnosti, samostatnosti a celkové kvality života.

Sociální evidence

Případová práce se skupinou klientů po cévní mozkové příhodě (skupina ICTUS)

Základní údaje o klientovi

Organizace se zabývá pobyty (ergoterapie, logopedie, fyzioterapie, skupinová sezení, pohybové činnosti, nácviky běžných úkonů aj.), semináři pro odbornou i laickou veřejnost, vzdělávacími programy s tematikou cévní mozkové příhody pro školy a vzdělávací centra, spravování internetových stránek umožňujících lepší orientaci v tématu cévní mozkové příhody. Organizace se věnuje možnostem znovunavrácení lidí po mrtvici do života. Nabízí práci na soběstačnosti, motorice, hybnosti. Dává dohromady klienty po mrtvici a podporuje jejich integraci do společnosti, nácvik možných aktivit, se kterými je klient schopen pomáhat v domácnosti a běžném životě. S klienty se chodí do restauračních zařízení a podnikají se výlety, což jsou skvělé tréninky pro nácvik společenského chování a ulehčení přijetí svého onemocnění a odstranění jeho stigmatizace.

Klienti jsou národnosti české, mají trvalý pobyt v české republice (ale toto není pravidlem, pokud by se chtěl účastnit cizinec těchto pobytů, nebyl by v tom problém).

Věková hranice je přibližně od 40 výše, jsou zde i klientky ve věku 20 a 23. Skupina se skládá z žen i mužů různých sociálních tříd, vzdělání a zaměstnání.

Cílem a úkolem organizace je poskytnout lidem po CMP pohybovou rehabilitaci i psychické podpoření jejich vlastních schopností.

První kontakt se skupinou klientů

První kontakt se skupinou klientů po mrtvici proběhl v roce 2008 na vzdělávacím semináři s tématem - Problematika lidí po cévní mozkové příhodě (dále jen CMP). Zde jsem se setkala s organizátorem rehabilitačních akcí panem J.Dohnálkem (také po CMP). Jakožto studentka školy se zaměřením na sociální práci, psychoterapii a komunikaci, jsem dostala možnost se těchto rehabilitačních pobytů účastnit jako dobrovolník.

Popis rehabilitačního pobytu:

Program začíná v 6 hodin, končí kolem 10hodiny večerní, naplní celého dne jsou sportovní aktivity-plavání, protahování, trénink balance, samoobslužné aktivity, trénink jemné motoriky, masáže atp.

### Sociální anamnéza

Všichni klienti jsou po CMP, mají problémy s motorikou, sebeobsluhou, samostatností, často také se sociální okluzí (sociální vyřazení), mají potřebu se integrovat, cítit se potřebný, zapojit se do běžných aktivit, vybudovat sociální síť, na kterou by se mohli obrátit v případě nutnosti. Po mrtvici je potřeba lidem ukázat, že i přes změny, které onemocnění přineslo, je zde možnost život dále žít a ne jen přežívat. Je nutné klientům nabídnout možnosti zlepšení, je už i na nich jakým směrem se vydají a jak na sobě budou pracovat.

### Celková sociální situace

Klienti pocházejí z různých sociálních poměrů, někteří mají vysokoškolské vzdělání, jiní výuční list (např. automontér). Z hlediska rodinné anamnézi se často setkáváme se souvislostí s CMP, některý příbuzný má dispozici, nebo již prodělal CMP. Jindy mohou být na vině: zrychlený životní styl, kouření, antikoncepce, stres, nezdravý životní styl, nedostatek pohybu a další.

### Situace po prvním kontaktu

Posouzení potřeb skupiny klientů po CMP. Je zde potřeba komplexnosti programu pro integraci do společnosti, pracovní rehabilitaci, konzultace se sociálním pracovníkem, vytvoření programu nácviku denních aktivit, vybudování sociální sítě, odborná psychoterapie. Další aktivitou, kterou jsem se na praxi naučila, byly relaxační terapie, které jsem nedělala dlouhé, protože pro klienty po CMP je někdy složité udržet tělo v klidu. Pracovali jsme s představami jejich oblíbeného klidného místa. Takové imaginace jsou přínosné, protože se klient k nim, za pomoci v soustředění, dokáže vrátit a vnést do hektické chvíle trochu klidu.

Použité techniky v terapii: empatie, parafrázování, nedirektivní vedení rozhovoru, motivace a mnoho dalších technik.

### Osobní anamnéza

Klienti po CMP docházejí do rehabilitačních center, kde se snaží rozpohybovat části těla, které ochrnuly. Na doporučení lékaře mohou docházet na psychoterapii. Většina klientů se uzavře, pokud jejich rehabilitace neprobíhá rychle a nenabudou znova plné hybnosti. Po té je těžké je přesvědčit k další práci na rehabilitaci, či snaze se integrovat do společnosti. Klienti jsou většinou v depresivní náladě, své onemocnění přisuzují buď



rodinné anamnéze, neférovosti života, jen málokteří uznávají možný podíl na svém stavu. Klienti často nadále kouří, ačkoli vědí, že v jejich stavu jim to škodí. Soběstačnost klientů závisí na rozšíření ochrnutí.

#### Osobní reflexe vlastní práce s klienty

Moje práce na praxi spočívala v pomoci, asistenci lidem postiženým CMP v bazénu i tělocvičně, komunikaci, předcházení psychicky náročným situacím, organizování a vedení skupinových sezení a pomoci organizátorům. Klienti nabídku terapie uvítali. Během rehabilitačního pobytu jsou u klientů jasně pozorovatelné změny k lepšímu, jak z hlediska fyzické koordinace a pohybu, tak i z psychického hlediska-klienti jsou komunikativnější, více se druží a jsou aktivní při vymýšlení možných společných aktivit.

#### Reflexe práce v týmu daného zařízení

Svépomocná skupina ICTUS nemá odborného vedoucího, byla založena panem Dohnálkem, který po prodělané mozkové mrtvici hledal pomoc, kterou se pro něj stala vlastní organizace. Práce v týmu na rehabilitačních pobytech probíhala, podle mých očekávání, dobře. Spolupracovali jsme s fyzioterapeutkami, logopedkou, masérem. Dělali jsme pravidelné porady, kde jsme probírali průběh dne a odvedenou práci.

Prospěšnost či kvalitní fungování organizace vždy záleží na lidech a financích. Bohužel se obojího v tomto sektoru mnoho nedostává a pobyty musí být z velké části hrazeny klienty, pokud se nepodaří sehnat dotaci, či podporu odjinud.

#### Co jsem se během stáže naučila

Naučila jsem se pracovat s lidmi po CMP, což byl můj hlavní cíl. Dalším přínosem pro mě bylo, že jsem se naučila trpělivosti a pochopení. Během pobytu jsme zažila i nepříjemné okamžiky, kdy klientovi nechtělo cvičit, byl hrubý až agresivní, ale i s takovými situacemi jsem se musela naučit pracovat. Naučila jsme se jaké cviky jsou potřeba pro zlepšení hybnosti klienta, jak se zvednout ze země když vám nefunguje levá polovina těla, jak pomoci klientovi do schodů i ze schodů, jak pracovat s vozíkem, jak pomoci člověku na vozíku s běžnými činnostmi jako jsou oblékání, příprava jídla spoustu dalších činností.

### Jak hodnotím činnost zařízení

Jelikož je tato organizace svépomocná, založená na solidaritě a ochotě lidí pomáhat těm méně šťastným, chod organizace je naprosto závislý na pomoci a sponzorských darech. Dobrovolníci nejsou placení, tudíž je zde nouze o kvalifikovanou pracovní sílu ať už terapeutickou, fyzioterapeutickou, logopedickou. Lidí, kteří jsou ochotni odjet na týden, nebo 14 dní pomáhat a nedostat zapláceno, není mnoho.

### Co by se podle mého názoru dalo změnit a jak

Podle mého názoru by se dala změnit organizovanost akcí, více je promýšlet a pracovat na nich dopředu-na programu, na ubytování, v kolik, kdy a kam se půjde, i pro účastníky by to bylo příjemnější, než vymýšlet program na koleni po obědě.

Snažit se oslovit co největší množství škola různých zařízení s žádostí o dobrovolníky, odborníky, akreditované specialisty. Žádat o různé granty a příspěvky u organizací a EU.

### Fantazie, dojmy, pocity

Na praxi jsem odjížděla odhodlaná něco se naučit, nervózní z nového teamu a prostředí, jestli naplním na mě kladená očekávání, jaká bude nálada a jak se shodneme s ostatními. Odjížděla jsem se silnou nostalgií, krásnými vzpomínkami, zkušenostmi a novými přáteli. Jediné s čím jsem nesouhlasila, byla horší organizace. V pobytech bych zavedla pevnější program.

### Vlastní názor

Praxe mě naučila jak se chovat k lidem s tímto druhem postižení, naučit se vyhodnocovat situace podle priorit, rozložit čas a síly, protože celý den někomu asistovat a pomáhat a být stále v pozoru, je velmi fyzicky i psychicky náročné. Každodenní pohled na lidi s tímto postižením je z počátku frustrující, ale postupnou prací, kdy začnou být vidět pozitivní výsledky, se i můj pohled změnil.

### Hodnocení informací

Doposud byly organizovány rehabilitační pobyty letní, i zimní. Klienti se rádi na tyto pobyty hlásí každý rok, častokrát zde zůstávají více než jeden týden. Na konci každého pobytu je vidět progresivní nárůst pohybové zdatnosti, zvýšení samostatnosti, integrace do společnosti a komunikativnosti.

### Terapeutický rozhovor

Podle potřeb klienta jsem vedla terapeutický rozhovor empatickou formou. Pro klienty po CMP je nejdůležitější, že je někdo vyslechne, neodsoudí jako mentálně, či fyzicky postiženého a komunikuje s ním jako se sobě rovným. Důležité je klientovi nabídnout otevřený pohled a vhled do situace, kdy nový styl života stále může nabídnout pěkné zážitky a nemusí mozkovou příhodou končit. Důležitou roli zde hraje trpělivost, nenutit klienta jít směrem, který nechce, nebo ho nutit do pokroků, na které ještě není připraven.

### Krátkodobý plán sociální pomoci

Z krátkodobého hlediska bych navrhla komplexní program aktivit a rehabilitačních cvičení, nejčastěji v bazénu, kde není pro klienta problém se pohybovat díky nadnášení a lze zde používat celou řadu pomůcek-kruhy, molitanové hračky, plováky aj. Podstatnou roli by v krátkodobém plánu měla hrát terapie. Nejedná se zde jen o terapii týkající se klienta, ale i rodinnou terapii, individuální terapii pro členy rodiny a blízké okolí, poradenská práce, která přinese informace a lepší vhled do situace a v neposlední řadě i skupinová sezení s lidmi se stejným postižením.

### Dlouhodobý plán sociální pomoci

Velmi podstatnou chvílí k podchycení nejlepšího času ke zlepšení stavu klienta jsou první týdny po propuštění z nemocnice, kdy je nutná návaznost na služby a hladký přechod k rehabilitaci v domácí péči. Pokud to klientův stav povoluje, je vhodné začít s rehabilitačním, ale i resocializačním cvičením. Nedovolit aby se klient od vnějšího světa distancoval a nabídnout mu možnosti, které má, ale třeba je kvůli zúženému vnímání nevidí.

Nejvhodnější postup by byl vybudování rehabilitačního centra, kde by byly poskytovány komplexně služby šité na míru pro každého klienta. Probíhaly by zde denní aktivity, arteterapie, muzikoterapie, fyzioterapie ale i terapie zaměřená na psychiku a vnímání nové situace-psychoterapie s různými zaměřenými (kognitivně-behaviorální, rogersovská, skupinová, individuální aj.). Také by zde měl být cvičný byt, nebo alespoň místnost, kde by bylo možné provádět praktické nácviky denních aktivit, aby klient byl schopen se o sebe postarat v co největší míře a měl tak kontrolu nad vlastním životem, což je leckdy velmi podstatné zdůraznit, protože rodina, nebo životní partneři mají pocit, že klientovi musejí poskytnout 24hodinnový servis, ačkoli ten je schopen se v některých

směrech o sebe postarat. Nejdůležitější by bylo zde mít velké množství odborníků ochotných poskytovat kvalitní služby, které by odpovídaly klientovým možnostem jak fyzickým, tak psychickým. Dále by zde bylo možné provádět i fyzická cvičení, ke kterým je vhodný bazén, chodící pás se zábradlím a další pomůcky.

Dalším krokem je vytvoření case managementového týmu, který by se o klienty staral a vytvářel funkční program pomoci. Samostatně by klienty vyhledával a dohlížel na jednotlivé případy.

#### Konečný strukturovaný program sociální pomoci

Pokud by šlo o ideální stav organizace, fungovala by jako terapeuticko-poradenské-rehabilitační centrum. V terapeutické části by bylo možné najít několik různě orientovaných psychologů, terapeutů, kteří by byli profesionály v problematice CMP a uměli by nabídnout odbornou pomoc právě v oblastech týkajících se mozkové mrtvice jak klientovi tak i jeho rodině či nejbližšímu okolí. V poradenské části bychom se zabývali sociálně-právními aspekty, nároky na dávky a možnostech jejich získání, pomoc rodinám a jejich vedení k lepšímu vyrovnání se s novou situací. V rehabilitačním centru pro klienty po CMP by byl vytvořen strukturovaný program aktivit od cvičení, plavání, masáží, po keramický kroužek jako trénink jemné motoriky. Probíhaly by zde konzultace s odborníky, členy case managementového týmu, ve kterém by byli sociální pracovník, pracovní terapeut, psycholog, psychiatr, zdravotní sestra a s dalšími profesionály informovanými o situaci a možnostech lidí po CMP.

#### Spolupráce s dalšími pomáhajícími pracovníky a fungování sociální sítě

Kvalitní pomoc klientům po CMP není reálná se zaměřením pouze na jednu stranu, například na rehabilitaci. Proto je nutná spolupráce s dalšími odborníky, jako je zdravotní sestra, fyzioterapeuti, terapie pomocí zvířat, spolupráce s poskytovateli místa pobytu, pedagogy, logopedy a dalšími. Spolupráce jakou já jsem zažila, byla vždy bezproblémová a ochota odborníků byla velká a ve většině případů nezištná (pomáhali bez nároku na honorář). Na praxi jsem spolupracovala s organizátorem pobytů, panem Dohnálkem a s dalšími dobrovolníky. Tým dobrovolníků/c se skládal z fyzioterapeutů, logopedů, psychologů nebo sociálních pracovníků. Tato široká struktura profesí byla velmi výhodná, protože kde končily kompetence jednoho, začaly kompetence druhého a tím pádem jsme byli schopni obsáhnout široké spektrum požadavků klientů.

Nesetkala jsem se s žádnými potížemi nebo neshodami v týmu, ani později ve spolupráci s klienty, což mi mou práci usnadnilo. S některými klienty byla těžší domluva, nebo byl potřeba individuálnější přístup, ale díky tomu, že tým fungoval sehraně, v tom nebyl problém.

Při oslovování dalších dobrovolníků jsme ne vždy měli úspěch, ale i tak jsme vytvořili tým lidí ochotných spolupracovat, kteří nyní sami organizují aktivity s lidmi po CMP, a nadále společně promýšlíme, jaké akce by bylo možné ještě realizovat.

### Sociální vedení

Vytvoření vztahu s klientem je velmi důležité. Jedině pak je klient ochoten sdílet své emoce, přijmout pomoc, nechat se vést na cestě za vyléčením. Konkrétní postupy jsou uvedeny v části terapie. Bylo dosaženo vytvoření bezpečného prostoru/místa pro klienty, ti získali možnost a konkrétní osobu za kterou dojít pro pomoc, terapii, radu.

Klienti měli vždy velmi kladný vztah ke mně, jako k dobrovolnici, ale i jako k člověku. Když jsme neměli společný program, nebyl problém se sejít a popovídat si neterapeuticky, nebo naopak terapeuticky ale individuálně. Individuální sezení byla leckdy přínosnější spíše pro partnery klientů, kteří je doprovázeli. Většinou se jednalo o manžela/ku, kteří měli pocit (někdy oprávněný), že nemohou svého partnera s postižením, nechat odjet samotného, protože o něj nebude dost postaráno. Setkala jsem se i s velmi zarputilými a o své pravdě přesvědčenými doprovody, kteří však po pár společných zážitcích změnili názor a zbytek pobytu prožili jako účastníci a užili si ho jako takovou malou dovolenou. Pochopili, že se o klienta umíme postarat a jako tým s panem Dohnálkem umíme dobře spolupracovat a dělat program na míru, tak aby každého alespoň trochu bavil a nebyl z něho vyřazen například kvůli fyzickému omezení. S klienty jsem měla pocit důvěry a ochoty spolupracovat. Pokud nastal složitější případ, kdy se klient nechtěl účastnit programu, vždy jsme se nějak dohodli a vyšli si vstříc. Během své praxe jsem se setkala s velkou variabilitou emocí, někteří klienti měli pozitivní přístup k rehabilitaci a snažili se co nejvíce spolupracovat, jiní nechtěli ani vycházet z chatky, kde byli ubytováni. Na konci pobytu jsme však již podnikali vše společně a vycházeli jsme si ve svých potřebách, tedy potřebách klientů, vždy vstříc.

S klienty jsem většinou pracovala skupinově, na předem domluvených sezeních, například po cvičení v tělocvičně. I z hlediska organizace to bylo snazší, protože jsme již byli všichni na jednom místě a pouze jsme se rozsadili do kruhu, aby každý na každého viděl. Někdy se stalo, že bylo potřeba udělat individuální sezení, ale to bylo vždy po

domluvě s klienty, nebo jejich rodinným příslušníkem (často to byly manželky klientů po mrtvici, které potřebovala situaci probrat ze svého hlediska a odbourat pocit viny, či výčitek).

Praxe s lidmi po CMP mi hodně dala, ale i vzala. Musím říct, že si myslím, že jako člověku mi to pomohlo se hodně naučit i poučit. Mám pocit, že moje práce zde měla svůj smysl a i nadále v ní chci pokračovat.

#### Ověřování výsledků

Moje role v případě byla jasně definována-dobrovolník nabízející skupinovou terapii, pohybovou rehabilitaci, asistenční aktivity.

Na rehabilitačních pobytech proběhly plánované aktivity na podpoření samostatné funkce klienta ve světě, jeho integrace a nácviky běžných činností.

Pozitivními výsledky jsou zlepšení hybnosti klientů, jejich snaha se znovu realizovat a zapojit do společnosti a zlepšení psychického stavu.

Negativním jevem může být návrat klienta domů, kde nejsme schopni dohlédnout na dodržování nastaveného cvičebního plánu a nemůžeme jej motivovat ke snaze se dále zapojovat. Těmto negativním jevům však dokážeme částečně předcházet, když zůstaneme s klienty v co nejužším kontaktu a snažíme se s nimi dále rehabilitačně či terapeuticky pracovat. Je zde možnost klienty informovat o dalších pracovních střediscích, láních, rehabilitačních centrech či poradnách. Dále je taky nutné udržet aktivními partnery klientů, protože jejich role ve zlepšení stavu klienta je velká a míra pokroků závisí i na jejich práci a trpělivosti, ale také schopnosti rozpoznat situaci, kdy klientovi nepomáhat.

Na závěr chci shrnout spolupráci se skupinou lidí po centrální mozkové poruše. Klienti byli vůči mně vždy přívětiví a otevření. V průběhu každého rehabilitačního pobytu jsme se velmi sblížili a vytvořili si vztah nutný pro vybudování důvěry a dodnes jsem s většinou z klientů v kontaktu ať už po emailech, nebo se setkáváme na soukromých (individuálních) sezeních.

Když jsem na rehabilitační pobyt jela poprvé, byla jsem v roli dobrovolníka, který se vše musí naučit a v práci s lidmi po CMP je v neohrabaný a s odstupem času si myslím, že i rezervovaný, ale každým dalším dnem jsem se stala členem týmu a aktivním účastníkem. Určitě jsem někdy byla na pokraji sil, protože tyto pobyty jsou náročné nejen fyzicky, ale i psychicky, ale kdykoli jsem se vrátila domů, měla jsem pocit dobře a smysluplně odvedené práce. Zjistila jsem, že i přes všestrannou náročnost pobytů, jsem

odjížděla mnohem spokojenější a vyrovnanější. Pro můj osobní život měly pobyty velký přínos a z hlediska odbornosti mi velmi pomohlo se setkat s takto okrajovou a specifickou skupinou lidí.

Na úplném konci popisu své praxe pro případovou práci uvádím zkušenosti, které jsem si odvezla s koncem pobytu domů. Naučila jsem se, jak je možné přistupovat k lidem postiženým CMP, jak se s nimi bavit, nevytvářet si předsudky, nejednat s nimi jako s nemohoucími, ale podpořit je při jejich snažení. Také jsem vedla rehabilitace v bazéně cvičení, protahování i samotné plavání. Asistovala jsem při cvičení v tělocvičně s nástroji, jak člověku pomoci při stávání, nebo naopak kdy ho nechat aby to zvládl sám.

Celkově musím říct, že to pro mě byla neskutečně přínosná zkušenost a ráda na ní budu vzpomínat.

### **3.2.2 Alena Šlechtová**

Klientka Alena, je přibližně 52letá, vdaná paní, má vdanou dceru, která čeká své první dítě. Alena má středoškolské vzdělání zakončené maturitou v oboru finanční poradce.

První kontakt s Alenou byl navázán před 5ti lety na rehabilitačním pobytu s organizací ICTUS o.p.s.

O paní Aleně víme, že od 24let má diagnostikovanou roztroušenou sklerózu, ve 27 letech přišla první mozková mrtvice, po které Alena ochrnula na levou část těla, v 35letech přišla další mrtvice, po které se klientka musela znova učit všechny získané dovednosti po první mrtvici. Nyní se Alena pohybuje sama, je schopna si obstarat všechny běžné nutnosti jako jsou nákup, řízení vozidla, vaření či úklid. Oporou jí jsou manžel a dcera se svým manželem, kteří jí s těmito běžnými denními činnostmi dle nutnosti pomáhají.

Alena vyrostla v normálně fungující rodině, v dospělosti se vdala a s manželem jsou dodnes. Mají dceru, která se před časem vdala a sama nyní čeká rodinu. Žijí společně v dvougeneračním domku, kde má každý své soukromí, ale je vždy na koho se obrátit. Alena má pevné a kvalitní zázemí a podporu jak v manželovi, tak v dceři.

Situace po prvním kontaktu s Alenou na mě působila poměrně klidně. Nebylo potřeba jí nijak výrazně pomáhat, normálně a otevřeně se mnou i týmem komunikovala a nebránila se cvičení, ani společenským aktivitám, leckdy sama iniciovala srazy a posezení po pravidelném programu.

Alena je velmi soběstačná, ale v době kdy se zhorší roztroušená skleróza, nebo v období po druhé mozkové mrtvici jí byla rodina velkou oporou a pomohla překonat těžkou situaci. Sama klientka si je plně vědoma svého stavu a možnosti, že se její stav již nezlepší. Alena má dobrou sebereflexi a snaží se zachovat si zdravý pohled na život.

S manželem se snaží, pokud jim to finance dovolí, hodně cestovat a poznávat nová místa. Alena si je vědoma i toho, že za mrtvici z části může i její předešlý životní styl. Snažila se hodně budovat kariéru, pracovala přes čas, kouřila, nespotovala a nejedla zdravě. Nyní se snaží ve svém životě dodržovat zdravou životosprávu, kterou poruší výjimečně skleničkou červeného vína.

Krátkodobý plán pro paní Alenu by měl obsahovat procvičování paretické ruky, také bych do krátkodobého plánu zařadila procházky venku, cvičení s pomůckami, jako jsou rehabilitační balanční míče, masážní míčky s bodlinkami aj.

Dlouhodobý plán pro paní Alenu bych sestavila jako rehabilitační plán pohybových schopností. Alena má tendenci vynechávat cvičení doma, pokud někdo cvičí s ní je důsledná. Proto bych zařadila společná cvičení s ostatními klienty, časté schůzky svépomocné skupiny a aktivní zapojení Aleny do společenského života mimo rodinu. Paní Alena má dobré zázemí a podporující rodinu i širší okolí, zde bych tedy nespatovala nezbytnost intervence rodinné terapie. Jako významnější aspekt pro zlepšení stavu paní Aleny bych zavedla snahu o nalezení nových zájmových činností mimo domov.

Celkově hodnotím stav paní Aleny jako dobrý a její snahu o zlepšení uspokojivou. Doporučila bych, aby nadále udržovala plán rehabilitací a zdravého životního stylu a stravování.

### **Rozhovor s paní Alenou**

Jakou jste dodržoval/a životosprávu před atakou?

Normální běžnou občas nějaká dieta na hubnutí.

Jaké jste měl/a pocity těsně před atakou?

Žádné.

Jak probíhala samotná ataka?

Začala mě brnět levá noha až po 5ti dnech se přidala ruka a obličej.



Jak probíhal pobyt v nemocnici? Délka pobytu a program?

Pobyt v nemocnici-MRI mozku, angeografie a jícnové sono srdce. Délka pobytu 2 týdny z toho týden na neurologickém JIP.

Jaká rehabilitace byla použita v nemocnici?

Denně 10-15 minut cvičení s bodlinkovým míčkem a zkoušení stání.

Jak probíhala vaše léčba po odchodu z nemocnice?

Doma jsem měla 24ti hodinovou péči rodiny.

Jaká byla návazná rehabilitace v domácí péči/v rehabilitačním centru? Délka?

Rehabilitace doma probíhala 2x denně:ráno od7-8 hodin a odpoledne 16-17 hodin. Tato rehabilitace probíhala měsíc, po té jsem nastoupila na Rehabilitační kliniku do FN Motol, kde jsem byla další měsíc na rehabilitaci.

Jak probíhala rehabilitace po ukončení pobytu v rehabilitačním centru? (např. docházení do ambulantní péče a průběh péče?)

Po ukončení nemocniční léčby jsem dojížděla na rehabilitace do zdravotního zařízení.

Jaké jste měl/a dojmy o informovanosti personálu nemocnice a jejich doporučení pro další vývoj léčby?

Personál byl informován dobře a doporučení v pořádku.

Jaká/é forma rehabilitace byla užita-psychoterapie, logopedie, rehabilitace, fyzioterapie či jiný typ? Pokud byla užita psychoterapie, jaký druh terapie?

Byla použita rehabilitace (Vojtova metoda a Kabat metoda). Psychoterapie spočívala v pohovory s psychologem a následně trénink Kognitivních funkcí.

Jezdíte, nebo máte zájem jezdit na rehabilitační pobyty? Pokud jezdíte, vyhovuje vám jejich struktura?

Jezdím a vyhovuje, pokud mi to finanční situace a fyzický stav dovolí, budu jezdit nadále.

Jaké byly Vaše dojmy po návratu domů?

Pocit bezmoci, že nemohu ovládat své vlastní tělo a jsem odkázaná na pomoc ostatních.

Co by Vám návrat domů mohlo usnadnit?

Domácí pomoc psychologa.

Cítíte se zapojen/a do chodu domácnosti a běžných činností v rodině? Snažím se dělat vše, co mi zdravotní stav dovolí.

Chtěl/a byste se (s ohledem na omezení způsobené onemocněním) zapojit do pracovního procesu?

Asi ano.

Máte zájem o další vzdělávání, nebo koníčky?

Myslím, že již bych to nezvládla.

Vidáte se s přáteli? Chodíte do společnosti?

Ano. Ráda chodím i do divadla.

Vidáte se s lidmi po mrtvici? Pokud ano, přinesl Vám tento kontakt nějaký užitek?

Ano, užitek vidím v tom, že si navzájem pomáháme hlavně po psychické stránce.

Jak změnilo onemocnění Váš vztah k sobě samým, s rodinou?

Nezměnilo.

Cítil/a jste pomoc, podporu a péči rodiny? Zapojení rodiny?

Ano.

Víte o možnosti pomoci pro rodinu (informační centra, kurzy, semináře jak pečovat nebo podporovat v rehabilitaci, provádění rehabilitace, dílny atp.) klienta po CMP?

Dnes již ano, ale před 10ti lety ne.

Co vám z hlediska informovanosti či poskytování péče lidem po CMP chybí?

Rady na co mají nárok, kde si zažádat o ZTP, příspěvek na auto atd.

Kde by se podle Vás dala zlepšit péče a jak? (nemocnice, rehabilitace, přístup personálu, atp..)

Možná přístup středního zdravotního personálu by mohl být ohleduplnější.

Jak pomoci rodinám aby průběh rehabilitace snášeli lépe?

Pohovory s psychologem popřípadě s psychiatrem.

Jak by bylo možné pomoci Vám abyste snášel/a rehabilitaci a průběh nemoci lépe?

Nevím, zvládám to docela dobře.

Vnímáte nějaké změny v chování okolí k Vám? Pokud ano, jaké?

Okolí se chová zcela normálně.

Zde je prostor pro jakýkoliv Váš názor nebo poznatek, který by měl být použit v diplomové práci:

Život po CMP a rehabilitace je běh na dlouhou trať a je potřeba to nevzdávat a bojovat.

### **Rozhovor s manželem Janem**

Poté co klienta odvezla záchranka/helikoptéra po mozkové příhodě, nejspíš jste již Vy i Vaše rodina tušili, že půjde o vážnější záležitost. Jaké byly vaše první reakce? Zjistit v nemocnici co se děje.

Kdy jste dostali první informace o klientově zdravotním stavu?

Až druhý den.

Co vám lékaři sdělili?

Že jde o CMP s těžkou hemiparézou a neví, jestli přežije 24 hodin.

Jakým způsobem k Vám lékaři přistupovali a chovali se ke klientovi? (empatie, snaha)?

Snaha žádná a empatie vůbec ne, vypadalo to, jako když tam leží kus masa.

Nabídlí Vám lékaři nějakou pomoc, informace a centra kam se obrátit?

Spíše ne.

Bylo pro Vaši rodinu horší prožívat období nejistoty nebo naopak vyrovnat se s diagnózou?

Vyrovnat se s diagnózou.

Byla vám během klientova pobytu v nemocnici sdělena nějaká prognóza nebo byli lékaři spíše zdrženliví?

Prognóza negativní, tedy bez možnosti na plné uzdravení.

Jaká byla klientova první slova po probuzení?

Nebyla v komatu.

Jak jste se s danou situací vyrovnal/a a jak novou situací prožívali ostatní v rodině a blízkém okolí?

Jako s faktem.

Jaké změny přineslo klientovo onemocnění do Vašeho života?

Změna životního rytmu.

Vnímáte rozdíly v chování Vašeho okolí (přátel, známých..) ke klientovi? Pokud ano, jaké?

Změny žádné.

Po převezení z nemocnice do rehabilitačního ústavu chtěli lékaři klienta propustit do domácího ošetřování? Pokud ano, jakým způsobem jste došli k rozhodnutí?

Byla měsíc jen doma.

Jak často jste klienta během pobytu v nemocnici a poté v rehabilitačním ústavu navštěvovali?

Jezdil jsem za manželkou 2x denně.

Jak Klient prožíval pobyt v rehabilitačním ústavu?

Vzhledem k tomu, že nemá ráda nemocnice, tak špatně.

Kde jste získávali potřebné informace o sociálně-právních záležitostech?

Nezískali, museli jsme je hledat na úřadech, u lékaře atp.

Když klienta propustili z rehabilitačního ústavu do domácí péče, starali jste se o něj/ni sami?

Ano.

Prováděli jste také rehabilitační péči?

Ano.

Uvažovali jste i o možnosti, že byste klienta umístili do domova pro osoby se zdravotním postižením? Pokud ano, jaké byly důvody pro a jaké proti?

V žádném případě.

Museli jste nějak výrazně přizpůsobit byt/dům klientově návratu domů?

Ano, pokusili jsme se o bezbariérový byt.

Měli jste možnost využít pomoc asistenta/ky?

Ne.

Pokud jste neměli možnost využít pomoci asistenta/ky, střídali jste se v péči o klienta v rodině?

Ano.

Pokud ano-jak probíhala spolupráce s asistentkou, byli jste s ní spokojeni?

Neprobíhala.

Shodli jste se s ostatními členy rodiny na tom, jak ke klientovi přistupovat, jak se k němu chovat? Pokud ne, čeho se týkaly rozpory?

Shodli.

Jakým aktivitám se asistent/ka s klientem věnují?

Nevím.

S čím vším je vám nyní klient schopen pomoci, míra jeho samostatnosti?

Snaží se pomáhat se vším.

Dělá tyto činnosti z vlastní iniciativy nebo čeká, až ho o to požádáte?

Z vlastní iniciativy.

Má klient/ka nějaké vlastní zájmy a aktivity?

Ano. Pobyty s osobami po CMP. Dovolené u moře atd.

Nabídla vaší rodině pomoc nějaká občanská sdružení nebo jiné organizace zabývající se péčí o zdravotně postižené?

Ne.

Uvažuje klient o budoucnosti-studiu, práci, atp.?

O studiu cizích jazyků.

Stýká se klient se svými přáteli?

Ano.

Chodí klient do společnosti nebo se tomu spíše vyhýbá?

Chodí do společnosti.

Je klient stále motivovaná pokračovat v rehabilitaci?

Ano.

Neuvažovali jste někdy o tom, že by klientovi prospěl kontakt s lidmi po cévní mozkové příhodě, kteří jsou na tom podobně jako on/a?

Ano.

Pokud ano, kde a jak byste taková centra vyhledali?

Na internetu.

Docházel/a byste s klientem do takových center?

Ano.

Chybí Vám v tomto směru informace? Pokud ano, jakou máte představu o možném zlepšení informovanosti? (např.-kde by měli být umístěné portály na internetu, aby byly snadno k nalezení, reklamy, poutače, inzerát v novinách, atp..)Na internetu,třeba odkaz na zdraví.

Máte nějaké doporučení pro lidi se stejnou zkušeností s mozkovou mrtvicí?

Nebát se toho.

### **3.2.3 Hana Jelínková**

Paní Hana, žena kolem padesátky, chodí pomalu a má problémy s řečí, ale domluvila se. Na rehabilitační pobyty s ní jezdí manžel Ruda, který se moc k programu, nebo dění na pobytu nevyjadřoval, účastní se, ale společensky se nesnaží zapojit.

Mozková příhoda s levostranným postižením paní Hanku postihla bez zjevných příznaků v lednu 2009. Při pobytu ve Vojenském rehabilitačním ústavu Slapy viděla, že i takto postižení pacienti jezdí autem a to se stalo snem, který si Hana chtěla splnit a kvůli tomu se snažila i o zlepšení své hybnosti. Paní Hana řídila před mozkovou mrtvicí 18let a řízení vozu se pro ní stalo symbolem soběstačnosti a naděje, že se z bezvýchodné situace dostane. Dalším podnětem byla při pobytu na Bedřichově ukázka elektrického skútru od firmy DMO. Toto vozítko se stalo dalším krokem k uskutečnění snu paní Hany, protože pochopila, že je schopná jej ovládat a tudíž je na cestě i k jízdě autem. Cesta k cíli však nebyla jednoduchá: Povinné kolečko u lékařů- doporučení od neurologa, psychologa. Absolvovala rekondiční jízdy v místní autoškole na autě s automatickou převodovkou, po obdržení certifikátu s manželem podnikli další kroky směrem k autu. Paní Hana si vytyčila cíl a došla k němu. Jejím nynějším cílem je zlepšit chůzi a i v tom se stále zlepšuje. Její heslo je „když to zvládli jiný, zvládnou to i já!“

Před mozkovou mrtvicí paní Hana pracovala jako účetní a sekretářka ředitele ve větší firmě 16 let, neměla pocit stresu, nebo tlaku na svou osobu.

Z hlediska životosprávy, byla paní Hana vždy důsledná, bez antikoncepce, nekuřačka, denně chůze 7 km do zaměstnání a zpět, jízda na kole, procházky se psem, snažila se dodržovat pravidelný pohyb a zdravé stravování.

V současnosti stěžuje paní Haně rekonvalescenci nejvíce smrt obou rodičů, se kterou se špatně vyrovnává.

Osobní anamnéza- Neléčila se na nic a nikdy v průběhu svého života před mrtvicí. Více jak 10 let nebyla ani na kontrole u lékaře. V současné době, tj. 3,5 roku po příhodě, se snaží být soběstačná a nadále se snaží rozvíjet hybnost a komunikaci.

#### Plán sociální pomoci

Krátkodobý plán pro paní Hanu by měl obsahovat hlavně trénink pohybového aparátu, klientka si dala za cíl znovu řídit automobil, pro podpoření tohoto cíle bych doporučila tréninky chůze na chodícím pásu, v rámci možností bych zavedla procházky venku, cvičení s pomůckami, jako jsou rehabilitační balanční míče, masážní míčky s bodlinkami aj.

Dlouhodobý plán pro paní Hanu bych sestavila jako kombinaci nácviku běžných denních aktivit, cvičení pohybových schopností a pravidelné návštěvy logopeda. Stav paní Hany zhoršila hlavně náročná situace po smrti rodičů, pokusila bych se tedy paní Hanu přesvědčit k pravidelným návštěvám psychoterapeuta, zapojení i jiných typů terapie jako jsou arteterapie, či muzikoterapie.

#### **Rozhovor s paní Hanou**

Jakou jste dodržoval/a životosprávu před atakou?

Normální, měla jsem dost ráda ovoce, ryby, nekouřila jsem, ani jsem nepila příliš alkohol.

Jaké jste měl/a pocity těsně před atakou?

Pocity, jako každý jiný den-žádné příznaky. Vše přišlo naráz, bez varování.

Jak probíhala samotná ataka?

Okamžitý pád na levou stranu-předtím nebyl ani stres ani jiný podnět.

Jak probíhal pobyt v nemocnici? Délka pobytu a program?

V nemocnici 14 dní, převoz na nervové oddělení, po té na rehabilitačním oddělení.



Jaká rehabilitace byla použita v nemocnici?

Zkouška chůze ve vysokém chodítku.

Jak probíhala vaše léčba po odchodu z nemocnice?

Chotěboř, Vojenský rehabilitační Ústav Slapy, lázně Vráž, ambulantní rehabilitace ve FN Plzeň, Janské lázně, rehabilitační středisko Horní Bříza a další.

Jaká byla návazná rehabilitace v domácí péči/v rehabilitačním centru? Délka?

Denní cvičení s manželem, ambulantně do FN na ergoterapii, cvičení v bazénu a jiná cvičení.

Jak probíhala rehabilitace po ukončení pobytu v rehabilitačním centru?-např. docházení do ambulantní péče a průběh péče?

Ve FN ambulantní péče cca 5 týdnů denní dojíždění.

Jaké jste měl/a dojmy o informovanosti personálu nemocnice a jejich doporučení pro další vývoj léčby?

Nikdo nám nic nedoporučil, vše jsme hledali na netu!

Jaká/é forma rehabilitace byla užita-psychoterapie, logopedie, rehabilitace, fyzioterapie či jiný typ? Pokud byla užita psychoterapie, jaký druh terapie?

Pouze fyzioterapie a ergoterapie, logopedie nebyla potřeba. Psychoterapie formou podávání léků-velmi špatný psychický stav.

Jezdíte, nebo máte zájem jezdit na rehabilitační pobyty? Pokud jezdíte, vyhovuje vám jejich struktura?

Jezdím na rekondiční pobyty se sdružením Ictus. Vyhovuje mi to na 100 %.

Jaké byly Vaše dojmy po návratu domů?

Smíšené protože se můj stav zlepšuje velmi pomalu.

Co by Vám návrat domů mohlo usnadnit?

Nepřemýšlela jsem o tom, zřejmě větší zájem pracovníků nemocnice a snaha o spolupráci.

Cítíte se zapojen/a do chodu domácnosti a běžných činností v rodině?

V současné době již ano, jezdím i autem, snažím se i něco uvařit, vytírat, zalít květiny atd.

Chtěl/a byste se (s ohledem na omezení způsobené onemocněním) zapojit do pracovního procesu?

Určitě ano.

Máte zájem o další vzdělávání, nebo koníčky?

Mám 2 maturity, další vzdělávání prozatím nevyhledávám.

Vidáte se s přáteli?

Ano, jezdíme na posezení, besedy atd.

Chodíte do společnosti?

Ano, máme abonmá do divadla, chodíme občas i na koncerty.

Vidáte se s lidmi po mrtvici? Pokud ano, přinesl Vám tento kontakt nějaký užitek?

V Ictusu jsem potkala mnoho přátel a stále si telefonujeme, nebo píšeme emaily, velmi mi to pomáhá.

Jak změnilo onemocnění Váš vztah s rodinou?

Manžel odešel do předčasného důchodu, jinak s dětmi je vztah jako před příhodou.

Jak změnilo onemocnění Váš vztah k sobě samým?

Více si vážím věcí, které jsem dříve nevnímala, nebo opomíjela!

Cítil/a jste pomoc, podporu a péči rodiny? Zapojení rodiny? Nejbližšího okolí známých?

Ano, velmi a byl to obrovský impuls celou situaci nevzdat!

Víte o možnosti pomoci pro rodinu (informační centra, kurzy, semináře jak pečovat nebo podporovat v rehabilitaci, provádění rehabilitace, dílny atp) klienta po CMP?

Mnoho toho o tom nevím.

Co vám z hlediska informovanosti či poskytování péče lidem po CMP chybí?  
Informovanost hlavně ze strany ošetřujících lékařů atd.

Kde by se podle Vás dala zlepšit péče a jak?

(nemocnice, rehabilitace, přístup personálu, atp..)

Vlastně všude. Měla jsem dojem, že personálu chybí empatie i trpělivost, které jsou pro práci v nemocnici nutné.

Jak pomoci rodinám aby průběh rehabilitace snášeli lépe?

Více takových sdružení Ictus.

Jak by bylo možné pomoci Vám abyste snášel/a rehabilitaci a průběh nemoci lépe?

Nestěžuji si. Moje okolí dělá vše, abych byla v pohodě, bohužel, psychika je dost narušená stále.

Vnímáte nějaké změny v chování okolí k Vám? Pokud ano, jaké?

Nejsou žádné změny.

### **Rozhovor s manželem Josefem**

Poté co klienta odvezla záchranka/helikoptéra po mozkové příhodě, nejspíš jste již Vy i Vaše rodina tušili, že půjde o vážnější záležitost. Jaké byly vaše první reakce?  
9.1.2009 dopoledne dostávám zprávu, že odvezli moji ženu do nemocnice s podezřením na CMP. Chvilí mi trvalo, než jsem pochopil, že situace je vážná. Jsem v práci, informuji tedy moje nadřízené a jedu se dát dohromady domů. Sdělují to jejím starým rodičům, volám to oběma synům a jedu do nemocnice.

Kdy jste dostali první informace o klientově zdravotním stavu?

V nemocnici na Iktové jednotce mi sdělili, že moji ženu postihla silná ischemická cévní mozková příhoda a je ochrnutá na levou polovinu těla.

Co vám lékaři sdělili?

Byla provedena trombolýza, která se však nepovedla. Upozornili mě na vážný zdravotní stav, a pokud se z toho vůbec dostane, tak bude mít trvalé následky.

Jakým způsobem k Vám lékaři přistupovali a chovali se ke klientovi? (empatie, snaha)?

Všude, jak na Iktové jednotce ve FN Plzeň, tak v nemocnici Privamed jsme se setkali s perfektním profesionálním přístupem jak doktorů, tak i ostatního zdravotního personálu.

Nabídli Vám lékaři nějakou pomoc, informace a centra kam se obrátit?

Ne.

Bylo pro Vaši rodinu horší prožívat období nejistoty nebo naopak vyrovnat se s diagnózou?

Obojího asi stejnou mírou.

Byla vám během klientova pobytu v nemocnici sdělena nějaká prognóza nebo byli lékaři spíše zdrženliví?

Ano. Jediné co pomůže zlepšit zdravotní stav je včasná a cílená rehabilitace. Důležitý bude první rok po příhodě.

Jaká byla klientova první slova po probuzení?

Tomu se nedá říkat slova. Hodně dlouho jsem se snažil to rozluštit. Chtěla, abych jí přinesl nůžky na odstřížení pásky na pravé ruce. Měla ji přivázanou k pelesti, aby si nemohla vytáhnout různé hadičky, ke kterým byla připojena.

Jak jste se s danou situací vyrovnal/a a jak novou situaci prožívali ostatní v rodině a blízkém okolí?

Celkem mi to netrvalo dlouho. Horší to bylo jejími rodiči.

Jaké změny přineslo klientovo onemocnění do Vašeho života?

Kompletně to změnilo způsob života, vztah nikoliv. Odešel jsem do předčasného důchodu, abych se o ni mohl starat.

Vnímáte rozdíly v chování Vašeho okolí (přátel, známých..) ke klientovi? Pokud ano, jaké?

Myslím si, že ne. Všichni nám fandí a povzbuzují nás v rehabilitaci.

Po převezení z nemocnice do rehabilitačního ústavu chtěli lékaři klienta propustit do domácího ošetřování? Pokud ano, jakým způsobem jste došli k rozhodnutí?

V rehabilitačním ústavu Chotěboř, který nám byl nemocnicí Privamed doporučený nebylo místo. Vzal jsem si tedy ženu 13.2.2009 domů do domácího ošetřování. Do Chotěboře jsme jeli 1.4.2009.

Jak často jste klienta během pobytu v nemocnici a poté v rehabilitačním ústavu navštěvovali?

Několikrát denně.

Jak Klient prožíval pobyt v rehabilitačním ústavu?

Podle toho v jakém ústavu. První ústav byl RÚ Chotěboř. Asi byla v nepravý čas na nepravém místě. Každý den neustálý stres po celý den. Na pokoji pět nemohoucích pacientů a jedna z nich stále hlasitě plakala ve dne v noci, vykonávala potřebu v posteli několikrát za den a s tím spojené běhání sester, mytí, výměna lůžkovin...

Každý den tam jezdím po obědě z nedalekého penzionu. Provádíme na invalidním vozíku vycházky před ústavem a výlety po okolí aby přišla na jiné myšlenky.

Čtvrtý den ji oznamuji smutnou zprávu o úmrtí její maminky, což manželku psychicky zničilo. To už je moc a po dvaceti dnech ukončujeme pobyt. Jedeme domů.

Žádný lékař, ani sestry nám neporadí, brouzdám po internetu, sháním jakékoli informace jak dál postupovat.

ICTUS – pan Dohnálek. Kontaktujeme pana Jana, sdělujeme mu naši situaci a dostáváme radu. Vojenský rehabilitační ústav Slapy, se kterým má osobní zkušenosti. Jenže tam je plno, prý budeme moct jet až za rok! Pokouším se tedy o možnost placeného pobytu, a vyšlo to! Do osmi dnů jedeme na Slapy. Super pobyt, super personál, super procedury, jsme spolu na pokoji, což oceňuji já i manželka.

Naše nejlepší zkušenosti s profesionální rehabilitací po CMP. Pět neděl získávání zkušeností pro další rehabilitaci. Necháváme tam však 100000Kč.

Kde jste získávali potřebné informace o sociálně-právních záležitostech?

Sociální odbor městského obvodu Plzeň 2

Když klienta propustili z rehabilitačního ústavu do domácí péče, starali jste se o něj/ni sami?

Ano.

Prováděli jste také rehabilitační péči?

Cvičíme každý den, sháníme různé rehabilitace a lázně, jezdíme pravidelně minimálně dvakrát týdně do bazénu.

Uvažovali jste i o možnosti, že byste klienta umístili do domova pro osoby se zdravotním postižením? Pokud ano, jaké byly důvody pro a jaké proti?

Ne.

Museli jste nějak výrazně přizpůsobit byt/dům klientově návratu domů?

Ano. Kompletní přestavba koupelny pro bezbariérový přístup, nájezdy na schody pro invalidní vozík, přestavba nábytku pro umístění elektrické polohovací postele.

Měli jste možnost využít pomoc asistenta/ky? pokud ano-jaká byla pracovní doba asistenta/ky?

Využívali jsme možnosti každodenní návštěvy zdravotní sestry v období mezi pobytem v nemocnici a rehabilitačním ústavem. Její návštěva trvala cca půl hodiny. Měřila tlak krve a prováděla rehabilitační cvičení. Nebyla však fyzioterapeut.

Po zbývající část dne bez asistenta/ka jste se v péči o klienta střídali v rodině?

Ne.

Pokud ano-jak probíhala spolupráce s asistentkou, byli jste s ní spokojeni?

Ne. Očekávali jsme profesionální rehabilitační cvičení.

Shodli jste se s ostatními členy rodiny na tom, jak ke klientovi přistupovat, jak se k němu chovat? Pokud ne, čeho se týkaly rozpory?

Ano.

S čím vším je vám nyní klient schopen pomoci, míra jeho samostatnosti?

Při chůzi používá nezbytně francouzskou hůl a levá ruka je plegická. Čili nic nepřeneš! Od příhody se míra její samostatnosti jistě zlepšila, je však stále závislá na druhé osobě. Ráda pomáhá při všech činnostech v kuchyni, prádelně, na zahradě, pokud to jen trochu jde.

Dělá tyto činnosti z vlastní iniciativy nebo čeká až ho o to požádáte?

Ano, z vlastní iniciativy.

Má klient/ka nějaké vlastní zájmy a aktivity?

Ano, velmi ráda luští křížovky, ráda čte, používá PC ke komunikaci s okolím a se známými, k různým testům apod.

Nabídla vaší rodině pomoc nějaká občanská sdružení nebo jiné organizace zabývající se péčí o zdravotně postižené?

Ne.

Uvažuje klient o budoucnosti-studiu, práci, atp.?

Ano.

Stýká se klient se svými přáteli?

Ano.

Chodí klient do společnosti nebo se tomu spíše vyhýbá?

Ano a ráda.

Je klient stále motivovaná pokračovat v rehabilitaci?

Ano.

Myslíte si, že je klient se svým postižením vyrovnaný/á?

Ještě ne.

Neuvažovali jste někdy o tom, že by klientovi prospěl kontakt s lidmi po cévní mozkové příhodě, kteří jsou na tom podobně jako on/a?

Ano, využíváme.

Pokud ano, kde a jak byste taková centra vyhledali?

Na internetu.

Docházel/a byste s klientem do takových center?

Ano.

Chybí Vám v tomto směru informace? Pokud ano, jakou máte představu o možném zlepšení informovanosti? (např.-kde by měli být umístěné portály na internetu aby byly snadno k nalezení, reklamy, poutače, inzerát v novinách, atp..)

Určitě na internetu, možná v rehabilitačních ústavech, na sociálních odborech.

Máte nějaké doporučení pro lidi se stejnou zkušeností s mozkovou mrtvicí?

Ano. Nevzdávat se, ono se to zlepší. Trvá to ale dlouho.

### **3.2.4 Jan Dohnálek**

Muž, Jan Dohnálek, je 58ti letý pán, s dokončeným středoškolským vzděláním s maturitou, národnost česká. Pan Jan vyrůstal jsem jako jedináček, situace v rodině byla dobrá. Oženil se po dokončení střední školy, s manželkou mají dvě děti. Po změně podmínek postupně pracoval sám, založil firmu, situace rodiny se zlepšila po rehabilitaci pohybového aparátu. K prvnímu setkání došlo skrze školu, kam pan Jan přišel přednášet problematiku CMP.

#### Sociální anamnéza

Dvakrát do něj uhořel blesk ve 13 a později přibližně v 24letech, musel se znova učit chodit, komunikovat a celkově se navrátit do normálního života. Od dětství trpí malou mozkovou dysfunkcí-hyperaktivita, „zlobení“, v dospělosti vyhledávání adrenalinu, trpěl atopickými ekzémy, astigmatismem, to vyvolalo nervovou poruchu a potíže s nočním udržením moči a přes den častější nucení na močení-lékařská diagnóza, mladistvý se sníženou pracovní schopností. Sám o sobě říká, že ho to zocelilo a nenechal se výsměchem ostatních zničit.



Pomočování se zbavil s počátky pohlavního života, volný čas směřoval k závodnímu lyžování, po zlomenině nohy již nemohl v závodění pokračovat. Na vojnu se dostal díky skrytí svého lékařského spisu. V roce 2002 ho postihla mrtvice. Hospitalizace- sám o ní mluví, jako o nejkrušnějších období-jednali s ním jako s kusem masa, v plenách, močil do pytlíku a nikdo se nestaral o jeho pokroky. Po mrtvici byla postižena pohyblivost pravé strany těla, nemluvil, nečetl, odmítal se učit psát levou rukou a trpěl celkovou apatií vůči všemu. Pomýšlel i na sebevraždu. Po roce začal psát a mluvit, po čase i číst, zlepšil se jeho psychický stav díky rehabilitacím v zařízení-k tomu vedlo i učení se chození na záchod, ovládnutí stolice. Pod dohledem začal znova lyžovat a také si našel práci. Po čase založil organizaci, kde se seberealizuje pomocí lidem se stejným postižením.

Nyní se zdá být vyrovnaný, energický s chutí do života.

O rodičích toho mnoho nevíme, rodinu tvoří s manželkou, která mu byla oporou i po mrtvici a dvěma dětmi, které často kontaktuje, v současnosti žijí v jiných státech.

Snaží se obklopovat lidmi s podobným postižením a na kterých jsou vidět pokroky v léčbě a rehabilitaci. Lehká mozková dysfunkce ovlivňuje jeho snahu pořád něco podnikat-častokrát i zkratovitě a nedokončeně, od jedné myšlenky skáče k jiné. Dalším příznakem je rychlá jízda autem, vyhledávání adrenalinu.

Klient pracuje, jako správce sítě-snaží se pracovat a být užitečný a podporovat rodinu-nechce se cítit jako přítěž.

Klientovo chování je velmi příjemné, otevřené, nesnaží se vyhnout žádné otázce, snaží se rozebírat všechny nastalé problémy, těžko nese zklamání, nebo agresivní chování, nerad je předmětem něčích problémů, či starostí. K lidem přistupuje otevřeně, s každým rád zabředne do rozhovoru. O svých přátelích často mluví a váží si jejich věrnosti.

Jeho stav je velmi dobrý a rehabilitacemi a spoluprací s lidmi se může nadále zlepšovat. K úplnému odstranění následků jeho postižení asi nebude možné.

Jan Dohnálek měl štěstí. Mrtvice ho postihla na obchodním jednání jen deset minut od dobře vybavené nemocnice s neurologií.

"Probudil jsem se tam za měsíc a nevěděl, co je za den, kde jsem, proč mlčím a proč se nehýbu," popisuje dnes, tedy pět let poté, co se mu v mozku ucpala jedna z tepen a tak vlastně dostal infarkt: jenže ne srdeční, ale mozkový. Ten je u nás třetí nejčastější příčinou smrti.

"Docházelo mi to pomalu- mrtvice. Uvažoval jsem, co se mnou bude dál. Co s člověkem, který je bez citu v pravé části těla a bez schopnosti komunikovat? Bylo to

čtrnáct dnů, černých dnů, kdy jsem myslel i na sebevraždu," přiznává. Promluvit dokázal až po půl roce.

Jak sám říká, měl kliku na dobrou péči a dobrou rehabilitaci, takže dnes normálně chodí, mluví, sjíždí sjezdovky, a dokonce pracuje.

Založil dvě neziskové organizace, které se věnují pomoci lidem po mrtvici, a právě na pozemku, který získaly, projektují rehabilitační zařízení pro lidi po mrtvici.

Podobné štěstí jako Jan Dohnálek však většina lidí v Česku, které postihne mozkový infarkt, nemá. Na mrtvici proto u nás umírá třikrát víc lidí, než jaký je průměr v zemích Evropské unie.

#### Plán sociální pomoci

Krátkodobý plán pro pana Jana by měl obsahovat logopedické tréninky pro zlepšení komunikace, zvláště pak trénink pro hledání slov a plynulost řeči.

Dlouhodobý plán pro pana Jana by měl obsahovat techniky na zlepšení jeho pohybových dovedností s důrazem na rehabilitaci paratetické ruky. Jeho současná situace je dobrá, s rodinou vychází a je mu oporou zde by tedy rodinná terapie nebyla nezbytně nutná. Spíše by se psychoterapeutická práce měla zaměřit na vnímání a prožívání pana Jana. Před mrtvicí byl velmi aktivní, nyní i s přibývajícím věkem a postižením nemůže vykonávat všechny činnosti, které by chtěl. Zaměřila bych se tedy na jeho vnímání situace a možnostem hledání seberealizace v zájmových činnostech.

#### **Rozhovor s panem Janem**

Jakou jste dodržoval/a životosprávu před atakou?

Standart, hodně jsem sportoval, ale nijak zvláště jsem se nehlídal.

Jaké jste měl/a pocity těsně před atakou?

Stejně jako většina lidí před atakou, brnění, zvláštní pocit v obličeji..

Jak probíhala samotná ataka?

Trvala jednu vteřinu, pak jsem byl měsíc v kómatu

Jak probíhal pobyt v nemocnici?

Moc si nepamatuji, bavili se o mně a beze mě, hrozný

Jaká rehabilitace byla použita v nemocnici?

V první nemocnici, kam jsem byl umístěn po mrtvici, neprobíhala žádná rehabilitace. Po přeložení do druhé nemocnice se přístup zcela změnil. Každý den logopedie, terapeuti, sestřičky a pomocný personál, bezvadný. A doktoři, bez problémů.

Jak probíhala vaše léčba po odchodu z nemocnice?

Po odchodu z nemocnice jsem se snažil rozpohybovat doma a vzhledem k tomu, že jsem měl dojem, že je velmi málo možností pro lidi jako já, rozhodl jsem se, že založím vlastní organizaci a budu se toto místo na trhu zaplnit-organizujeme přednášky, semináře, pobyty, ale i jednodenní výlety, vše záleží na lidech a jejich snaze a vůli.

Jaká byla návazná rehabilitace v domácí péči/v rehabilitačním centru? Délka?

Pět měsíců intenzivní rehabilitace.

Jak probíhala rehabilitace po ukončení pobytu v rehabilitačním centru? např. docházení do ambulantní péče a průběh péče?

Byl jsem na klinice rehabilitačního lékařství v Albertově a tam se mi líbilo.

Jaké jste měl/a dojmy o informovanosti personálu nemocnice a jejich doporučení pro další vývoj léčby?

Měl jsem velmi špatný pocit z péče a snahy doktorů, nedostal jsem žádnou přímou odpověď nebo doporučení, což mě do budoucna nepodpořilo ve snažení.

Jaká/é forma rehabilitace byla užita-psychoterapie, logopedie, rehabilitace, fyzioterapie či jiný typ? Pokud byla užita psychoterapie, jaký druh terapie?

Docházel jsem na logopedie, rehabilitace, fyzioterapie i jiné možné rehabilitační formy.

Jezdíte, nebo máte zájem jezdit na rehabilitační pobyty? Pokud jezdíte, vyhovuje vám jejich struktura?

Jezdím a organizuji rehabilitační pobyty organizace ICTUS a Slapy.

Jaké byly Vaše dojmy po návratu domů?

V nové situaci jsem se moc neorientoval, rodina se snažila, ale v tu chvíli jsem měl dojem, že jsem na všechno sám.

Co by Vám návrat domů mohlo usnadnit?

Znalosti, jednoznačně by mi pomohlo vědět všechny informace a s nimi pak nakládat. I špatná lékařská prognóza je lepší než žádná.

Cítíte se zapojen/a do chodu domácnosti a běžných činností v rodině?

Cítím se zapojen normálně, pomáhám s běžnými denními činnostmi. Jsem samostatný, jak to jen jde.

Chtěl/a byste se (s ohledem na omezení způsobené onemocněním) zapojit do pracovního procesu?

Jakmile to bylo možné, vrátil jsem se do pracovního procesu. Dříve jsem programoval a spravoval internetové stránky, což dělám i nyní, jen v menší míře. Také se věnuji osvětě problematiky mozkové mrtvice a organizování pobytů.

Máte zájem o další vzdělávání, nebo koníčky?

Ano, snažím se stále nacházet nové koníčky, sporty nebo aktivity. Nejhorší by pro mě byla bezmoc.

Vídáte se s přáteli?

Ano, velmi často. Mít kolem sebe lidi je vždy mnohem lepší než být sám.

Chodíte do společnosti?

Zpočátku to byl problém, po mrtvici jsem měl dojem, že se na mě všichni dívají a nemohl jsem třeba na veřejnosti jíst. Nyní se například během pobytů pravidelně sejdeme v kavárně, na společné večere chodíme se všemi hosty hotelu.

Vídáte se s lidmi po mrtvici? Pokud ano, přinesl Vám tento kontakt nějaký užitek?

Jakmile jsem se začal aktivně zajímat o možnosti lidí po mrtvici, zjistil jsem, že konkrétně tomuto problému se nikdo nevěnuje. Ihned jsem začal obvolávat lidi, se

kterými jsem se seznámil v nemocnici a známé abych získal informace o tom, jestli by o pobyty byl zájem. Když jsem zjistil, že zájem bude velký, zbývalo vyjednat zotavovnu, nebo hotel kde bychom mohli být. Každý rok teď máme naplněnou kapacitu a mě moc pomáhá vidět na lidech se stejným postižením, jak se zlepšují.

Jak změnilo onemocnění Váš vztah s rodinou?

Vztah nám to změnilo. Najednou si vážíte jiných věcí, spoustu pocitů nepoznáváte. Nyní jsem citlivější.

Jak změnilo onemocnění Váš vztah k sobě samým?

Celý svůj příběh jsem napsal do blogu na [www.ictus.cz](http://www.ictus.cz). Vztah k sobě mám úplně jiný. Musel jsem projít rozhodnutím, jestli chci dál žít a to člověka změnil.

Cítil/a jste pomoc, podporu a péči rodiny? Zapojení rodiny? Nejbližší okolí známých?

Po celou dobu rekonvalescence po mrtvici jsem měl naprostou podporu rodiny, což sehrálo velkou roli v tom, jak jsem se snažil o zlepšení svého stavu. Zpočátku jsem měl dojem, že se mě okolí známých straní, ale to se časem spravilo a nyní se normálně vídáme.

Víte o možnosti pomoci pro rodinu (informační centra, kurzy, semináře jak pečovat nebo podporovat v rehabilitaci, provádění rehabilitace, dílny atp) klienta po CMP?

Ano, organizace, kterou jsem založil - ICTUS o.p.s.

Co vám z hlediska informovanosti či poskytování péče lidem po CMP chybí?

Ano, informovanost před iktem a po iktu pomoc hlavně rodině bezprostředně po události, protože je to rodina, na jejíchž bedrech bude celá péče o klienta.

Kde by se podle Vás dala zlepšit péče a jak? (nemocnice, rehabilitace, přístup personálu, atp..)

Nejdůležitější je vztah personálu k postiženému, empatie a trpělivost. Jakmile jedno nebo druhé, vždy to odnese pacient.

Jak pomoci rodinám aby průběh léčby, rehabilitace snášeli lépe?

Určitě informovanost a i zde empatie a trpělivost. Dát rodinám možnost se na vše zeptat.

Jak by bylo možné pomoci Vám abyste snášel/a rehabilitaci a průběh nemoci lépe? Kdyby někdo založil organizaci ICTUS ještě před mojí mrtvicí. Měl bych se kam obrátit a kde si přečíst příběhy lidí, kteří prošli tím, co mě v tu dobu čekalo.

Vnímáte nějaké změny v chování okolí k Vám? Pokud ano, jaké?

Ano, lidi se rozdělili. Na pravé kamarády a zbytek, který se s mým postižením nevyrovnali, nebo prostě jen nechtěli. Ale i mé postižení mi přineslo spoustu nových známých a z nich mám velmi dobré přátele.

### **Rozhovor s manželkou Mílou**

Poté co klienta odvezla záchranka/helikoptéra po mozkové příhodě, nejspíš jste již Vy i Vaše rodina tušili, že půjde o vážnější záležitost. Jaké byly vaše první reakce? Nevěděla jsem, co mám dělat.

Kdy jste dostali první informace o klientově zdravotním stavu?

Hned při první návštěvě.

Co vám lékaři sdělili?

Že je to jeho konec, ať ho dám dožít do LDNky.

Jakým způsobem k Vám lékaři přistupovali a chovali se ke klientovi? (empatie, snaha)?

Při prvním pobytu to bylo „to“.

Nabídli Vám lékaři nějakou pomoc, informace a centra kam se obrátit?

Ne.

Byla vám během klientova pobytu v nemocnici sdělena nějaká prognóza nebo byli lékaři spíše zdrženliví?

Sdělena nějaká prognóza mi sice byla, ale lékaři byli velmi neurčití. O prognóze ani nemluvili.

Jaká byla klientova první slova po probuzení (po operaci, popřípadě po atace)?

Nemluvil.

Jak jste se s danou situací vyrovnal/a a jak novou situaci prožívali ostatní v rodině a blízkém okolí?

Dlouhá doba vyrovnávání.

Jaké změny přineslo klientovo onemocnění do Vašeho života?

Změnil se celý život.

Vnímáte rozdíly v chování Vašeho okolí (přátel, známých..) ke klientovi? Pokud ano, jaké?

Ti, kteří zůstali, jinak žádný rozdíl.

Po převezení z nemocnice do rehabilitačního ústavu chtěli lékaři klienta propustit do domácího ošetřování? Pokud ano, jakým způsobem jste došli k rozhodnutí?

Léčba bez přerušení.

Jak často jste klienta během pobytu v nemocnici a poté v rehabilitačním ústavu navštěvovali?

Zpočátku každý den, poději 3-4 týdně.

Jak Klient prožíval pobyt v rehabilitačním ústavu?

Měl chuť bojovat a zvítězit.

Kde jste získávali potřebné informace o sociálně-právních záležitostech?

Pouze střípky z internetu, z některých knih.

Když klienta propustili z rehabilitačního ústavu do domácí péče, starali jste se o něj/ni sami?

Sami.

Prováděli jste také rehabilitační péči?

Ano, snažili jsme se provádět rehabilitaci tak, jak jsem jí viděla v nemocnici.

Uvažovali jste i o možnosti, že byste klienta umístili do domova pro osoby se zdravotním postižením? Pokud ano, jaké byly důvody pro a jaké proti?

Ne.

Museli jste nějak výrazně přizpůsobit byt/dům klientově návratu domů?

Ano.

Měli jste možnost využít pomoc asistenta/ky? Pokud ne, střídali jste se v péči o klienta v rodině?

Ne, starala jsem se o manžela sama.

Shodli jste se s ostatními členy rodiny na tom, jak ke klientovi přistupovat, jak se k němu chovat? Pokud ne, čeho se týkaly rozpory?

Bez problému.

Jakým aktivitám se asistent/ka s klientem věnují?

S omezením většinou, které chce.

S čím vším je vám nyní klient schopen pomoci, míra jeho samostatnosti?

Velmi omezen.

Dělá tyto činnosti z vlastní iniciativy nebo čeká, až ho o to požádáte?

Jak co. Je tvrdohlavý a ne vždy má dobrou náladu a motivaci se snažit.

Má klient/ka nějaké vlastní zájmy a aktivity?

Ano, snaží se podnikat všechny věci jako před mrtvicí, někdy to jde, někdy mu to postižení nedovolí.

Nabídla vaší rodině pomoc nějaká občanská sdružení nebo jiné organizace zabývající se péčí o zdravotně postižené?

Ne.

Uvažuje klient o budoucnosti-studiu, práci, atp.?

Ano, pracuje v neziskovce.



Stýká se klient se svými přáteli?

Ano, krom přátel, které měl před mrtvicí, se stýká i s lidmi, se kterými se seznámil po ní.

Chodí klient do společnosti nebo se tomu spíše vyhýbá?

Plně zapojen.

Je klient stále motivovaná pokračovat v rehabilitaci?

Ano, nechce ustrnout na místě kde je, potřebuje stále nové impulzy.

Myslíte si, že je klient se svým postižením vyrovnaný/á?

Ano, myslím, že je, samozřejmě by rád spoustu věcí změnil.

Neuvažovali jste někdy o tom, že by klientovi prospěl kontakt s lidmi po cévní mozkové příhodě, kteří jsou na tom podobně jako on/a?

Ano, proto jsme manžela podporovala v založení organizace ICTUS.

Pokud ano, kde a jak byste taková centra vyhledali?

Vždy odkazují na naše centrum pomoci - Ictus o.p.s.

Docházel/a byste s klientem do takových center?

Dopravuje se sám.

Chybí Vám v tomto směru informace? Pokud ano, jakou máte představu o možném zlepšení informovanosti? (např.-kde by měli být umístěné portály na internetu, aby byly snadno k nalezení, reklamy, poutače, inzerát v novinách, atp..)

Ano.. Ocenila bych jakoukoli pomoc, nebo snazší přístupnost informací.

Máte nějaké doporučení pro lidi se stejnou zkušeností s mozkovou mrtvicí?

Přijďte k mému manželovi do ictusu.

### **3.2.5 Zdeněk Kozák**

Klient Zdeněk Kozák, muž ve věku 64let, narozen v roce 1947, národnost česká  
vzdělání dokončené střední s maturitou.

#### Sociální anamnéza

Klient absolvoval první rehabilitace v zařízení Vojkov, kde jak se sám vyjadřuje, bylo zacházení s klienty velmi nepříjemné, personál se nesnažil a přístup k rodinným příslušníkům byl velmi odměřený a neochotný. Po té se dostal do rehabilitačního ústavu Slapy, kde byl velmi spokojen a nadále by toto zařízení lidem v podobné situaci doporučil. Po cca 5ti letech od příhody začal klient jezdit na rehabilitační pobyty s organizací ICTUS, kde je spokojený a rád by na pobyty jezdil nadále. Zde došlo k prvnímu setkání s klientem a následovným setkáním každý rok. Klient působil zachmuřeně a neměl snahu se zapojit do společenských aktivit. Na pravidelném cvičebním programu se účastnil aktivně, ale neměl potřebu vymýšlet jiné, vlastní aktivity.

Před vznikem mrtvice pracoval klient jako instruktor metra, kteří mají jako podmínku výkonu práce pravidelné zdravotní prohlídky, které měl klient vždy v naprostém pořádku. Rodinné predispozice k mrtvici, nebo infarktu nebyly zjištěny.

Celková situace klienta z finančního hlediska je dobrá, bydlí s manželkou v rodinném domě, kde má soukromí a možnosti pohybu jak na zahradě, tak po domě, který museli jeho postižení přizpůsobit.

Při prvním kontaktu s klientem jsem zjistila, že je částečně ochrnutý na levé straně, špatně a nekoordinovaně chodí a nemá sílu ani snahu do rehabilitace. V současné chvíli je spíše demotivovaný, protože má dojem, že není možné jeho stav zlepšit a tudíž se o to ani nesnaží. Jeho současná situace trápí, hlavně manželku, která s ním vše prožívá a snaží se ho motivovat.

Z hlediska osobní anamnézy je klient částečně soběstačný, dojde si sám na WC, jinak potřebuje pomoc s běžnými denními potřebami vždy pomoct.

### Plán sociální pomoci

Krátkodobý plán pana Zdeňka, by měl být nadále souvislá pohybová rehabilitace, nácvik denních aktivit, motivace a práce na seberozvoji. V krátkodobém plánu by mohla sehrát důležitou roli psychoterapie, protože se pan Zdeněk uzavírá do sebe, odmítá chodit mezi lidi a nechce se účastnit zájmových aktivit.

Dlouhodobý plán pro pana Zdeňka by měl obsahovat techniky na zlepšení jeho pohybových dovedností s ohledem na zlepšující/zhoršující se tendenci. Úprava rehabilitačního programu je základem k rozvoji schopností a u pana Zdeňka je vidět rychlá tendence poklesu pohybových schopností při nedodržování cvičebního plánu. Také by bylo vhodné zařadit pravidelné návštěvy u logopeda, který by soustavně pracoval na zlepšení komunikačních schopností. Dále by bylo vhodné, po uběhlé individuální psychoterapii, zařadit do rehabilitačního plánu rodinnou terapii. Manželka pana Zdeňka je pečující osobou v průběhu celé léčby po propuštění z nemocnice. Jejich vztah je důležitým faktorem pro zlepšování stavu pana Zdeňka.

### **Rozhovor s panem Zdeňkem**

Jakou jste dodržoval/a životosprávu před atakou?

Normální bez diet.

Jaké jste měl/a pocity těsně před atakou?

Brnění v ruce.

Jak probíhala samotná ataka?

Byl večer, šel jsem si lehnout, bolela mě hlava. Ráno spadlá čelist, odvoz do nemocnice, kam mě pohodili do postele a řekli, že jsem přišel pozdě, odpoledne odvoz do Prahy do fakultní nemocnice Motol.

Jak probíhal pobyt v nemocnici?

Oblastní nemocnice Příbram a jejich centrum komplexní byly příšerní, Fakultní nemocnice a jejich klinika rehabilitace byly perfektní.

Jaká rehabilitace byla použita v nemocnici?

Převoz na Bulovku, cvičení s rehabilitační sestrou, různá vyšetření, zda by nebyla lepší operace. Nešlo to, místo ucpaní špatné.

Jak probíhala vaše léčba po odchodu z nemocnice?

Převoz do LDN Vojkov, 3 měsíce, výborná rehabilitační pracovnice p.Kubíčková, jinak horor.

Jaká byla návazná rehabilitace v domácí péči/v rehabilitačním centru? Délka?

Rehabilitační centrum Chvaly, celkem dobré.

Jak probíhala rehabilitace po ukončení pobytu v rehabilitačním centru? (např. docházení do ambulantní péče a průběh péče)?

Domácí rehabilitační pracovník, docházel domů, nemocnice na Pleši, kam jsme 4x týdně dojížděli, potom každý rok VÚ Slapy.

Jaké jste měl/a dojmy o informovanosti personálu nemocnice a jejich doporučení pro další vývoj léčby?

Vše nám osvětlila pí.Kubíčková, cvičit, rehabilitovat, chodit.

Jaká/é forma rehabilitace byla užita-psychoterapie, logopedie, rehabilitace, fyzioterapie či jiný typ? Pokud byla užita psychoterapie, jaký druh terapie?

Vojtova metoda, cvičení v tělocvičně, bazén.

Jezdíte, nebo máte zájem jezdit na rehabilitační pobyty? Pokud jezdíte, vyhovuje vám jejich struktura?

Rehabilitační pobyty jsou 1x ročně, Měřín od ICTUSU také tak.

Jaké byly Vaše dojmy po návratu domů?

Spokojenost, byl jsem rád, že už jsem v klidu doma.

Cítíte se zapojen/a do chodu domácnosti a běžných činností v rodině?

Spíš radou, neboť jedna ruka je nepoužitelná.

Chtěl/a byste se (s ohledem na omezení způsobené onemocněním) zapojit do pracovního procesu?

Ne.

Máte zájem o další vzdělávání, nebo koníčky?

Chytil jsem ryby, pracoval na zahradě, stavil pergolu, maloval, nejvíc mi chybí chytání ryb a mariáš.

Vídáte se s přáteli?

Ano, manželka mě do společnosti vozí.

Chodíte do společnosti?

Na posezení s přáteli u rybníka a v hospodě.

Vídáte se s lidmi po mrtvici? Pokud ano, přinesl Vám tento kontakt nějaký užitek?

Vím že v tom nejsem sám.

Jak změnilo onemocnění Váš vztah s rodinou?

Nijak, vše se obrátilo o 100%,jezdili jsme k moři,na dovolenou.

Jak změnilo onemocnění Váš vztah k sobě samým?

Štve mě to, ale nic s tím neudělám.

Cítil/a jste pomoc, podporu a péči rodiny? Zapojení rodiny? Nejbližší okolí známých?

Ano, ale cítil jsem se se svým postižením i tak sám.

Víte o možnosti pomoci pro rodinu (informační centra, kurzy, semináře jak pečovat nebo podporovat v rehabilitaci, provádění rehabilitace, dílny atp) klienta po CMP?

Ano.

Co vám z hlediska informovanosti či poskytování péče lidem po CMP chybí?

Soběstačnost.

Jak pomoci rodinám aby průběh rehabilitace snášeli lépe?

Nevím.

Jak by bylo možné pomoci Vám abyste snášel/a rehabilitaci a průběh nemoci lépe?

Nevím, možná zlepšení přístupu personálu.

Vnímáte nějaké změny v chování okolí k Vám? Pokud ano, jaké?

Netrpělivost, jsem moc pomalý, dokud mi někdo neřekne, necvičím a nechodím.

### **Rozhovor s manželkou Milenou**

Poté co klienta odvezla záchranka/helikoptéra po mozkové příhodě, nejspíš jste již Vy i Vaše rodina tušili, že půjde o vážnější záležitost. Jaké byly vaše první reakce? Šok. Jinak to nejde popsat.. Prostě šok.

Kdy jste dostali první informace o klientově zdravotním stavu?

Od ošetřujícího lékaře jsme dostali kusou informaci, že to bude v pořádku, že bude chodit s hůlkou, z nemocnice od sestry jsme se pouze dozvěděli, že máme manželovi dovést obuv. Až po 2 měsících začal zase chodit, taková byla Příbram.

Co vám lékaři sdělili?

V Motole mi lékaři sdělili, že ucpání je veliké 8x4 cm. Stejně mi to z počátku nic neříkalo, až internet mi tu hrůzu objasnil a byl to další šok, protože v podání lékařů to byla pouze informace, najednou jsem viděla všechny ty detaily, které jejich sdělení obnášelo.

Jakým způsobem k Vám lékaři přistupovali a chovali se ke klientovi? (empatie, snaha)?

Dobře, neměla jsem dojem nějakého hrubého zacházení nebo odmítání pomoci. Spíše jsem měla dojem, že pracují dle nařízení-nic málo, nic navíc.

Nabídlí Vám lékaři nějakou pomoc, informace a centra kam se obrátit?

Na Vojkově rehabilitační, výše uvedená pracovnice, nám řekla, že nejlepší by byly Kladruby (pozn.-Rehabilitační ústav Kladruby), tam nás nevzali, z rehabilitační kliniky Malvazinky se vůbec neobtěžovaly odpovědět, nebyli jsme VIP, tedy já

jsem měla takový dojem, že pokud nemáme známé jméno ani se nesnaží s námi jednat.

Bylo pro Vaši rodinu horší prožívat období nejistoty nebo naopak vyrovnat se s diagnózou?

Vyrovnat se s diagnózou, hledat proč se to stalo, říkat si že jsme měli jet okamžitě, jen jsme nevěděli, co mrtvice je. Teď to víme a je pozdě něco vrátit zpět.

Byla vám během klientova pobytu v nemocnici sdělena nějaká prognóza nebo byli lékaři spíše zdrženliví?

Zdrženliví, měla jsem dojem, že mi nechtějí říct jak to s manželem opravdu je.

Jaká byla klientova první slova po probuzení (po operaci, popřípadě po atace)?

Přišli jsme pozdě, říkala doktorka.

Jak jste se s danou situací vyrovnal/a a jak novou situaci prožívali ostatní v rodině a blízkém okolí?

No, život se mi obrátil naruby, jsem na vše sama, bojím se onemocnět, nevyrovnala jsem se s tím a nejspíš ani nevyrovnám. Ten strach je permanentní.

Jaké změny přineslo klientovo onemocnění do Vašeho života?

Že mám doma malé nemocné dítě.

Vnímáte rozdíly v chování Vašeho okolí (přátel, známých..) ke klientovi? Pokud ano, jaké?

Jsou na něho hodní, ale nadávají mu, že je líný a necvičí, což já také.

Po převezení z nemocnice do rehabilitačního ústavu chtěli lékaři klienta propustit do domácího ošetřování? Pokud ano, jakým způsobem jste došli k rozhodnutí?

Nechtěli, byl ležící.

Jak často jste klienta během pobytu v nemocnici a poté v rehabilitačním ústavu navštěvovali?

Jak to šlo, chodila jsem do práce 1 někdy 2x týdně, na víkendy jsme ho vozili domů, půjčili jsme si polohovací postel, zeť ho domů donesl, protože já bych na to fyzicky nestačila.

Jak Klient prožíval pobyt v rehabilitačním ústavu?

Špatně, chtěl domů, ale to nebylo možné, dokud se nepostavil na nohy, protože bych se o něj nedovedla postarat-zvedat ho, pomoci mu s přemístěním.

Kde jste získávali potřebné informace o sociálně-právních záležitostech?

Od manžela v práci, nebo na internetu.

Když klienta propustili z rehabilitačního ústavu do domácí péče, starali jste se o něj/ni sami?

Ano.

Prováděli jste také rehabilitační péči?

Domácí rehabilitační pracovník 3x týdně.

Uvažovali jste i o možnosti, že byste klienta umístili do domova pro osoby se zdravotním postižením? Pokud ano, jaké byly důvody pro a jaké proti?

Ne, tuto variantu jsme ani nemohli zvažovat, manžel by to neunesl psychicky.

Museli jste nějak výrazně přizpůsobit byt/dům klientově návratu domů?

Ano, sprchový bezbariérový kout a jiné maličkosti, nutné k snadnějšímu obstarání běžných věcí nutných k životu.

Měli jste možnost využít pomoc asistenta/ky?

Ne, neprobíhala žádná pomoc od asistentky, manžel si došel na WC, já jsem mu připravovala na stůl jídlo-studené, abych mohla odjet nejdříve na 4-5 hod.

Shodli jste se s ostatními členy rodiny na tom, jak ke klientovi přistupovat, jak se k němu chovat? Pokud ne, čeho se týkaly rozpory?

Shodli, pokud přijeli.



S čím vším je vám nyní klient schopen pomoci, míra jeho samostatnosti?

S ničím.

Má klient/ka nějaké vlastní zájmy a aktivity?

Kouká na televizi. Jinak se moc nesnaží.

Nabídla vaší rodině pomoc nějaká občanská sdružení nebo jiné organizace zabývající se péčí o zdravotně postižené?

Ne.

Uvažuje klient o budoucnosti-studiu, práci, atp.?

Ne.

Stýká se klient se svými přáteli?

S některými ano.

Chodí klient do společnosti nebo se tomu spíše vyhýbá?

Do hospody a posezení v lese s kamarády.

Je klient stále motivovaná pokračovat v rehabilitaci?

Ano.

Myslíte si, že je klient se svým postižením vyrovnaný/á?

S tím se nedá úplně vyrovnat.

Neuvažovali jste někdy o tom, že by klientovi prospěl kontakt s lidmi po cévní mozkové příhodě, kteří jsou na tom podobně jako on/a?

Nevím, byli jsme s Ictusem na Měříně, měl aspoň akci, ale já taky.

Docházel/a byste s klientem do takových center?

Ne.

Chybí Vám v tomto směru informace? Pokud ano, jakou máte představu o možném zlepšení informovanosti? (např. kde by měli být umístěné portály na internetu, aby byly snadno k nalezení, reklamy, poutače, inzerát v novinách, atp..)

Teď již mi nechybí.

Máte nějaké doporučení pro lidi se stejnou zkušeností s mozkovou mrtvicí?

U každého je to jiné, záleží na každém, jak moc se chce zlepšit, znala jsem paní, byla na Pleši, denně ušla 10 km, začala chodit už bez hůlky a potom se jí vše vrátilo na začátek, začala znovu a po chvíli zemřela.

### **3.3 Shrnutí výstupů**

Níže uvádím shrnutí výstupu z kazuistik a rozhovorů s klienty a jejich rodinami. Šetření bylo prováděno kvalitativně a polostrukturované rozhovory byly vedeny s empatií a ohledem na klienty. Spolupráce na rozhovorech s klienty byla příjemná a bezproblémová. Spolupráce s rodinou byla poučná a nadnesla množství dalších otázek v možnosti péče o rodinu klienta, o nutnosti větší informovanosti veřejnosti a zlepšení přístupnosti informací o problematice CMP.

Celkově z šetření vyplývá, že velkým problémem byl samotný přístup odborného personálu v nemocnici, klienti i jejich rodiny měli dojem, že péče je nedostatečná, personál je neinformuje, nenabízí možnosti další rehabilitace.

Nejčastěji zmiňovaným problémem byla závislost na někom dalším, klienti často uváděli nespokojenost se svým stavem hlavně z hlediska neschopnosti sebeobsluhy. Stejně tak rodina narážela na nutnost každodenní péče o klienta, s tím spojenou časovou, fyzickou a psychickou náročnost bez možnosti se poradit, nebo nechat proškolit k lepším zvládnutí těchto nároků. Šetření přineslo mnoho zajímavých informací přímo od klientů a jejich rodin.

#### **3.3.1 Shrnutí výstupu z rozhovorů s klienty**

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že nejhorší je jejich zkušenost s nemocniční péčí která je velmi špatná. Největší deficit viděli jednoznačně v absenci empatie u personálu nemocnice, malou snahu o vcítění se do klientů, špatné informování o diagnóze a prognóze. Celkově se klienti pro ostatní cítili jako přítěž, obzvláště v prvních dnech pobytu, kdy nebylo jasné, jestli ještě někdy budou chodit, mluvit, schopni se o sebe alespoň v minimální míře postarat. Zde by klienti uvítali možnost psychotherapeutické pomoci, konzultací s psychologem či psychotherapeutem, se kterým by měli možnost probrat svoje pocity a strach z nové životní etapy, která je čeká. Klienti vnímali potřebu péče i o svou rodinu. Zde by bylo řešením nabídnutí rodinné, či partnerské terapie, samozřejmě s ohledem na stav a kognitivní schopnosti klienta. Z rozhovorů jsem se dozvěděla, že ačkoli klienti nemluví o svých potížích, pocitech, nebo strachu, nemění to nic na tom, že kdyby tu možnost měli, mohli by se v léčbě posunout dál a získat potřebnou motivaci.

V rozhovorech bylo často zmiňovaným tématem nízká informovanost jak během hospitalizace v nemocnici, tak později v domácí péči. Klienti měli dojem, že přechod do domácí péče nebyl hladký a postrádali systematický plán rehabilitace i po propuštění z nemocnice, kterého by se mohli držet. Dozvěděla jsme se, že pozitivní změnu ve vnímání

svého stavu, přinesla možnost účasti na rehabilitačních pobytech pořádaných organizací ICTUS. Zde se klienti setkali s dalšími lidmi ve stejné situaci, měli šanci vyslechnout příběhy ostatních o pokrocích, které udělali během rehabilitace a získat tím naději na zlepšení stavu. Klienti byli spokojeni i s přístupem organizátorů programu, ačkoli jim někdy přišel náročný, účastnili se i většiny nepovinných aktivit.

Podstatným tématem v rozhovorech byl zdravotní stav klientů. Všichni se shodli, že jejich vnímání kvality života je závislé na zlepšení či zhoršení jejich stavu. Během pobytů se klienti, díky širokému záběru aktivit, naučili relaxovat, zlepšili svou hybnost, aktivně se účastnili logopedických tréninků a docházeli do restauračního zařízení, kde se zapojovali do společnosti. Získali tak celé spektrum rehabilitačních aktivit a z pobytů většinou odjížděli motivovaní k další práci a zlepšování svého stavu. Již zmíněným problémem je zde nízká možnost dohlédnutí na udržení motivace i v domácím prostředí. I v tomto případě by pomohla psychologická intervence.

### **3.3.2 Shrnutí výstupu z rozhovorů s rodinami klientů**

Z rozhovorů s rodinami klientů jsem se dozvěděla, že pro ně bylo vyrovnání se s partnerovým postižením velmi bolestivé a náročné. Ocitli se v situaci, kdy museli dělat všechna rozhodnutí sami, postarat se o rodinu, pokud s nimi žily nezletilé děti, nebylo s kým se o zodpovědnost podělit. U většiny klientů se o péči o partnera neměli s kým podělit, pouze v případě paní Aleny se o péči dělil manžel s dcerou. Nemožnost rozptýlení péče o klienta mezi více lidí bylo velmi často zmiňovaným tématem. Rodina musí poskytovat 24 hodinovou péči, být stále v pozoru a připravená pomoci. V tomto ohledu rodinným příslušníkům pomohly rehabilitační pobyty organizace ICTUS. Zde se setkali s rodinami ostatních klientů, vyměnili si informace a získané zkušenosti, zjistili, že život po mrtvici může nadále kvalitně pokračovat. Během své praxe na pobytech jsem měla mnoho soukromých sezení pouze s rodinami, kde jsme si povídali o tom, jak se s novou situací vyrovnávají, jaké to provází pocity, dala jsem jim možnost říct i všechny výčitky či strach z toho jak bude jejich život vypadat dál. Zjistila jsem, že za celodenní snahou se usmívat, může být schovaný velký strach z vlastního selhání. Během těchto sezení jsme si povídali o schopnosti rodiny rozlišit situaci kdy je nutné klientovi pomoci a kdy je lepší ho nechat zvládnout aktivitu, či úkon samotné. V průběhu rehabilitačních pobytů jsme se s rodinami pokoušeli pracovat na vedení klienta k samostatnosti a tím i získání větší soběstačnosti.

Zkušenosti rodiny s personálem v nemocnici jsou velmi rozdílné, někteří byli spokojeni s přístupem doktorů i sester, pro jiné to byl nepříjemný zážitek v už tak traumatizující situaci. Toto rozdílné vnímání přístupu personálu bylo ovlivněno rozdílností zařízení, kam byli klienti převezeni.

Další problémem vyplývající z rozhovorů s rodinami, byla špatná informovanost o možnostech vzdělávání ať už v kurzech, či seminářích, nebo organizovaných nácvičích jak pečovat o člověka po CMP. Členové rodiny se shodli na tom, že by situaci zvládali mnohem lépe, kdyby měli možnost se opřít o nějaké faktické informace jak se v situaci chovat. Také zde často přišla poptávka na psychologickou pomoc, kterou by uvítali všichni rodinní příslušníci i ve zkrácené míře. Z rozhovorů tedy vyplynulo, že by rodina uvítala kombinaci odborné psychologické a fyzioterapeutické, či ergoterapeutické pomoci. Po propuštění z nemocnice se rodina musela vypořádat se situací sama, uvítali by tedy možnost konzultace s odborníkem, který by je připravil na změny, které péče o osobu po CMP přinese. Také jsme se bavili o možnosti docházet do svépomocných skupin pro rodiny lidí po CMP, ale to bylo pro rodiny velmi nepříjemné téma, měli strach se takových skupin účastnit, nejspíš kvůli stigmatizaci, označení za někoho kdo potřebuje pomoc a není schopen se s novou situací vyrovnat sám. U otázek týkajících se možností, které by jim situaci ulehčilo, nebo zlepšilo jejich informovanost, se shodli, že měli pocit, že není způsob jak tuto situaci ulehčit, nebo zlepšit. Potřebovali čas, aby se s tím sami vyrovnali a přijali partnerovo postižení.

Bolestným tématem v rozhovorech byla i nutnost zvážení, jestli klienta dát do péče některého z ústavu pečovatelské služby, domova důchodců, případně LDN (Léčebna Dlouhodobě Nemocných). Všichni se shodli na tom, že by svého partnera neumístili do péče některého ze zmíněných pracovišť, chtěli se o manžela, či manželku postarat sami.

Když jsem se rodinných příslušníků ptala, jestli by mi chtěli ještě říct něco na závěr, nebo doplnit nějakou otázku, všichni se shodli na tom, že nikdy nesmí vzdát úsilí o zlepšení stavu partnerů, o které pečují.

## Závěr

Autorka se v diplomové práci zabývala vlivem cévní mozkové poruchy na život před a po klienta a lidí, kterých se nejbližší týká, tedy rodiny a nejbližších příbuzných. Cílem bylo zjistit a zmapovat situaci po CMP, její následky a vnímání jak klientem, tak i jeho nejbližším okolím. Cíle diplomové práce byly z hlediska autorky naplněny, protože byl shrnut pojem mozkové mrtvice od historického kontextu po současnou diagnostiku. Praktická část nabídla detailní pohled na život lidí po mrtvici a jejich rodiny. V budoucnu by bylo dobré vypracovat obsáhlejší studii, s větším počtem klientů, pro širší pohled na problematiku.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, první část je teoretická a nastiňuje klinické příznaky, diagnostiku, typy a problematiku cévní mozkové poruchy. Druhá část je praktická, obsahuje případové práce a jejich výstupy.

Diplomová práce se zabývá náročností života klienta po cévní mozkové příhodě a vlivů této situace na rodinu. Cílem teoretické části bylo popsat problematiku onemocnění cévní mozková příhoda, charakterizovat jeho typy, klinické příznaky, faktory ovlivňující vznik, prevenci, léčbu, následnou rehabilitaci v nemocnici a po propuštění v domácí péči. Téma cévní mozkové příhody je v současnosti velmi rozsáhlé, protože se stále rozšiřuje počet klientů s tímto onemocněním.

Autorka sledovala cíl diplomové práce zmapování situace lidí po cévní mozkové příhodě a vliv onemocnění na jejich život a život jejich nejbližších. Obsahem praktické části bylo popsání konkrétních případů pro zjištění situace v reálném prostředí. Šetření bylo prováděno kvalitativními metodami. Klientům a jejich rodinným příslušníkům byl prezentován polostrukturovaný rozhovor, vedený autorkou. Rozhovory byly vedeny nedirektivně a bylo na klientovi, jak bude jeho odpověď obsáhlá, nebo stručná, u některých klientů byly některé otázky odebrány, u jiných jsme některou z otázek rozšířili. Cílem případových studií a rozhovorů byl náhled na situaci po mozkové mrtvici jak z hlediska klienta, tak z hlediska rodiny. Autorka se dotazovala na otázky, které by mohly přinést odpověď lidem, kteří o mrtvici nic neví, nebo se jich osobně toto onemocnění týká a potřebují se dozvědět odpovědi na otázky, na které si nejsou schopni sami odpovědět. Díky otevřenosti a navázanému vztahu klientů s autorkou, bylo možné tyto otázky zodpovědět a poskytnout tím vhled do situace po CMP z obou zainteresovaných stran, tedy klienta a jeho rodiny.

## **Shrnutí**

Diplomová práce „Vliv cévní mozkové příhody na klienta a jeho rodinu“ se snaží rozebrat situaci klienta po cévní mozkové příhodě, klientovo prožívání situace od odvezení do nemocnice, přes rekonvalescenci a jeho prožívání nově nastalé situace. Diplomová práce se také snaží zmapovat prožívání rodiny, popřípadě nejbližšího okolí klienta po příhodě. Autorka se v práci soustředí na vztah rodiny ke klientovi a způsoby vyrovnávání se s novou životní etapou.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol, dvě jsou teoretické, třetí je praktického charakteru, obsahuje případové práce a shrnutí získaných výsledků. Čtvrtá kapitola je závěrem a shrnutím celé práce. První kapitola je věnována pojmu cévní mozková příhoda, jejím jednotlivým typům, klinickým příznakům, rizikovým faktorům, prevenci a její léčbě. Druhá teoretická kapitola se zabývá možnostmi rehabilitací a práce s lidmi po CMP. Třetí kapitola se zabývá případovými studii skupiny lidí po mozkové mrtvici, jednotlivých klientů (Aleně, Haně, Janovi a Zdeňkovi).

Poslední kapitola je věnována shrnutí výstupu z prací jak z hlediska klienta, tak z hlediska jeho rodiny, nebo nejbližších příbuzných. Důraz je zde kladen na změny v životě, které přinesla mozková mrtvice, na jejich přijímání a vyrovnávání se s novou situací.

## **Summary**

The thesis "Influence of stroke on the client and his family" are trying to analyze the situation of the client after a stroke, the client's perception of the situation taken to the hospital, through convalescence and his newly experiencing the situation. The thesis also tries to map the feelings of the family, or a client of the area after the accident. The author of the work focuses on the family's relationship to the client and methods of coping with a new life stage.

The work is divided into four chapters, two are theoretical, the third is the practical nature, includes case work and a summary of the results obtained. The fourth chapter is the conclusion and summary of the whole work. The first chapter is devoted to the concept of stroke, its various types, clinical symptoms, risk factors, prevention and treatment. The second chapter deals with the theoretical possibilities of rehabilitation and work with people after stroke. The third chapter deals with the case studies of groups of people after stroke, individual clients (Alena, Hana, Jan and Zdenek).

The last chapter is devoted to a summary of the work output from both the client and in terms of his family or next of kin. Emphasis is placed on changes in their lives brought about by a stroke, their acceptance and coming to terms with the new situation.



## Použitá literatura

AMBLER, Z. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 4. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. přep. a dopl. vyd. Praha : Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.

BALÁŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola J.A.Komenského, 2002. 84 s. ISBN 80-86723-05-4.

BRTNÍKOVÁ, G. *Taneční a pohybová terapie a její aplikace v praxi*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. Sportovní fakulta. Obor sportovní edukace, 2007. Vedoucí: PaedDr. Dagmar Šimberová.

DOLEŽEL, R., VÍTKOVÁ, M. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením : příručka pro zaměstnavatele k projektu OPR LZ 3.1. "Aktivizační a vzdělávací centrum"*. 1. vyd. Brno : Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-143-0.

FEIGIN, V. *Cévní mozkové příhody, prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.

HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody : průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vydání. Praha, 2002. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.

HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. 1. vydání. Praha : H&H na Vyšehradská, 2008. 428 s. ISBN 80-56022-45-5.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením : somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha : Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

JIRÁKOVÁ, L. *Rehabilitace pacientů na doléčovacích lůžkách po cévní mozkové příhodě: kombinace fyzioterapie a ergoterapie*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Obor fyzioterapie, 2010. Vedoucí: Mgr. Barbora Bártlová

KALINA, M. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Z. aj. *Akutní cévní mozkové příhody : diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.

KALITA, Z. aj: *Cévní mozkové příhody - standard léčebného plánu*. Verlag Dashöfer, Praha, 2002, 12 s.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti : (určeno zdravotním sestřám)*. 2. dopl. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.

KREJČÍŘOVÁ, O. aj. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením : studijní texty*. 1. vyd. Praha : Rytmus, 2005. 87 s. ISBN 80-903598-1-7.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

MARTÍNEK, P. *Stanovení běžných aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí v klinické praxi*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. 3. Lékařská fakulta. fakulta

PETRÁŠ, P., ŠTĚPÁN J. *Logopedie v praxi: Metodická příručka*. 2. vyd. Praha: Septima,s.r.o., 2005. 128 s. ISBN 80-7216-212-8.

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci : pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

SEIDL, Z. *Neurologie : pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

- SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2. přep. vyd. Praha : Portál, 2007. 219 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
- TARASOVÁ, M. *Rehabilitace pacientů s cévní mozkovou příhodou*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Obor hygiena, preventivní lékařství a epidemiologie, 2010. Vedoucí: prof. MUDr. Petr Dobšák, CSc.
- TICHÝ, J. aj. *Neurologie*. 2. dopl. vyd. Praha : Karolinum, 1998. 340 s. ISBN 80-7184-750-X.
- TROJAN, S. aj. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. přep. a rozš. vyd. Praha : Grada, 2001. 226 s. ISBN 80-2470-031-X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přep. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, M., aj. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- VOJÁČEK, J., MALÝ, M. *Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 276 s. ISBN 80-247-0501-X.
- VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita, 2009. ISBN neuvedeno.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie: 3. aktualizované a doplněné vydání*. 3. vyd. Praha: Grada, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
- WABERŽINEK, G. et al. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum, 2007. 398 s. ISBN 9788024610207.
- WABERŽINEK, G. et al. *Základy obecné neurologie*. Praha: Karolinum, 2005. 244 s. ISBN 9788024610207.
- WHO World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. 2002. World Health Organization.

WHO MONICA Project Investigators. The World Health Organization MONICA Project (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). J Clin Epidemiol 41, 105-114. 1988.

ZAHRADNICKÁ, Ilona. Hodnocení soběstačnosti. Sestra. 2004, 14. ročník, č. 2, s. 15 – 17, ISSN 1210 – 0404

## **Použitá zahraniční literatura**

GONZÁLEZ, R. Gilberto. ET ALL. *Acute ischemic stroke: Imaging and Intervention*. Berlin Heidelberg: Springer, 2006. ISBN 10 3-540-25264-9.

PRUDHOMME, S a D MCGILL. Stroke connection: Adapt and conquer. 2011, č. 7, s. 21. ISSN 1047-014x.

Dostupné z: [http://www.nxtbook.com/nxtbooks/aha/strokeconnection\\_20110708/#/2](http://www.nxtbook.com/nxtbooks/aha/strokeconnection_20110708/#/2)

TRUELLE, J.L. a Y BEN-YISHAY. After Severe Traumatic Brain Injury [online]. 2006. vyd. International Brain Injury Association: HDI Publishers, 2006, 2011[cit. 2012-08-30].

Dostupné z: <https://www.internationalbrain.org/?q=node/32>

## **Elektronické prameny**

BAUER, J, aj. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, s. r. o., 2010. ISBN MK ČR E 18770. Dostupné z  
: [http://www.teva.cz/files/pdf/kapitoly\\_4\\_2010.pdf](http://www.teva.cz/files/pdf/kapitoly_4_2010.pdf)

BRUTHANS, J. Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod /online/. Remedia. c2009, č. 2. (cit. 28. srpna 2012) Dostupné z <http://www.remedia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Epidemiologie-a-prognoza-cevnych-mozkovych-prihod/6-FBn.magarticle.aspx>

FAKTOROVÁ, M. Ergoterapie u pacientů po CMP. Bulletin České asociace ergoterapeutů, c2000, č. 9, (cit. 28. srpna 2012) Dostupné z:  
[http://www.ergoterapie.cz/files/bulletin\\_2000\\_09.pdf](http://www.ergoterapie.cz/files/bulletin_2000_09.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. Věstník, 2010, 2, s. 1-14. 4  
[http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav\\_predpisy/akt\\_zneni/zakon\\_c.\\_435-2004\\_sb.pdf](http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/zakon_c._435-2004_sb.pdf)

NEUMANN, J. – POTMĚŠILOVÁ, H. 30 dnů pro léčbu a prevenci CMP 2010. c2010. (cit. 28. srpna 2012) Dostupné z: [http://www.cmp.cz/jnp/cz/pece\\_o\\_cmp\\_v\\_cr/tricet\\_dnu\\_pro\\_lecbu.html](http://www.cmp.cz/jnp/cz/pece_o_cmp_v_cr/tricet_dnu_pro_lecbu.html)

NEUMANN, J. Současné možnosti péče o pacienta s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou. c2007. (cit. 28. srpna 2012) Dostupné z:  
<http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/01/08.pdf>

NEUMANN, Jiří a Jan KUBÍK. Krajský neurologicko-neurochirurgický seminář: Spasticita po cévní mozkové příhodě. In: s. 25. Dostupné z:  
<http://www.ikta.cz/res/file/seminare/2011-10-26-teplice/spasticita-po-cevni-mozkove-prihod.pdf>

VOTAVA, J. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. c2001. (cit. 31. srpna 2012) Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>

VAŇÁSKOVÁ, E. Testování v neurorehabilitaci. c2005. (cit. 31. srpna 2012) Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2005/06/06.pdf>

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [online]. portal.mpsv.cz, [cit. 11.3.2010].

Dostupné na www: [http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav\\_predpisy/akt\\_zneni/z\\_435\\_2004](http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004)

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora/ky:** Bc. Michaela Matějčková

**Studijní program:** Navazující magisterské studium

**Studijní obor:** Sociální práce zaměřená na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Vliv cévní mozkové příhody na život klienta a jeho rodiny

**Počet stran (bez příloh):**104

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů české literatury a pramenů:**38

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:**3

**Počet elektronických pramenů:**10

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Prokeš

**Rok dokončení práce:** 2012



### **Evidenční list knihovny**

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne 31.8.2012

.....  
Michaela Matějčková

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

<b>Jméno, příjmení</b>	<b>Adresa</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>