

JIHO ČESKÁ UNIVERZITA V PRAZE  
FAKULTA ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ

## **CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A NÁSLEDNÁ RESOCIALIZACE**

### **Bakalářská práce**

Vedoucí práce:

MUDr. Drahošlava Těšerová

2011

Autor práce:

Tereza Dvořáková

## **ABSTRAKT**

### **Cévní mozková příhoda a následná resocializace**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku resocializace u osob po cévní mozkové příhodě. Konkrétně jsem se v rámci výzkumu zaměřila na rozhovory s lidmi, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu.

Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části se věnuji anatomicko-fyziologickému základu, rizikovým faktorům, charakteristice onemocnění, příznakům, příčinám, první pomoci, popisu jednotlivých typů cévní mozkové příhody a ucelené rehabilitaci, konkrétně léčebným, sociálním, pedagogickým a pracovním prostředkům rehabilitace.

V praktické části jsem využila metod a technik kvalitativního výzkumu. Použila jsem metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Cílovým souborem bylo 10 osob, které prodělaly cévní mozkovou příhodu. Rozhovory jsem zpracovala do případových studií s kazuistikami. V případových studiích jsem shrnula informace od osob, které toto onemocnění prodělaly.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit a porovnat možnosti návratu do obvyklého způsobu života u vybraných sociálních skupin po cévní mozkové příhodě.

V diskuzi jsem shrnula získané údaje a uvedla jsem hypotézy, které z výzkumu vyplývají.

Předpokládaným využitím mé práce by mohlo být zmapování možnosti resocializace u osob, které prodělaly cévní mozkovou příhodu. Práce by mohla přispět ke zkvalitnění výuky na toto téma a napomoci k případné edukaci veřejnosti. Další možností využití práce je snaha o vytvoření postupu, který by mohl být aplikován při resocializaci u osob po cévní mozkové příhodě.

## **ABSTRACT**

### **Cerebrovascular Accident and Subsequent Resocialization**

This thesis is focused on resocialisation of persons after cerebrovascular accident - stroke. In this research I have focused concretely on interviews with people who had experienced a stroke.

The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part deals with anatomical-physiological basis of stroke, risk factors, disease characteristics, symptoms, causes, first aid, the description of different types of stroke and comprehensive rehabilitation, specifically with medical, social, pedagogical and working means of rehabilitation.

In the practical part methods and techniques of qualitative research were used. The questioning method and the semi-structured interview technique were applied. The target group was 10 people who had experienced a stroke. Interviews were processed into case studies - case reports. In the case studies, information from people who had undergone the disease was summarized.

The aim of my thesis was to determine and compare the opportunities for selected social groups to return to normal life after a stroke.

In the discussion, the obtained information was summarized and hypotheses arising from the research were presented.

The supposed use of my thesis could be mapping possibilities of resocialization for persons who have suffered a stroke. The thesis could contribute to the quality improvement of education in this subject and also to help educate the public. Other possibilities how to make use of this thesis are to create a procedure that could be applied in resocialization of persons after stroke.

## Prohlášení

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

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

V Brně dne 6.5.2011

í í í í í í í í í í .

Tereza Dvořáková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat primářce MUDr. Drahoslavě Těšerové za rady, čas a podporu při vedení práce. Dále bych ráda poděkovala Neurologické ambulanci v Chebu, především MUDr. Janě Křobové za cenné rady. V neposlední řadě děkuji respondentům za jejich čas a mé rodině za trpělivost a podporu při studiu.

Tereza Dvořáková

## OBSAH:

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>1 SOUASNÝ STAV</b> .....	<b>9</b>
1. 1 ANATOMICKO - FYZIOLOGICKÝ ZÁKLAD.....	9
1. 1. 1 Nervová soustava.....	9
1. 1. 2 Neuron.....	9
1. 1. 3 Periferní nervy.....	10
1. 1. 4 Centrální nervová soustava.....	10
1. 1. 5 Mozek a jeho krevní zásobení.....	11
1. 1. 6 Krevní zásobení míchy a nerv .....	12
1. 1. 7 Příiny selhávání cévního e i-t .....	13
1. 2 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	13
1. 2. 1 Neovlivnitelné faktory.....	13
1. 2. 2 Ovlivnitelné faktory.....	14
1. 3 JAK POZNAT CÉVNÍ MOZKOVOU P ÍHODU.....	16
1. 3. 1 První pomoc.....	17
1. 4 CÉVNÍ MOZKOVÁ P ÍHODA.....	18
1. 4. 1 Definice.....	18
1. 4. 2 Charakteristika.....	19
1. 4. 3 Rozd lení.....	19
1. 4. 4 Typy.....	19
1. 4. 5 Příiny.....	19
1. 4. 6 Příznaky.....	20
1. 4. 7 Vy-et ovací metody.....	20
1. 5 ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ P ÍHODY.....	21
1. 6 HEMORAGICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ P ÍHODY.....	23
1. 6. 1 Intrakraniální hemoragie.....	23
1. 6. 2 Subarachnoidální krvácení - SAH.....	24
1. 7 FAKTORY OVLIV UJÍCÍ ZOTAVENÍ.....	25
1. 8 UCELENÁ REHABILITACE.....	25

1. 8. 1	Léčebná rehabilitace.....	26
1. 8. 2	Sociální prostředí rehabilitace.....	33
1. 8. 2	Sociální služby.....	33
1. 8. 3	Pedagogické prostředí rehabilitace.....	34
1. 8. 4	Pracovní prostředí rehabilitace.....	34
<b>2</b>	<b>CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>36</b>
2. 1	Cíl práce.....	36
2. 2	Hypotézy.....	36
<b>3</b>	<b>METODIKA.....</b>	<b>37</b>
3. 1	Kvalitativní výzkum.....	37
3. 2	Charakteristika daného souboru.....	37
3. 3	Práce se získanými daty.....	37
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>39</b>
4. 1	Případová studie paní P.....	39
4. 2	Případová studie paní B.....	42
4. 3	Případová studie pan P.....	44
4. 4	Případová studie pan U.....	46
4. 5	Případová studie paní J.....	48
4. 6	Případová studie paní M.....	50
4. 7	Případová studie pan T.....	52
4. 8	Případová studie pan K.....	54
4. 9	Případová studie pan V.....	56
4. 10	Případová studie paní H.....	58
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>66</b>
<b>8</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>70</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>71</b>

## ÚVOD

Název mé bakalářské práce je cévní mozková příhoda a následná resocializace. Toto téma jsem si vybrala proto, protože mi přijde aktuální. Cévní mozkové příhody jsou velmi častým onemocněním. K napsání práce na téma cévní mozkové příhoda mě inspirovalo i to, že jsem studovala střední zdravotnickou školu, kde jsem se s lidmi s touto diagnózou často setkávala. I v průběhu praxe na vysoké škole jsem se dostala k práci s lidmi s tímto onemocněním, především v léčebně pro dlouhodobě nemocné.

Cévní mozkové příhody jsou jedním z nejčastějších důvodů hospitalizace. Ictus zaujímá 3. místo v příčinách smrti. Často je ictus důvodem dlouhodobé nebo trvalé invalidity. CMP změní život nejen osobám, které ji prodaly, ale i jejich rodinám a známým. Myslím si, že veřejnost není dostatečně informována o tomto onemocnění. Proto doufám, že moje práce by mohla napomoci k případné edukaci ve společnosti.

Cévní mozková příhoda je onemocnění, které v současné době nepostihuje pouze starší generaci, ale stále častěji jí trpí i poměrně mladí jedinci. Z tohoto důvodu nabývá otázka resocializace, tedy začlenění člověka zpět do společnosti, na významu. Samostatná resocializace je velice individuální a bohužel ne ve všech případech je možná. Důležitým faktorem je nejen samotný zdravotní stav pacienta, ale i sociální status, rodinná situace a v neposlední řadě i vliv a vytvrzalost samotného klienta.

Domnívám se, že osob, které prodaly cévní mozkovou příhodu, bude stále přibývat. Bude se jednat o osoby stále mladší, vzhledem k tomu, jaký životní styl a tempo je dnes moderní. Mnoho lidí kouří uhlí v nízkém věku, věc nesportují, stravují se nezdravě a jejich život je v neustálém shonu a stresu. To jsou podle mě důvody, proč se cévní mozkové příhody vyskytují stále častěji i u osob v mladším věku.

Cílem bakalářské práce je zjistit a porovnat možnosti návratu do obvyklého způsobu života u vybraných sociálních skupin po cévní mozkové příhodě.



# 1 SOUASNÝ STAV

## 1.1 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ZÁKLAD

### 1.1.1 Nervová soustava (NS)

Funkcí nervové soustavy je zajištění koordinace mezi jednotlivými orgány a jejich funkční spojení v jednotný celek (organismus) a dále zprostředkovávání vztah mezi organismem a vnějším prostředím. Nervová soustava kontroluje i činnost organismu. Dělíme ji na periferní nervový systém a centrální nervovou soustavu – mozek a míchu. Nervový systém přijímá podněty z okolí i z vlastního těla. Řídí tělesné aktivity tím, jak ovlivňuje svalovou činnost a vegetativní funkce (21, 18, 13).

### 1.1.2 Neuron

Základní funkční i morfologickou jednotkou nervové soustavy je nervová buňka neboli neuron. Cévní systém a buňky gliové tvoří s neurony funkční celek. Neurony jsou nositeli individuálně získaných informací (17, 19).

Neuron je tvořen z těla nervové buňky a jejich distálních a odstředivých výběžků. Nervové buňky leží v centrálním nervovém systému nebo v jeho blízkosti. Jejich výběžky mohou zasahovat i mimo centrální svalstvo. Výběžky jsou dvojího typu, dendrity a axony. Axon vede informace odstředivě, tzn. od těla nervové buňky ke svalu. Může být dlouhý více než jeden metr. Axon je kryt vrstvou plazmatických buněk. V těle má myelinovou pochvu s Ranvierovými zářezky, které mají význam pro vedení vzruchů. Na které axony se sdružují s obaly v periferní nervy. Axony se podle svého zakončení dělí na různé velké množství výběžků, to umožňuje spojení s množstvím nervových buněk. Základní vlastností nervové buňky je tvorba vzruchu (dráždivost) a vedení vzruchu. Podmínkou pro vznik a vedení vzruchu je odlišná propustnost buněčné membrány pro jednotlivé ionty a rozdíl potenciálu a iontového složení uvnitř a vně.

nervové buňky (3, 19).

Mezi nervovými buňkami jsou v CNS buňky, které chrání nervové buňky, zajišťují výživu nervových buněk a fagocytují poškozené neurony. Jedná se o gliové buňky. Výběžky nervových buněk se spojují dotykem. V CNS neurony vytvářejí složitě prostorové síť. Tyto spoje mezi neurony nazýváme synapse. Synapse je místo kontaktu nervových buněk (3).

### ***1. 1. 3 Periferní nervy***

Periferní, resp. mozkový nerv zajišťuje anatomické a funkční spojení periferních tkání s míchou a mozkem. Z anatomického hlediska je tvořen dendrity a axony. Míšní nerv je tvořen aferentními vlákny a eferentními vlákny (18).

Máme 31 pár míšních nervů: 8 krčních, 12 hrudních, 5 lumbálních, 5 sakrálních a 1 kostrní (18).

Vlákna aferentní neboli dostědivá jsou senzitivní a sensorická, zprostředkovávají přenos citlivých receptorů pro teplo, tlak a bolest, sensorická z receptorů složitých (smyslových orgánů) o zrak, sluch, chuť, čich (18).

Vlákna eferentní neboli odstědivá jsou tvořena motorickými vlákny pletních rohů míšních, vegetativní vlákna, gama- a alfa- vlákna ke svalovým vřetkům (18).

### ***1. 1. 4 Centrální nervový systém***

Mozek a mícha tvoří centrální nervový systém. Centrální nervový systém je s organismem spojen pomocí periferních nervů. Základní funkční prvek nervové soustavy je reflex. Reflex je převod vzruchu z přijímače (receptoru) na sval, vlázu apod. (efektor) (3).

Mícha je uložena v páteřním kanálu a je to provazec nervové tkáně. Dle obrátlosti je rozdělena na segmenty, je kratší než páteř. Spinální nerv obsahuje vlákna zadních kořenů, které směřují k CNS a vlákna pletních kořenů směřující k periférii. Nerv je svazkem nervových vláken. Na průřezu míchou je viditelný tmavý obrazec --edá

hmota. V předních rožích obsahuje buněná těla eferentních drah a v zadních rožích jsou těla interneuronů (připojovací neurony uvnitř CNS). Buněná těla aferentních vláken leží zčásti mimo míchu a to ve spinálním gangliu. Ostatní část průchodu míchy tvoří bílá hmota. Ta obsahuje axony vzestupných a sestupných drah (3, 20).

Mozek, latinsky cerebrum, je uložěn ve vazivových obalech, dutin lebni a mozkomíšních plénách. Dělí se na prodlouženou míchu, Varolův most, mozeček, střední mozek, mezimozek a koncový (neboli přední) mozek. Přední mozek je největší. Zodpovídá za motorické reakce a přijímá a zpracovává smyslové podněty. Mozek je rozdělen na dvě hemisféry. Každá hemisféra má 4 laloky: spánkový, týlní, čelní a temenní lalok. Povrch hemisfér tvoří kůra a mozková kůra. Mozková kůra je řídicím centrem pro většinu funkcí, které zabezpečuje nervová soustava. Z mozku vede 12 hlavových nervů. Časté nemoci mozku způsobuje porucha krevního oběhu (13, 17, 22).

Mozek je po narození nezralý, zabezpečuje pouze vegetativní funkce. Zrání mozku je podmíněno učením a myelinizací mozkových drah. Myelinizace drah neuronů začíná po narození a pokračuje velmi rychle. Plně je dokončena do 6.-8. roku věku, učením trvá celý život. V době, kdy mozek funkčně a morfoloicky dozrívá, začínají se již projevovat zejména způsobené aterosklerozou, která nás provází od mládí (17).

### ***1. 1. 5 Mozek a jeho krevní zásobení***

Obaly mozku a míchy jsou tvořeny tvrdou plénou, arachnoideou a měkkou plénou. Mezi měkkou plénou a arachnoideou cirkuluje mozkomíšní mok. Ten se tvoří z krevní plazmy. Mok je chemická a mechanická obranná bariéra centrálního nervstva (3).

Mozek má mimořádné nároky na metabolickou a oxidační dodávku. Při každém přerušení cévního zásobení hrozí mozkové tkáni nedokrevnost a rozpad. Aby byla zajištěna látková výměna v mozkové a míšní tkáni, je nutný nepřetržitý průtok krve. Krev je zdrojem energie. Pomalejším zdrojem je glukóza a rychlejší zdroj je kyslík. Glukóza pokryje asi 80% energetické spotřeby mozku. Spotřeba kyslíku mozkovou tkání je vysoká. U dospělého člověka je to asi 20% spotřeby kyslíku celého

organismu. Mozek je velmi citlivý na jeho nedostatek. Každá doba vede u člověka desetisekundová úplná nedokrevnost. Spotřeba kyslíku je v jednotlivých částech mozku odlišná. Na nedostatek kyslíku je nejcitlivější mozková kůra. Neurony kmene jsou schopny přežít 20-30 minut, nervové buňky mozkové kůry mohou přežít bez kyslíku asi 5 minut. Příznaky poškození závisí na tom, které místo CNS bylo zasaženo hypoxií (3, 22, 10).

Mozek je zásoben z karotického a vertebrobasilárního systému. Obě se scházejí ve Willisov okruhu. Ten spojuje všechny primární tepny a prostředkovává kolaterální oběh (mezi pravou a levou stranou, vertebrobasilárním a karotickým povodím). Tepny primární krev k mozku, na spodní ploše mozku se spojují do okruhu, ze kterého vystupují větve pro mozkový kmen a jednotlivé mozkové laloky. Mozek celkem zásobují tyto velké tepny. 85% zásobení zajišťují vnitřní karotické tepny (pravá a levá). Z 2 tepen vertebrálních (levé a pravé) poskytnou 15% (3, 10, 18, 23).

Průtok krve mozkem je rozdílný dle věku. V dospělém věku je průtok v těle nejnižší, když stoupá odpor cév a snižuje se jejich průflost. U mladého člověka je to v klidu 750ml za minutu, po 50.roce v věku průtok krve klesá. Průtok krve mozkem je nerovnoměrně rozložen. Těžkou hmotou protéká asi 4-5krát více krve než bílou hmotou (3, 23).

Průtok krve je tlakově regulován. Díky účinnému autoregulačnímu myogennímu mechanismu je průtok krve stejný i při velkých změnách tlaku krve. Při zvýšení tlaku dojde k reflexní vazokonstrikci a tudíž ke zvýšení periferního odporu. Při snížení tlaku nastává vazodilatace. Smrčování a rozšířením cév je řízena změna průtoku krve menšími okruhy mozku (3, 23).

### ***1. 1. 6 Krevní zásobení míchy a nerv***

Mícha je zásobena tepnami, které vystupují z páteřních tepen a tepnami z hrudní a břišní aorty. Nervy jsou zásobeny z cév, které jsou v tvémi cév, doprovázejících v těle nervové kmene (3).

### ***1. 1. 7 Příiny selhání cévního e i-t***

Nejast j-í p í inou akutních onemocnění nervového systému jsou cévní onemocnění. Vznikají jako následek hemoragie nebo z poruch prokrvení. Porucha kardiovaskulárního systému nebo porucha srde ního svalů je p í inou nejv t-ího po tu embol i hypertonického krvácení. Trombus v mozkové cév nar stá, ást se odtrhne a je nesena e i-t m do místa, kde je céva zúřena, z toho d vodu nem fle pokračovat dál a cévu řucpeř. Ischemie vzniká za tímto místem. Místní tromboza, která postupn uzavírá mozkovou cévu, je mén ástá. Dal-í p í inou m fle být nap . arteriální hypertenze, nemoci malých arterií i fibrinoidní nekroza. Hemodynamicky podmín né ikty jsou zdrojem ischemických ikt . Jsou d sledkem nízkého krevního tlaku, který nesta í zásobit mozek kyslíkem. Komplikace nastávají také p i zvý-ené krevní srářlivosti. Problémem je zásatava srde ní innosti, která se projeví postifením mozkové tkán . P eřití tohoto stavu bývá ásto spojeno s poruchou centrální nervové soustavy. ásto dojde k t řké poru-ě krátkodobé pam ti, n kdy dochází ař k demenci (17).

## **1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY**

Rizikové faktory m fleme rozd lit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. S p íbývající m v kem bychom m li více dbát na řprávnou lé bu ovlivnitelných rizikových faktor . Pop ípad zásadn zm nit řlivotní styl (1, 8).

### ***1. 2. 1 Neovlivnitelné faktory***

Neovlivnitelné faktory jsou genetické dispozice, rasa, etnikum, v k (nejvýznamn j-í ovliv ující faktor, po 55. roce v ku se zvyšuje riziko vzniku u řen i muř ) a pohlaví. ást j-í výskyt je u muř , úmrtnost je vyš-í u řen. Vlivy mohou být také klimatické, socioekonomické i zem ípisné (8, 9, 19).

## ***1. 2. 2 Ovlivnitelné faktory***

Jiří prod laná CMP (zvy-uje riziko opakování), krevní tlak, onemocn ní srdce, zvý-ený obsah tuk v krvi, -patná flivotospráva, diabetes mellitus, orální antikoncepce, ateroskleróza (aterosklerotické postiflení cév m fle postihnout p ívodní tepny do mozku) nebo antikoagulancia. To v-e jsou faktory které m fleme svým chováním a flivotosprávou zm nit (8, 9).

### ***Krevní tlak***

Správná lé ba hypertenze je nejú inn j-í prevencí iktu. Za hypertenzi se považují opakovan zji-t né hodnoty TK 140/90mmHg a více. Hypertenze je velmi významným rizikem p edev-ím ischemického iktu. Hypertenze je jedním z nejvýznamn j-ích rizikových faktor CMP, p esto ji v anamnéze udává pouze ¼ pacient . Lé ba hypertenze sniřuje výskyt iktu asi o 42% (8, 9).

### ***Onemocn ní srdce***

Mezi zásadní rizikové faktory CMP pat í kardiologická onemocn ní. Nejvýznamn j-í je nepravidelná srde ní akce, ischemická choroba srde ní, nemoci chlopní i infarkt myokardu. Dal-í onemocn ní zvy-ující riziko iktu jsou hypertrofie levé síní , aneurysma sí ového septa nebo fibrilace síní (8, 9).

### ***Patná flivotospráva***

Riziková je nadm rná pravidelná konzumace alkoholu. Mírná konzumace alkoholu m fle snířit výskyt kardiovaskulárních onemocn ních. Zvy-ující se dávky alkoholu zvy-ují riziko iktu. Mírné afl st ední pití alkoholu je asi 1-3 sklenice pití s obsahem alkoholu. Kalita uvádí, fle konzumace vína, zejména erveného, je ú in j-í v prevencí vzniku nefl jiné alkoholické nápoje. P i dlouhodobé konzumaci více nefl t í

sklenic alkoholu se vyskytuje nejvíce neřádných úinků. Stejně konzumace alkoholu snižuje riziko vzniku iktu, ale záleží na pohlaví, věku, rase i druhu nápoje. Doporučuje se konzumace alkoholu maximálně jednoho alkoholického drinku u žen a dvou alkoholických drinků u mužů (8, 9).

Kouření cigaret zvyšuje riziko ischemického iktu. Riziko je dvojnásobné pro silné kouření v porovnání s mírnými kouřáky. Abstinence kouření riziko snižuje. Ke snížení dochází za 2-4 roky abstinence, za 5 let je rizikovost shodná s nekouřáky. Také pasivní kouření je rizikem pro vznik CMP (8, 9).

Velkým sociálním problémem je abúzus návykových látek. Nejvýznamnější je užívání kokainu, heroinu a dalších návykových i halucinogenních látek. Kombinováním drog je ztíženo hodnocení rizikovosti jednotlivých drog. Některé studie uvádějí, že užívání drog zvyšuje riziko iktu asi 7x. Náhlý vzestup TK patří k hlavním příčinám (8, 9).

Obezita je významným rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Je definována jako nadváha vyšší o 30% proti normě. U žen je obezita rizikovým faktorem vzniku ischemického iktu. V rámci prevence se doporučuje redukce váhy. Pravidelný pohyb snižuje riziko předčasné smrti a také iktu. Pravidelný úinek je stejně důležitá fyzická zátěž. Nedostatek pohybu naopak zvyšuje riziko vzniku všech typů a subtypů iktu. Doporučuje se pravidelné stejntě intenzivní cvičení v rozsahu 30 minut, 3 až 4 x týdně. Pohyb je součástí zdravého životního stylu, který pomáhá snižovat výskyt onemocnění (8, 9).

Další, co ovlivňuje vznik iktu je strava. Diety s vysokým obsahem tuků a cholesterolu jsou škodlivé, stejně jako konzumace grilovaného a červeného masa, bílého pečiva, dezertů i moučků. Ochranný význam má spotřeba mléčných výrobků, ryb, zeleného čaje, ovoce, zeleniny a celozrnného pečiva. Denně bychom měli konzumovat 5x ovoce a zeleninu. Významným rizikovým faktorem může být také akutní psychický stres (8, 9).

## ***Diabetes mellitus***

Diabetes mellitus významně zvyšuje riziko vzniku iktu. V ČR žije asi 900 000 osob s touto diagnózou. Vzniká u nich aterosklerotické postižení malých i velkých tepen. Patnáctnáctná kompenzace DM je přibližně rovná riziku vzniku CMP. Iktus prodělá 13% diabetiků starších 65let. U osob s DM se iktus vyskytuje 3x častěji. Diabetes mellitus ovlivňuje i následky cévní mozkové příhody. Zvyšuje pravděpodobnost ireverzibilního a vážnějšího postižení po CMP. Také zvyšuje riziko rozvoje demence i recidivy iktu. DM je velkým rizikem pro vznik iktu, proto se doporučuje kontrola glykémie (9).

## ***Orální antikoncepce***

Rizikem je především, pokud žena kouří nebo pokud se u ní vyskytuje jiný rizikový faktor. U žen užívajících současnou antikoncepci s nízkým obsahem estrogenu je riziko nízké (9).

## ***Ateroskleróza***

Tento pojem označuje ztvrdnutí a ztlustnutí cévní stěny. Typem aterosklerózy je ateroskleróza. Ateroskleróza postihuje velké arterie, především koronární, mozkové a končetinové. Aterosklerotické cévy se zužují, není tak zabezpečeno oběh (1, 8).

## **1. 3 JAK POZNAT, ŽE JDE O CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODU**

Symptomy CMP většinou ovlivní jednu stranu těla. Čím dříve iktus rozpoznáme, tím dříve můžeme pacienta dopravit k lékaři. Pokud se nám podaří včas pacienta dopravit k lékaři, zvýší se šance, že nevznikne trvalé postižení. CMP vyžaduje okamžitou pomoc lékaře, je to akutní stav (34, 35).

V prvních 24 hodinách laici nestanoví jednání se o CMP nebo TIA. I příznaky TIA mohou upozornit na problém v mozkovém krevním toku, který může vést ke



vzniku CMP (34, 35).

Nejčastějšími projevy CMP jsou slabost, ztráta citlivosti končetin, tváří, dezorientace, poruchy vnímání, zmatenost, problémy s rovnováhou, chůzí, pohybem, pocit závratí, potíže se smysly, bolest hlavy, rozmazané vidění, poruchy hybnosti jedné končetiny (hemipareza), bolest hlavy nebo porucha řeči (dysartrie) (34, 35).

### **1. 3. 1 První pomoc**

Rozhodující je rychle rozpoznat, šle se jedná o cévní mozkovou příhodu. Mezi 5 hlavních varovných příznaků patří vertigo, bolest hlavy, slabost, potíže s mluvením a problémy s viděním. Je velmi důležité ihned zavolat záchranou službu a v žádném případě nepodávat léky (31).

Protipokrová opatření provádíme okamžitě při podezření na CMP. Do polohy při mozkolebních poraněních uložíme postiženého pokud je při v domě (34).



Stabilizovanou polohu provádíme pokud je postižený v bezvědomí. DK (blíže k nám) postiženému pokrýváme v kolenní (34).



HK (blíže k nám) zasuneme pod hýždě (34).

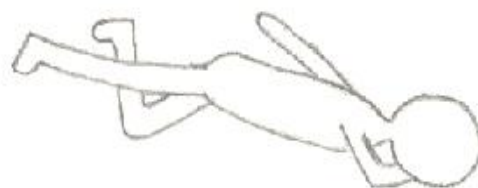


HK, která je od nás vzdálenější položíme přes břícho a tahem převedeme

postifleného na bok (34).



Tlakem na bradu a ruku vytvoříme záklon hlavy a tvář položíme směrem k zemi, aby nedošlo k aspiraci zvrátka (34).



## 1. 4 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

### 1. 4. 1 Definice

šAkutně vzniklé klinické fokální i globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (event. do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny (19, s. 190).

š**TIA** - transientní ischemický neurologický deficit - je epizoda fokálních příznaků v důsledku dočasného zásobení mozku krví, mizí do 24 hodin bez reziduí. **RIND** - reverzibilní ischemický neurologický deficit - je obdobou TIA, jen úprava bez následků a je do jednoho týdne. **TIA a RIND** jsou významnými varovnými příznaky hrozícího infarktu. **PI (progredující infarkt)** - jedná se o postupně narůstající klinickou symptomatologii vlivem zhoršující se fokální mozkové hypoxie. **DI (dokončený infarkt)** - klinický obraz se po 24 hodině nemění (19, s. 190).

### **1. 4. 2 Charakteristika**

Cévní mozková příhoda neboli mrtvice, mozková příhoda, mozkový infarkt i infarkt. CMP je postižení určité části mozkové tkáně na základě poruchy cév. Při CMP dochází k porušení průtoku krve a následně k poškození mozku vlivem nedostatečného prokrvení v důsledku uzavření krevní sraženinou (ischemická CMP) nebo prasknutím cévy a krvácením do mozku (hemoragická CMP). Postižení je většinou tepenné, jen výjimečně žilní. CMP je provázena lokálními příznaky. Projevuje se bolestí hlavy, poruchami hybnosti, ale i dále také bezvědomím, ochrnutím i smrtí. Častou a významnou příčinou je ateroskleróza mozkových tepen v kombinaci s hypertenzí, embolií i trombozou. Aneurysma mozkové tepny také může být příčinou, jedná se o tzv. subarachnoidální krvácení. Diagnostikuje se především CT, MRI, někdy i angiografií. Infarkt je dnes urgentní stav, který vyžaduje rychlou diagnostiku a terapii. CMP je stejně urgentní jako infarkt myokardu nebo poranění mozku (8, 19, 26, 33).

### **1. 4. 3 Rozdělení CMP**

CMP se dělí dle typu. Ischemický typ cévní mozkové příhody se dělí dle lokalizace, etiologie a podle doby trvání příznaků (9).

### **1. 4. 4 Typy CMP**

Akutní CMP můžeme rozdělit na 3 typy. Ischemické cévní mozkové příhody tvoří 80%. Hemoragické cévní mozkové příhody se dále dělí na intracerebrální hemoragii (ICH) a vyskytuje se v 15% a subarachnoidální hemoragii (SAH) a vyskytí se okolo 5% (9).

### **1. 4. 5 Příčiny**

Příčinami jsou hemoragie (krvácivost), embolizace, tromboza (ucpání tepny

trombem) a vzácná vaskulitida (onemocnění, při kterém dochází ke snížení průtoku krve do mozku) (22, 32).

#### **1. 4. 6 Příznaky**

Obecné příznaky hrozícího iktu jsou zmatenost, mdloby, bolest hlavy, zhoršené vidění, potíže s chůzí, pocit třesků končetin, pacienti hoře pohybují prsty. Mohou se objevit problémy s porozuměním, zmatek, slabost. Rozvinutý iktus má tyto příznaky - poruchy v domě, inkontinence močové i stolice, neobvykle třeské a prudké bolesti hlavy, vertigo (závrať). Poruchy pohybového aparátu se projevují částečným ochrnutím poloviny těla (hemipareza), úplným ochrnutím poloviny těla (hemiplegie), monoplegií i monopareza dále také ochrnutím ve tváři nebo svalovou ztuhlostí. Poruchy senzorní se projeví tak, že pacienti mají problémy s rovnováhou, hoře vnímání polohy částí těla nebo výpadky poloviny zorného pole. Ztráta citlivosti nebo brnění tam, kde je hemiplegie nebo hemipareza se řadí mezi poruchy senzitivní. Afázie může být perceptivní (nerozumí mluvenému slovu) nebo motorická (neschopnost vyjádřit své myšlenky slovy). Příznaky po překonání akutního stádia jsou spastická hemipareza nebo hemiplegie, výpadky citlivosti, výpadky zorného pole, dvojitě vidění a porucha rovnováhy (16, 22, 32).

#### **1. 4. 7 Vyšetřovací metody**

Vyšetření pacienta zahrnuje zejména údaje o celkovém stavu. Důležitou součástí diagnózy je anamnéza o rodinné, osobní, pracovní anamnéze. Dále měření fyziologických funkcí o TK, TT, P, dech, stav v domě, EKG, RTG, sonografie, CT, neurologické vyšetření o reakce na osvětlení, vnímání dotyku, drhnutí těla, pohyblivost, základní vyšetření reflexů, laboratorní vyšetření krve a moči (FW, KO, jaterní testy, glykemie, hemokoagulace, ASTRUP), lumbální punkce, angiografie mozkových cév a vyšetření o nich pozadí (22, 24).

## 1. 5 ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Nejčastějším typem iktů jsou ischemické cévní mozkové příhody. 80-85% z akutních CMP představují právě ischemické cévní mozkové příhody. Hypoxie přináší pokles saturace mozku kyslíkem. Důvodem je porucha cirkulace (srdeční zástava a dysrytmie) (9, 19).

Symptomatika je velmi variabilní, od lehkých až po těžké i smrtelné stavy. Závisí hlavně na tloušťce, rozsahu a trvání ischemie. Ireverzibilní porucha funkce je následek definitivního zániku nervových buněk. Pokud je funkce porušena perifokálním edémem nebo sníženou perfúzí, může být lépe navrácena. Vyvíjející se iktus má nestabilní symptomatiku. Může být příznakem nastávajícího trombu nebo opakovaných embolizací. Konečná etapa se nazývá kompletní nebo dokončený iktus (1, 17).

Projevy přechodné CMP jsou prchavé parézy, parestezie, poruchy vizu, neobratnost HK, expresivní nebo perceptive afazie, která se zcela upraví. TIA se může opakovat i několikrát za den. Lehký nebo středně těžký iktus - projevy přetrvávají několik dní i týdnů, nezmizí úplně, zůstávají ložiskové příznaky, například snížená pohyblivost HK, problémy s chůzí, snížená citlivost poloviny těla v tváři, v případě, že se vrátila hybnost ruky. Těžký iktus - projevy jsou závažné, vznik hemiplegie, zpočátku často ztráta vědomí, pokud pacient přežije, má těžké a trvalé následky (17, 26).

Šťastně lze říci, že je nutné začít co nejdříve, a to ve fázi, kdy ještě nedošlo ke strukturálním změnám. Mezi základní kritéria léčby akutního ischemického iktu patří neuroprotektiva a snaha o zvýšení rezistence neuronů na ischemii, zvýšení stability buněčných struktur; cévní okluze nebo redukace perfúze by měla být tak krátká, aby nedošlo ke tkáňové nekroze; a dostatečná reperfuze okolí ischemie z kolaterálních cév, aby jen centrální zóna podlehl infarktu (1, s. 148).

Neexistuje standardní léčba, která by prokazatelně zlepšila stav u většiny pacientů s CMP. Velmi záleží na správné a včasné diagnostice (1).

Důležitou součástí celého komplexu je celková léčba. Do celkové léčby lze zahrnout respiraci, oxygenaci, monitorování EKG, dostatečnou ventilaci, dostatečnou

hydratace, adekvátní nutriční podpora, podávání nootropik, vitamínů C, E a magnezia. Nutné je udržet krevní tlak, který je podstatný pro cerebrální průtok krve. Nezbytné je dále pokračovat v upravení diagnostiky. Podstatná je léčba, která zabrání tvorbě a následné embolizaci trombu. Léčba se zahajuje co nejdříve po vzniku CMP. Příznivý efekt má antikoagulační léčba. Podávají se dávky nízkomolekulárního heparinu, především u rizikových skupin (pacienti s DM, vysoký věk, obezita, imobilní). Trombolytická léčba je aktivní a moderní léčba. Cílem je rozpuštění trombu. Tato léčba se hodí pouze pro málo osob nemocných s infarktem. Je totiž nutné ji zahájit do 4,5 hodin od vzniku CMP. Velkým rizikem léčby je krvácení. Protiedémová léčba zahrnuje polohování hlavy ve zvýšené pozici minimálně 30° nad podlahou, oxygenaci, normalizaci TT a odstranění bolestivých podnetů. Důležitá je ochrana před veškerými komplikacemi. Častými komplikacemi jsou bronchopneumonie nebo infekce močových cest. Nedílnou součástí je kvalitní ošetřovatelská péče jako například prevence dekubitů a udržování hygieny. Nepostradatelná je rehabilitační léčba. Mělo by se s ní začít co nejdříve. Léčba operativní se indikuje u málo nemocných s CMP. Endarterektomie se provádí u sténě trombozy se stenózou a. carotis. Endarterektomie je výkon užívaný k obnovení průchodnosti tepny. Význam je především preventivní. Indikováni jsou pacienti s lehkým klinickým nálezem po RIND nebo TIA. Operace lze učinit úplně trombotické uzávěry jen v prvních hodinách. Perkutánní transluminální angioplastika je alternativní operativní léčbou u cévních zúžení (1, 26, 36).

### **TIA = tranzitorní ischemická ataka**

TIA je epizoda ložiskových příznaků. Příčinou je nedostatečné zásobení mozku krví. Doba trvání se nejčastěji pohybuje v minutách, převážně do 1 hodiny. Kompletně odezní do 24 hodin. Tranzitorní ischemická ataka je rizikový faktor pro vznik ischemické cévní mozkové příhody. V 50% se 24 až 28 hodin přediktem prokáže výskyt TIA (1, 9, 18).

### **RIND = reverzibilní ischemický neurologický deficit**

Tento pojem se užívá, odezní-li symptomatika asi za 3 týdny. Příčinou jsou

v t–inou drobn j–í emboly (1).

## **1. 6 HEMORAGICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ P ÍHODY**

Akutní hemoragické CMP se vyskytují v 15-25% ze v–ech akutních cévních mozkových p íhod. D lí se na subarachnoidální hemoragii (SAH) a intracerebrální hemoragii (ICH). Hemoragické ikty mají vy–í úmrtnost a je p i nich pot eba nákladn j–í zdravotní i sociální pé e (9).

### ***1. 6. 1 Intrakraniální hemoragie***

P edstavují 10-15% ze v–ech CMP, jsou 2x ast j–í neř SAH. 35 ó 52% pacient s intrakraniální hemoragií umírá do 1 m síce po prod lání CMP. Dv t etiny pacient , kte í p eřijí, jsou áste n nebo zcela závislí. ICH v t–inou vzniká rupturou malých penetrujících tepen (9).

V 70 ó 90% je p í inou hypertenze. Dal–ími p í inami jsou nemoci destiček, koagulopatie, tumory, léky, drogy nebo cévní abnormality (9).

Iktu asto p edchází zvý–ená aktivita, roz ílení nebo vzestup TK. Nej ast j–í p í inou hemoragického iktu je arteriální hypertenze. Dochází k ruptu e jedné arterie, v míst ruptury dojde k zástav krvácení. Dal–ími p í inami mohou být traumata, alkohol, kokain, tane ní drogy, hemoragická lé ba, trombolytická lé ba, antikoagula ní lé ba, antiagrega ní lé ba, vaskulitida, tepenné výdut aj. (1, 7, 19).

Projevy jsou fokální a celkové. Celkové se projevují bolestí hlavy, zvracením i poruchou v domí. Fokální se projevují dle uloření hemoragie v CNS. Jedná-li se o krvácení v moze ku p íznaky jsou ataxie (porucha hybnosti, projevuje se –patnou koordinací a nesoum rností pohyb ), dysartrie (porucha e i, je poru–ena výslovnost), nystagmus (rychlé mimovolní pohyby o í), vertigo (závra ). Krvácení supratentoriáln se projevuje hemiparézou ( áste né ochrnutí poloviny t la), hemianopie (slepota v jedné polovin zorného pole), hemyhypestezie (snířlení citlivosti k fle poloviny t la i tvá e). Krvácení v pontu se projevuje kvadruplegií (úplné ochrnutí v–ech 4 K), úzkými

zornicemi, poruchami dechu nebo vy—í TT (19, 26).

Hlavní diagnostickou metodou je CT. CT ur í velikost hematomu a také lokalizaci, dále vylou í jiné p í iny. D lefité je také celkové vy—et ení, zejména krevní obraz, urea, glykémie, hematokrit, EKG a interní vy—et ení (1, 19).

Lé ba se odvíjí od asn provedeného vy—et ení. ICH není krátkodobý d j, ale v t—inou se jedná o proces. Cílem lé by je, co nejd íve zastavit krvácení. Lé ba je zam ena na obecná opat ení jako nap . na prevenci obstrukce dýchacích cest, podporu srde ní innosti, prevenci trombembolismu a podporu respirace. Velmi d lefitá je korekce hypertenze. Dle stavu lé ba intrakraniální hypertenze a mozkového edému. Dosud neexistuje lék, který by byl ú inný v lé b mozkových hemoragií. Je vhodné co nejd íve za ít s rehabilitací. Operace je indikována u iktu ulofneného supratentoriáln , který se hor—í. Konzervativn se lé í moze kové hematomy, pokud jsou malé (1, 7, 19).

### ***1. 6. 2 Subarachnoidální krvácení ó SAH***

SAH je závafné onemocn ní asto kon ící smrtí nebo t flkým neurologickým postífením. Jedná se o krvácení do likvorových cest, mezi pia mater a arachnoideu. Kolem 40% osob umírá jíl v prvních minutách. Trvalé následky z po—kození nervového systému má polovina pacient , kte í p eflíjí. V kem se incidence SAH zvy—uje. U mufl je nífl—nefl u flen. Subarachnoidální krvácení vzniklé nad 50 let je ast j—í u flen, pod 40 let je ast j—í u mufl . Afl ve 40% je p í ina krvácení r znorodá. K SAH asto dochází p í fyzické námaze í p í koitu (7, 9).

Po áte ním p íznakem je krutá, náhlá, b hem n kolika vte in vzniklá bolest hlavy. asto porucha v domí, nauzea a zvracení. Meningeální syndron se rozvíjí po n kolika hodinách od vzniku. T kála podle Huntra a Hesse hodnotí klinické p íznaky. I.stupe je bez lofliskového nálezu, mírná bolest hlavy, II.stupe ó bez lofliskového nálezu, st ední afl krutá bolest hlavy, meningeální syndrom je výrazn j—í, III.stupe ó zmatenost nebo ospalost, lehká porucha v domí, lehké lofliskové p íznaky, to v—e s dobrou prognózou a moflností operace, pokud nejsou p ítomny k e e. IV.stupe ó t flká porucha v domí, st edn t flká afl t flká hemiparéza, V.stupe ó má nejhor—í



prognózu, komatózní stav. U nás se v t-ínou IV. a V. stupe neoperují (1, 7, 19).

Diagnoza se stanovuje p edev-ím CT vy-et ením mozku (1).

Lé ba spo ívá v absolutním klidu na l flku, tlumení bolestí hlavy a zvracení. P i zji-t ní aneurysmatu je indikována operace, která by se m la provést co n jd íve, a to do 72 hodin. Endovaskulární techniky jsou alternativou chirurgické lé by. Zákrok spo ívá v tom fle na kr ek aneuryzmatu se nasadí svorka . Operace trvá n kolik hodin. Úsp -nou operací je pacient vylé en (1, 9, 19).

## 1. 7 FAKTORY OVLIV UJÍCÍ ZOTAVENÍ

N kte í se po CMP zcela zotaví. Jiní mají potíffe celý flivot. Existuje n kolik faktor , které výsledek ovlvi ují (29).

**Kvalita rehabilita ní lé by** - stupe zotavení závisí na lokaci a rozsahu CMP. Zotavení velmi ovlvi uje lé ba v nemocnici i doma. Jedná se o prevenci a lé bu komplikací. První týdny po CMP jsou klí ové. B hem t chto týdnu je d leflité stimulovat a vyuffívat schopnosti lov ka k jeho rehabilitaci (29).

**Motivace pacienta a jeho rodiny** - motivace jedince, rodiny a p átel také ur uje zotavení. Osoba, která je motivována k innostem jako je stravování, umývání, oblékání pouffívá pohyby, které sm ují k zotavení. Povzbuzování rodinou a kvalitní pé e m fle znamenat rozdíl v p ístupu k lé b (29).

**V k pacienta** - mladí lidé se v t-ínou zotavují lépe neff lidé star-í 60let (29).

**P etrvávání fáze ochabnutí a odklad lé by** - to negativn ovliv uje uzdravení po CMP (29).

## 1. 8 UCELENÁ REHABILITACE

Cévní mozková p řhoda p edstavuje zdravotní a společensko-sociální problém. Lep-í a kvalitní lé ba v akutní fázi sníffila úmrtnost, ale prodlouffila dobu flivota postíffných. U stavu po CMP je t eba uplatnit ucelenou rehabilitaci. Po-kození CNS znamená poruchu funkce nap . - poruchy mentální, poruchy komunikace, porucha

rovnováhy, motoriky, ití aj. (9).

Rehabilitace je soubor inností, které pomáhají osobám, které pro poruchu n kterých orgán , nebo jejich ztrátu mají oslabenou ur itou aktivitu a tato porucha je nebo byla zp sobena úrazem, vrozenou vadou nebo nemocí. Nap íklad se jedná o sníženou schopnost uchopování p edm t , problémy s mluvením, nemofnost d lat t flkou práci, potífe s ch zi apod. Rehabilitaci lze definovat jako komplexní postupy zmír ující i odstra ující následky postifení. RHB se snaží o dosažení stavu, kdy postifená osoba m fle pln rozvíjet své schopnosti a spole ensky se uplatnit. V R je rehabilitace uplat ována spí-e v ufl-ím zdravotnickém pojetí. V jiných zemích rehabilitace zahrnuje v-echny druhy pomáhajících profesí (v etn poskytování sociálních služeb) (5, 14).

WHO v roce 1969 stanovila definici rehabilitace následovn : Rehabilitace je kombinované a koordinované poufití lé ebných, sociálních, výchovných a pracovních prost edk pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce k nejvy—í mofné funk ní schopnosti. Tato definice se pozd ji roz-í ila: rehabilitace obsahuje v-echny prost edky sm ující ke zmen-ení tlaku, p ekáflek zp sobených zdravotním stavem a usiluje o spole enské za len ní postifeného jedince (5, s 8, 9).

Ucelená rehabilitace se vyuffívá tehdy, kdyfl následky posti ení i nemoci nemohou být e-eny pouze zdravotnickými prost edky a stav je dlouhodobý. Rehabilitace sama o sob by m la být ucelená, protofle se ale asto chápe jako sou ást lé ebného programu, vyjad uje pojem ucelená to, fle do rehabilitace zasahují i jiné dal-í oblasti. Ucelený systém rehabilitace zahrnuje lé ebné prost edky rehabilitace, sociální prost edky rehabilitace, pedagogické prost edky rehabilitace a pracovní prost edky rehabilitace (27).

### ***1. 8. 1 Lé ebné prost edky rehabilitace***

Lé ebná rehabilitace je zaji- ována zdravotnickými rehabilita ními za ízeními. Jejím cílem je lé ita a odstra ovat následky úrazu i nemocí. Lé ebnou RHB zaji- uje celý tým odborník . Rehabilita ní tým se skládá z léka e, fyzioterapeut , klinického

psychologa, sociálního pracovníka, ergoterapeuta i logopeda. Dle druhu pacienta a typu zariadení mohou být do týmu zařazeni i jiní pracovníci, jako například zdravotní sestra, speciální pedagog apod. Do léčebných prostředků rehabilitace můžeme zařadit fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapii, animoterapii, arteterapii, muzikoterapii, psychoterapii, léčbu pomocí chirurgických zákroků. Při aditivě můžeme také upravit flivotosprávu, vyufflití kompenzačních pomůcek a farmakoterapii (27).

Do fyzikální terapie patří různé druhy masáží, například reflexní, klasická i podvodní. Dále sem můžeme zařadit elektroléčbu, ultrazvuk, magnetoterapii, laserové záření, léčbu teplem, vodoléčbu (perliková, vířivá koupel, rehabilitační bazén), také léčbu prostředky. Léčebná tělesná výchova neboli LTV se zabývá pohybovým ústrojím a je hlavní metodou fyzioterapie. Základní formou je tělesné cvičení, které může být individuální i skupinové. Ergoterapie je léčba smysluplnou činností. Dá se říci, že ergoterapie je léčba prací. Ergoterapii indikuje lékař osobám s různými formami zdravotního postižení. Každý pacient by měl mít vytvořený individuální léčebný program, který respektuje jeho zdravotní stav. Tato metoda rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka, tak, aby se mohl opět zařadit do plnohodnotného flivota. Při animoterapii se k léčbě člověka vyufflívá zvířata. Zahrnuje hipoterapii i canisterapii. Při hipoterapii se k léčebným účelům vyufflívá koně. Indikaci k hipoterapii posuzuje lékař. Hipoterapii vede vyškolený fyzioterapeut. Canisterapie je léčba pomocí kontaktu se psem. Touto metodou je možné zlepšit psychickou pohodu, komunikaci i pohybové schopnosti. Léčba pomocí výtvarných prostředků se nazývá arteterapie. Vyufflívá se kresby, malby, keramické hlíny, dřeva, plastu apod. Tato léčba má pozitivní vliv na procvičování jemné motoriky i psychologický efekt. Muzikoterapie je léčba pomocí hudby. Psychoterapie ufflívá k léčbě psychoterapeutické prostředky (5).

## ***Fyzioterapie***

Fyzioterapie je způsob léčby fyzikálními metodami. Je to obor zaměřený na diagnostiku, terapii a prevenci poruch funkce pohybového aparátu. Cílem ovlivňuje funkci i jiných systémů, například psychologických. Přiměřený pohyb je základem zdraví.

Cílený pohyb je hlavním léčebným prostředkem fyzioterapeuta. Rychlý a plynulý začátek terapie je v počáteční fázi velmi důležitý. Mobilizace stojí na začátku rehabilitace. Měla by být zahájena co nejdříve. V zásadě mobilizace usiluje o dosažení optimálního výsledku RHB. Snaží se také zabránit následkům imobilizace. Základem terapeutických aktivit je správné polohování. Změnit svou polohu na lůžku je pro pacienty velmi náročné nebo i nemožné, proto s polohováním pomáhá zdravotní pracovník. Jako přípravu mobilizace se doporučuje tzv. bridging, kdy pacient leží na zádech, má pokrčená kolena, chodidla pevně na podlaze a snaží se nadzvednout pánev. Když se pacient bridging naučí, může při změně pozice v posteli pomoci. Stoj a chůze by měla umožnit vertikalizaci. Polohování napomáhá k zlepšení dýchání, prevenci kontraktur, prevenci dekubitů, zlepšení pozornosti, obnovených funkcí, podpoře pohyblivosti páteře, Vertikalizace slouží jako kardiovaskulární trénink, dále jako prevence pneumonie, zlomenin, osteoporózy a v neposlední řadě podporuje správnou motilitu svalů a funkci motorického systému (11, 25, 27).

### ***Některé nejdůležitější terapeutické metody***

Manfredlé Bobathovy vyvinuli koncept pro terapii a diagnostiku poruch senzomotorických funkcí. Tento koncept se nejprve využívá k terapii a hodnocení osob s poruchou CNS. Základem metody je umožnění fyziologického průběhu pohybu a omezení patologických reflexů a abnormálního tonu (11, 27).

Proprioceptivní neuromuskulární facilitace neboli Kabatova metoda je technika usilující o obnovení synergických vzorců svalové aktivity. Cílem je zrychlení a zlepšení reakce neuromuskulárního systému. Manuální stimulace proprioreceptorů je základem. Terapeut může pomocí různých technik ovlivnit tonus svalstva. Tato technika pomáhá ke zlepšení koordinace (11, 27).

Vojtova metoda využívá existence vrozených geneticky koordinovaných komplexů. Při terapii se využívá dvou základních pohybových vzorců – reflexní otáčení a reflexní plazení. Pohyb probíhá nezávisle na vůli pacienta. Účinek závisí na úrovni plasticity centrální nervové soustavy (27).

Techniky uvolnění se rozlišujeme aktivní techniky uvolnění a pasivní techniky uvolnění. Aktivní techniky provádí nemocný po prokolení samostatně a pasivní techniky jsou vykonávány terapeutem. V popředí terapeutického zájmu je nejen uvolnění svalové, ale i psychické (11).

Manuální terapie je prováděna pomocí rukou. Dle zjištěné diagnózy se vytváří terapeutický program. Tzv. měkké terapeutické techniky nebo různé formy stabilizace jsou využívány, nachází-li se porucha ve svalstvu (11).

Součástí fyzikální medicíny je také elektroterapie. Různé formy elektrického proudu jsou využívány k diagnostice i terapii. Terapie hypotonické parézy je hlavní doménou elektroterapie (11).

Cvičení v bazénu může mít na úadu neurologických symptomů rozdílný vliv. Koupel může navést lokální i celkové uvolnění (11).

### ***Fyzikální terapie***

Cílem fyzikální terapie je dosáhnout zlepšení porušených tělesných funkcí. K používaným formám patří: masáže a masáže tlustého střeva, podvodní masáže, masáže vazivových tkání, klasická masáže, kartáková masáže, reflexní masáže nohou a akupresurní masáže; lymfodrenáže, Kneippova terapie, léčebné koupele, elektroterapie a tepelné terapie. Klasická masáže mohou působit na snížení nebo zvýšení svalového tonu, na prokrvení, sekreci atd. Kartáková masáže zlepšuje prokrvení a má tepelný efekt, provádí se za sucha. Dále stimuluje vnímání taktilních impulsů. Masáže tlustého střeva zlepšuje peristaltiku a uvolňuje spazmy. Lymfodrenáže aktivuje lymfatický systém a působí proti otokům (11).

### ***Ergoterapie***

Ergoterapie je léčebná metoda, která vede k obnovení dovedností, soběstačnosti, zájmu a pracovních schopností. U chronicky nemocných pomáhá k návratu do zaměstnání a při vyhledávání vhodného pracovního místa. Ergoterapie

přispívá ke snížení vzniku handicapu u osob s disabilitou. Dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti v domácím, pracovním a sociálním prostředí, je cílem ergoterapie. Zvyšuje se tak kvalita klientova života. Nutná je interdisciplinární spolupráce mezi fyzioterapeuty, lékaři, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky a ostatními odborníky. Součástí týmu je také klient a jeho rodina. Ergoterapie se zabývá adaptací a sestavením vhodných pomůcek dle individuálních potřeb klienta. Zaměřuje se na rovnováhu, přirozenost, formy a kontext zamyšlení v životě jedince, jaký vliv má nemoc na schopnost provádět konkrétní činnosti. Ergoterapii dělíme na několik oblastí: aktivity denního života (ADL), ergoterapie cílená na postiženou oblast, kondiční ergoterapie (má za úkol odpoutat pozornost klienta od onemocnění, snaží se udržet psychickou pohodu, program se sestavuje na základě zájmů klienta), ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink. ADL se jedná o denní činnosti, které dotvářejí každodenní život klienta. Patří sem osobní hygiena, oblékání, mobilita, jení a přesuny. Může se jednat i o sociální aktivity denního života (např. nákup, domácí práce, manipulace s penězi, příprava jídla, doprava, telefonování apod.). Základními činnostmi ergoterapie jsou terapie deficitu kognitivních funkcí, terapie poruch chování a emocí, integrace pacienta do terapeutické skupiny, terapie motorického deficitu a další (6, 9, 11, 27).

Je vhodné zvyknout pošet pracovníků v zahraničí. Zahraničně lépe zná zařízená pro nemocné po cévní mozkové příhodě zamyšlávají stejný pošet ergoterapeut i fyzioterapeut (9).

## ***Arteterapie***

Arteterapie v klinických zařízeních patří k výjimkám. V rámci arteterapie vznikají výtvarné produkty pacientů. Jsou výrazem orientace a hledání nové identity v závislosti na změnách způsobených nemocí. Tyto změny ve vztěhu přivádějí k velkým změnám v životě klienta. Po ztrátě dosavadního života si pacienti kladou otázky o smyslu života. Mnohdy při výrobě produktů dochází k reflexi. Terapie v těmto probíhá individuálně. Arteterapie podporuje sebevědomí a samostatnost. Tvrdí

proces má pozitivní vliv na duševní stav klienta a podporuje obnovení somatických i psychických funkcí (11).

### ***Muzikoterapie***

Hudba je v našem životě neustále přítomná. Posloucháme ji rádi a navozuje nám příjemné pocity. Slouží k aktivizaci, emocionálnímu vyrovnání, odpočinku, uvolnění apod. Muzikoterapie pomáhá navázat první kontakt s nemocným. Hudba pomáhá vytvořit příjemnou emocionální atmosféru a umožňuje nemocnému zprostředkovat kontakt s okolím. Muzikoterapie se doporučuje s ohledem na psychický stav nemocného (11).

### ***Logopedie***

Logopedická terapie je součástí rehabilitace. Logopedie je speciální pedagogická disciplína, která se snaží o terapii komunikačních funkcí. Předmětem zájmu jsou osoby s poruchou komunikace. Cílem je umožnění mezilidské komunikace a znovuoobnovení schopnosti komunikace. Logopedi se zabývají i léčbou poruch polykání (11, 25, 27).

Hlavní oblastí jsou facioorální terapie, terapie poruch komunikace (dysartrie, dysfonie a afázie) a terapie poruch polykání. Facioorální terapii vyvolává logopedie i ergoterapie. Problémy způsobené poruchami facioorální oblasti jsou: abnormální tonus mimického svalstva, dochází k omezení mimiky, omezení pohybu jazyka, nemocný není schopen ústa aktivně otevřít, nemocnému se obtížnějí a pije, nemocný má problémy s artikulací aj. Mobilizace krční páteře patří k prvním krokům facioorální terapie. Dalším bodem je aktivace mimických svalů. Dleňtá je také terapie ústní dutiny, která zahrnuje masáže dásní, mobilizaci jazyka pasivním pohybováním, pasivní pohyby tváře aj. Terapie poruch komunikace a poruchy řeči jsou u nemocných s poruchami CNS velmi časté. Nemožnost komunikace znamená snížení kvality života a ztrátu kontaktu. Cílem je umožnit pacientovi komunikovat (11).

Terapie poruch polykání je poměrně úspěšná, převážná část pacientů se naučí potravu opět přijímat. Podmínkou přijímání potravy je aktivní držení hlavy, možnost odkašlání, pravidelné polykání slin a jasné vdomí. Nejčastěji logopedické diagnózy jsou dysartrie, orofaryngeální apraxie, koktavost, breptavost, afázie a dysfagie. Dysartrie je motorická porucha řeči, její příčinou je porušená výslovnost, terapie se provádí různými artikulačními a fonetickými cvičeními a dechovými cvičeními. Orofaryngeální apraxie je porucha orofaryngeálních prvků programování hlásek a slabik. Koktavost je porucha plynulosti projevu. Projevuje se zadržováním a opakováním. Koktavost bývá příznakem neurologické poruchy. Breptavost se projevuje rychlým tempem řeči s tendencí ke zrychlování během krátkého projevu. Je neplynulá. Afázie je ztráta nebo porucha rozvinutých schopností. Často se vyskytuje současně s alexií (částečná nebo úplná ztráta schopnosti rozumět psané řeči), agrafií (porucha nebo ztráta schopnosti psát), akalkulií (porucha nebo ztráta schopnosti početných operací). Další poruchou je porucha polykání (dysfagie) a dysfonie (porucha hlasu) (12, 25, 27).

### ***Neuropsychologie***

Neuropsychologie se zabývá terapií a diagnostikou různých poruch, například poruchy pozornosti, paměti, vnímání, inteligence, afektivity, chování i emocionality. Cíl terapie je vždy stanoven dle potřeb pacienta. Neuropsychologická terapie je součástí interdisciplinární spolupráce. Spolupracuje především s obory jako je logopedie, fyzioterapie a ergoterapie. Důležitá je spolupráce neurolog, neuropsycholog a neurooftalmolog. Cíle terapie jsou navrácení kognitivních funkcí, podpora duševního vyrovnání a kompenzace poruch. Tréninky by měly probíhat pravidelně a v příjemné atmosféře. K terapii lze využít počítačové programy, didaktické pomůcky, hry nebo hlavolamy. Nejčastěji neuropsychologické poruchy, které vznikly z důvodu poškození CNS, postihují tyto oblasti: paměť, motivace, orientace, agresivita, deprese, sociální chování, myšlení, poruchy řeči, koncentrace, pozornost atd. Součástí neuropsychologie je i psychoterapie. Psychoterapie je zvládání a řešení psychických problémů psychologickými prostředky (9, 11, 27).



## ***1. 8. 2 Sociální prostředky rehabilitace***

Sociální rehabilitace znamená obnovení sociálních vztahů a praktických dovedností a schopností. Cílem je materiální zabezpečení osoby s postižením, jeho integrace do společnosti, resocializace, zajištění sociálních služeb, úpravy místních podmínek. Úkolem rehabilitace je, aby člověk s postižením byl schopen přijmout svoji nemoc, poruchu, postižení nebo znevýhodnění a aby byl schopen se integrovat do společnosti. Člověk by se měl naučit žít se svým znevýhodněním. Sociální rehabilitace je především zaměřena na podporu fungování člověka v běžném životě. Jedná se například o zabezpečení ekonomických a hmotných podmínek, poskytování asistenčních služeb, zajištění úprav auta nebo bytu, nácvik pohybu v prostorem. To vše probíhá ve formě socioterapie. Socioterapie je soubor opatření, které slouží k pozitivnímu ovlivnění stavu a situace osob, které jsou rizikové nebo se ocitly v sociální nouzi. Socioterapie směřuje k integraci a sociální rehabilitaci (5, 14, 15).

Osoby se zdravotním postižením by měly být chápány jako součást společnosti. Rodina je základní společenskou jednotkou, proto je v rámci sociální rehabilitace kladen velký důraz na rodinu a vztahy v rodině. V sociální rehabilitaci jsou důležité rovněž přínosy, jde o kompenzaci znevýhodnění, které postižený pocítuje ve srovnání se zdravou populací. Jedná se především o finanční prostředky osobám se zdravotním postižením (27).

## ***1. 8. 2 Sociální služby***

Dědičky zdravotního postižení jsou kompenzovány sociálními službami a penzijními příspěvky. Ekonomické podmínky jsou zabezpečovány formou invalidního důchodu a finančních příspěvků. Sociální služby jsou nejvýznamnějším příspěvkem v rámci sociální rehabilitace (15).

Osoby se zdravotním postižením mají nárok na tyto dávky: Jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na pořízení motorového vozidla a na jeho opravu,

úpravu a jeho provoz, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a příspěvek na úhradu za užívání garáže. Všechny tyto příspěvky jsou podrobněji popsány ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. (28).

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách mají osoby se zdravotním postižením nárok na příspěvek na péči, pokud splní stanovené podmínky. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zákon vymezuje služby sociální péče jako pomoc osobám s těžkou fyzickou a psychickou soběstačností, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života a v případě, kdy to není možné, zajistit jim dlouhodobé zacházení a prostředí. Mezi služby sociální péče patří: osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, tělovýchovná péče, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (30).

### ***1. 8. 3 Pedagogické prostředí rehabilitace***

Pedagogická rehabilitace je určena pro osoby, které vzhledem k jejich zdravotnímu postižení nemohou dosáhnout úroveň vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Cílem je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání u osob se zdravotním postižením. Oblast, která může být rozvíjena existuje u každého člověka. Usiluje o samostatnost, soběstačnost a aktivní zapojení do obvyklých aktivit společenského života. Využití volného času a zájmové činnosti jsou součástí pedagogické rehabilitace, směřují k aktivnímu a pozitivnímu způsobu života (27).

### ***1. 8. 4 Pracovní prostředí rehabilitace***

Pracovní rehabilitace je zapojení člověka do práce. Jedná se o snahu uplatnit zdravotně postižené osoby v pracovní činnosti. Podstatné je zjistit klientovy schopnosti a jeho motivaci. Součástí pracovní rehabilitace je trénink pracovních schopností, hledání

vhodného zaměstnání a podpora v setrvání v zaměstnání. Další součástí je pracovní terapie, která se využívá u pacientů s psychiatrickými nemocemi, s tělesným nebo mentálním handicapem. Cílem je smysluplné vyplnění volného času nebo trénink pracovních dovedností. Na pracovní rehabilitaci se podílí pracovníci úřadu práce, posudkový lékař, zaměstnavatelé i ergonomové (14, 27).

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem bakalářské práce je zjistit a porovnat možnosti návratu do obvyklého způsobu života u vybraných skupin obyvatelstva po cévní mozkové příhodě. Rozhovor probíhal s osobami, které prodělaly infarkt myokardu. Rozhovory jsem zpracovala formou případových studií a kazuistik.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotézy nejsou stanoveny. Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum budou hypotézy stanoveny v diskuzi.

## **3 METODIKA**

### ***3.1 Kvalitativní výzkum***

Cílem kvalitativního výzkumu je popis zvláštností jednotlivých případů, vytvoření hypotéz a porozumění. Jeho cílem je porozumění lidem v sociálních situacích. Neexistuje obecně uznávaný způsob, jak dělat kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum vyvolává formy v deskriptivních metod, studium jednotlivých případů, různé formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Plán výzkumu by měl být pružný. To znamená, že plán výzkumu se rozvíjí, mění a přizpůsobuje dle okolností (2, 4).

Kazuistika je tzv. případová studie. Případová studie je detailní zkoumání několika málo případů nebo jednoho případu. Jde o zachycení a popis vztahů v jejich souvislosti. Data pro případovou studii mohou být získána rozhovory, pozorováním nebo dokumenty (4).

Informace potřebné k případovým studiím jsem získala z rozhovorů s osobami, které prodaly cévní mozkovou příhodu a jejich pozorováním.

### ***3.2 Charakteristika daného souboru***

Výzkum probíhal v období od února do dubna roku 2011. Hovořila jsem celkem s 10 osobami. Mezi dotazovanými bylo 5 žen ve věku 33 až 76 let a 5 mužů ve věku 50 až 57 let. Všichni respondenti s rozhovorem souhlasili. Délka rozhovoru trvala průměrně 30 minut.

### ***3.3 Práce se získanými daty***

Získaná data jsem zpracovávala formou případových studií. Každá je dle požadavků, v jakém jsem s respondenty hovořila. Veškeré informace jsem získala pouze od respondentů, případně od příbuzných. K rozhovoru jsem měla připraveno 18 otázek.

Respondenti měli volný prostor pro vyjádření, případně jsem jim pokládala doplňující otázky.

## 4 VÝSLEDKY

Výsledky jsou zpracovány formou případových studií. Údaje byly získány výzkumem. Ve výsledcích jsou uvedeny informace, které mi respondenti sdělili v rozhovorech.

### 4.1 P *případová studie paní P*

pohlaví: žena

vek: 76 let

diagnóza: Ischemická cévní mozková příhoda

Rozhovor s paní P jsem dělala v Domově pro seniory, kde momentálně bydlí. Byl přítomen její syn. Paní P je 76 let. První cévní mozkovou příhodu prodělala před dvěma a půl lety. Přediktem žila sama v domácnosti. Byla zcela soběstačná a netrpěla žádnými vážnými onemocněními. V rozhovoru s paní P mi velmi pomohl její syn. Občas jsem totiž nerozuměla, co mi paní P chce sdělit. Momentálně pobírá předpis na péči 3. stupně. Má dvě děti, syna a dceru. Oba bydlí v její blízkosti a jak sama uvedla, velmi jí pomáhají. Paní P v mládí kouřila, dnes již 30 let abstinuje. V minulosti vykonávala fyzicky náročné práce. Pracovala v lese, v cihelně, v prádelně nebo jako pokojská. Paní P má nádvahu. Když byla doma, sama si vařila, stravovala se dle jejího názoru špičkově. Alkohol pije pouze sporadicky, především na rodinných sešlostech. O cévní mozkové příhodě nemá žádné informace. Nikdo z jejích příbuzných CMP neprodělal. Nevyužila služeb žádné organizace. V lázních ani rehabilitacím zažité nikdy nebyla.

První iktus prodělala v nemocnici. Předtím byla hospitalizována pro zápal plic na interním oddělení. Ischemickou cévní mozkovou příhodu prodělala v noci, zdravotnický personál to zjistil druhý den ráno. Nebyla převezena na neurologické oddělení a zůstala hospitalizovaná na interním oddělení. Podle rodiny zdravotnický personál zanedbal péči. Paní P uvedla, že u ní večer, nešla spát, jí bolela hlava a necítila

se dobře. Zdravotnickému personálu nic neekla. Myslela si, že tyto pocity odezní. Potom ufl si nic nepamatuje. Vzpomíná si afl na ráno, kdy se vzbudila, nemohla mluvit, hýbat se a byla zmatená.

Po prvním iktu se stav paní P velmi zhor-il. V prvních týdnech v bec nemluvila. Následn 2 m síce mluvila pouze n mecky. To byl velký problém pro rodinu, i zdravotnický personál. Paní P velmi stresovalo to, že se s nikým nemohla domluvit. N mecky mluvila proto, že v d tství v N mecku vyr stala a do svých 10 let neum la esky. Paní P byla zpo átku nepohyblivá, zmatená, své p íbuzné nepoznávala, p edev-ím syna. T i týdný strávila na neurologické odd lení a t i týdny na l ílkách následné pé e. Poté byla p eloflena do lé ebny dlouhodob nemocných. Po roce v lé ebn dlouhodob nemocných prod lala druhou cévní mozkovou p íhodu. Ihned ji rychlá záchranná sluffba p evezla do nemocnice. Na neurologickém odd lení strávila 14 dní, poté ji p eloflili zp t do lé ebny dlouhodob nemocných. Stav paní P se po druhém iktu nijak zvlá- nezhor-il. Syn uvedl, že b hem m síce se vrátila do stavu p ed druhým iktem.

Rodina nebyla spokojena s tím jak pé e v LDN probíhala. Paní P v lé ebn neposkytly fládnou rehabiulitaci. Nem la mofnost vyuffít sluffeb logopeda, fyzioterapeuta, ergoterapeuta ani jiných sloflek ucelené rehabilitace. Paní P uvedla, že se jí v LDN nelíbilo, celý den lefla v pyflamu v posteli. Proto se rodina, po společ né domluv , rozhodla p emístit ji do Domova pro seniory.

Momentáln je paní P v Domov pro seniory, její stav se zde zlep-il. Pravideln kaflký týden za ní dochází rehabilita ní sestra se kterou cvi í. Zpo átku se u íla vstávat z postele, dnes ufl zvládá s dopomocí ch zi po schodech nebo si sama dojde na toaletu. Jednou týdn jí personál doprovodí na zpívání a hru na kytaru. Denn ji pomáhají s oblékáním a hygienou. Krátké vzdálenosti chodí o h lce. Na del-í vzdálenost vyuffívá vozík.

S rehabilitací velmi pomohla rodina. Stále za ní denn dochází syn nebo dcera. V po átcích s dcerou denn cvi íla a rehabilitovala. Rodina domluvila lé ebnou rehabilitaci ve zdej-ím rehabilita ním centru. Kam docházela 3x týdn . Paní P uvedla, že jí to velmi pomohlo, nau íla se lépe chodit, zjistila, jak si m fl s pé í o sebe samu



vypomoci. Do rehabilitačního centra docházela asi 2 měsíce. Vzhledem k tomu, že si paní P stěžovala na bolesti zad, rodina zajistila službu, která ji chodí jednou týdně masírovat. K logopedovi nikdy nedocházela. S komunikací má občas problémy, někdy delší trvá, než najde správná slova. V tichou se ale bez komplikací domluví.

Paní P zpočátku neměla chuť do života. Velmi ji pomáhá, že ji rodina pravidelně navštěvuje a bere na vycházky. Těší se na hezké počasí, protože ji syn vezme na zahradu a tráví celý den s rodinou. Velkou zálibu měla ve čtení knih, občas sleduje televizi, nebo poslouchá radio. Rozhodně se prý nenudí.

Paní P se už neschází se svými přáteli, se kterými se scházela před prvním ústředím. Uvádí ale, že jí to nevádí, v Domově pro seniory si našla nové přátele. Pořádají tu mnoho aktivit. Jako například již zmíněné zpívání a hra na kytaru kde se pravidelně jednou týdně scházejí. Dále jednou týdně posezení u kávy, v létě pořádají zábavné odpoledne na zahradě, jednou týdně chodí do společenské místnosti pracovníci domova předčítat z knihy. Jednou týdně za paní P docházejí dobrovolníci z Charity, se kterými si ráda povídá, vzhledem k tomu, že je v ústředí. Jednou týdně do domova přichází paní s mamaty a včelnicí si je mohou pochovat. Na to se těší, protože má zvířata ráda. Každé ráno se mohou zúčastnit cvičení ve společenské místnosti. Paní P se pravidelně zapojuje do všech těchto aktivit zapojuje. V létě Domov pro seniory pořádá výlety do okolí, do přírody nebo za kulturou.

Paní P je momentálně spokojená. V domově pro seniory se jí líbí. Má vlastní pokoj a v něm, vše co potřebuje. Uvedla, že doma už by vše nezvládala jako dříve a takhle je to, podle jejího názoru, lepší. V pokoji má televizi, rádio, vlastní obrazy, fotografie rodiny a knihy. Když potřebuje s někým pomoci, nebo odvézt k lékaři, pracovníci domova jí pomohou. Je to tak pro ni o mnoho snadnější.

## **4. 2 P ípadová studie paní B**

pohlaví: žena

v k: 72

diagnóza: Ischemická cévní mozková p íhoda s levostrannou hemiparezou

Paní B je 72 let. V 70 letech prod lala ischemickou cévní mozkovou p íhodu s levostrannou hemiparezou. D íve žila v domácnosti s manželem. Byla sob sta ná, sama uklízela, va ila a starala se o domácnost. Uvedla, že p ed mrtvicí byla lé ena na vysoký krevní tlak. Od 20 let kou ila, p estala afl p ed n kolika lety. Informace o cévní mozkové p íhod nem la. Nev d la nic o pr b hu ani rizikových faktorech. Po prod laném iktu byla paní B diagnostikována epilepsie, která vznikla jako následek. Celý život pracovala jako učitelka na gymnáziu. N kolik let vykonávala funkci editelky gymnázia. Pedagogické innosti se v novala i v d chodovém v ku p ed mozkovou p íhodou. Po profité CMP se ufl k práci nevrátila. V rodin se diagnóza cévní mozková p íhoda nikdy nevyskytla.

Paní B si pr b h cévní mozkové p íhody nepamatuje. Vzpomíná si jen na to, že se jí zamotala hlava a cítila, že nem že pohnout koutkem úst, dál ufl si na nic nevzpomíná. Probudila se v nemocnici na odd lení jednotky intenzivní pé e. Uvádí, že byla velmi zmatená, v-ude kolem ní špíaly r zné p ístroje a nev d la, co se stalo. Afl pozd ji se od rodiny dozv d la, že doma omdlela. P íbuzní zavolali rychlou záchrannou službu a ta ji ihned dopravila do nemocnice. V nemocnici na odd lení JIP ležela n kolik dní. Následn strávila dva týdny na neurologickém odd lení a asi t i týdny na l íkách následné pé e. Poté byla na t i m síce p eložena do lé ebny dlouhodob nemocných.

Po prod laném iktu nem la žádné problémy s mluvením. Rodinu poznávala a v-emu rozum la. Uvádí, že jediný potíže m la s ch zí. Zpo átku nebyla schopna ani se posadit, nebo se sama najíst. Vzhledem k tomu, že její dcera je fyzioterapeutka, ihned společ n zaaly s lé ebnou rehabilitací. Zkraje se u ila posadit, pozd ji chvíli stát. Následovala ch ze s chodítkem, po n kolika týdnech i ch ze s francouzskými berlími. Když zvládala ch zí o francouzských berlích začala se u it ch zí po schodech. Po

n kolika měsících se naučila chodit i bez pomoci berlí. Dnes jí ch ze nedělá problém, pouze na delší vzdálenosti si bere hůlku. To prý jen pro jistotu.

Poté, co se vrátila z LDN, několik týdnů docházela do rehabilitačního centra. Spříbuznými dosud chodí jednou týdně plavat do bazénů. Vždy v doprovodu někoho z rodiny. Uvádí, že plavání v bazénu jí velmi pomohlo, cítí se teď v lepší kondici a má vyšší sebevědomí. Chodit plavat do bazénu napadlo její dceru. Zpočátku se jí nechtělo, dnes je ráda.

Paní B donedávna bydlela v domácnosti se svým manželem. Ten je v současnosti hospitalizovaný z důvodu parkinsonovy choroby. Momentálně se o chod domácnosti stará sama. Uvedla, že rodina jí velmi pomáhá. Minimálně jednou týdně přijde paní na úklid a jednou týdně přijde někdo z rodiny a vezme ji na nákup. Drobné nákupy si obstarává sama. K lékaři chodí sama nebo v doprovodu rodiny.

Okruh jejích přátel se nijak nezměnil. Schází se stále se stejnými lidmi jako před cévní mozkovou příhodou. Někteří z nich také iktus prodělali a tak si mohou vyměňovat zkušenosti. Paní B se ráda dívá na filmy, občas jde s rodinou do divadla. Vzhledem k tomu, že celý život pracovala v pedagogické praxi jako učitelka českého jazyka a literatury, stále si ráda doplňuje nové informace. Ráda čte knihy i časopisy. Je členkou literárního klubu.

Paní B momentálně velmi znepokojuje budoucnost. Manžel je v nemocnici a ona si není jistá, zda bude schopna se o něj starat ať se vrátí. Spoléhá na rodinu. Uvedla, že mají s manželem 5 dětí, v rodině jsou dobré vztahy a vzájemně si pomáhají a podporují se.

### **4. 3 P ípadová studie pan P**

pohlaví: muž

věk: 52 let

diagnóza: Ischemická cévní mozková příhoda, pravostranná hemiparéza

Panu P je 52 let. První cévní mozkovou příhodu prodělal v 31 letech, druhou ve 43 letech. Oba útoky byly ischemické. Nikdo z příbuzných toto onemocnění neprodělal. Informace o CMP nemá, nevěděl, jak se projevuje, ani jaké má následky. Služeb organizací pracujících s osobami s touto diagnózou nevyužil. Celý život pracoval jako elektrikář v různých zaměstnáních. Uvedl, že je to práce fyzicky náročná a stresující. Je léčen na vysoký krevní tlak. Pan P nyní nekouří. Pěstal po první prodělané mozkové příhodě, protože mu bylo lékářem sděleno, že nikotinismus zvyšuje riziko vzniku dalšího útku.

že není nic v pořádku, si všiml, když šel na běžný nákup a uvědomil si, že neví co má koupit. Našel tedy seznam. Nedokázal si vzpomenout kde má potraviny hledat. Byl zmatený a necítil se dobře. Vrátil se domů bez nákupu a šel si odpočinout. Najednou zjistil, že nemůže hýbat pravými končetinami. Měl strach co se s ním děje.

Její manželce jak se cítí a ta ihned zavolala rychlou záchrannou službu. Do nemocnice byl dopraven několik hodin od projevení prvních příznaků. Dva týdny strávil na neurologickém oddělení, následně jeden měsíc na lůžkách následné péče. Z nemocnice byl převezen do rehabilitačního ústavu.

S cvičením začal na neurologickém oddělení, kam za ním denně přicházeli fyzioterapeuti. S tréninkem chůze a samoobsluhy pokračoval i na lůžkách následné péče. V rehabilitačním ústavu byl trénink intenzivnější a častější. Měl vypracovaný program rehabilitace. Pravidelně cvičil s fyzioterapeuty, chodil do bazénů nebo posilovny. Pracoval také s ergoterapeuty, kteří mu pomohli především v nácviku denních činností. V rehabilitačním ústavu strávil tři měsíce. Uvedl, že mu tento pobyt nejvíce pomohl k návratu do běžného života.

Několik měsíců po první cévní mozkové příhodě měl menší záchvat. V

nemocnici mu následně diagnostikovali epilepsii. Bylo mu sděleno, že je to následek mrtvice. Lékaři ho informovali, jakou léčbu by měl, vzhledem k epilepsii dodržovat. Musí dodržovat především režimová opatření a pravidelně užívat léky. Uvedl, že vše plní a pravidelně navštěvuje svého neurologa.

Druhou cévní mozkovou příhodou prodělal když byl sám na zahradě. Nejprve měl potíže s pravými končetinami, které mu brnily a následně upadl na zem. Postavit se už nedokázal. Proto čekal, ať někdo přijde a zavolá rychlou záchrannou službu. Pana P si všimla sousedka, která RZS přivolala. Nevzpomíná si, jak dlouho ležel a čekal na pomoc. V nemocnici byl dva týdny hospitalizován na neurologickém oddělení, následně jeden měsíc na lůžkách následné péče. V nemocnici probíhala léčebná rehabilitace s fyzioterapeuty. Poté co byl schopen částečně sebeobsluhy a po domluvě s rodinou byl propuštěn domů. Tam za ním pravidelně dojížděla fyzioterapeutka. Po druhé CMP měl problémy s řečí, proto několikrát týdně docházel na logopedii.

Po první cévní mozkové příhodě vykonával své povolání elektrikáře. Po druhém infarktu už zaměstnán nebyl. Momentálně pobírá invalidní důchod. Pan P se pohybuje s pomocí hole. Bývá brzy unavený, má problémy s pravými končetinami. Když je unavený, má potíže s řečí a třeba se mu vyslovuje. Uvedl, že už pracovat nechce, vzhledem k epilepsii. Po prvním infarktu epileptické záchvaty nebyly časté, po druhé mozkové příhodě jsou epileptické záchvaty častější.

#### ***4. 4 P ípadová studie pan U***

pohlaví: muž

v k: 50 let

diagnoza: Subarachnoidální krvácení

Pan U je 50 let starý. Subarachnoidální krvácení prodal před jedenácti leti, tedy v 39 letech. Nikdo z rodiny žádný typ cévní mozkové příhody neprodal. Informace o CMP nemá, nevídá, co je to za onemocnění, ani jak se projevuje a jaké má následky. Přediktem živil rodinu. Mladé děti, které studovaly. Pan U kouřil a krabiku cigaret denně. Po narození prvního dítěte se stal. Ne kouření tedy asi 20 let. Přediktem byl léčen na vysoký krevní tlak, má vysoký cholesterol a astma bronchiale. Momentálně má hraniční hodnoty glukózy, hrozí mu tedy diabetes mellitus. Nikdy nevyužil služeb organizací pracujících s lidmi po CMP, ani o těchto organizacích nevídá. Pan U měl vždy sedavé a fyzicky náročné zaměstnání. Pracoval jako technik v dopravním podniku a později jako ekonom. K oběma těmto zaměstnáním pracoval navíc jako řidič MHD. Jak sám uvedl, bylo to fyzicky velmi náročné.

Při cestě do práce ho zastihla prudká nesnesitelná bolest hlavy, která neustávala a nedala se vydržet. Vzhledem k tomu, šel autobusem do práce a byl kousek od nemocnice, vystoupil a došel si do nemocnice sám. Při chůzi pociťoval, že se motá, cítil se jako opilý. Jiné příznaky nezpozoroval. V nemocnici zůstal hospitalizován na neurologickém oddělení. Po celou dobu byl pít v domě. Jen v prvních hodinách se cítil zmatený. Pamatuje si, že se vůbec nesměl hýbat. Na neurologickém oddělení strávil tři týdny. Následně byl na tři měsíce přeložen na lůžko následné péče.

Pan U uvedl, že v prvních týdnech pouze ležel a nemohl se moc hýbat. Bylo pro něj těžké, aby to dodržel. Následně za ním začala chodit fyzioterapeutka a společně cvičili. Nejprve trénovali pohyb po pokoji, potom po chodbě a nakonec po schodech. V tréninku pokračovali na lůžkách následné péče. Zkraje chodil s pomocí holek, při odchodu z nemocnice ji už nepotřeboval. Šel si neměl problém. Logopedickou péči nepotřeboval. Rodina za ním pravidelně docházela. Věchny poznával a trávil se doma.

V dle je potřeba, aby měl co nejdříve do práce. Dříve studovaly a manželka nebyla schopna domácnost finančně zajistit sama. Domem byl propuštěn, když byl schopen se samostatně pohybovat. Zafádal si o invalidní důchod, který mu byl následně přiznán. Několik měsíců strávil doma, pobíral invalidní důchod a docházel na léčebnou rehabilitaci do rehabilitačního centra. Poté si našel práci na zkrácený úvazek. Momentálně pracuje u obchodní firmy na zkrácený úvazek a k tomu pobírá invalidní důchod. Tato práce není tak fyzicky náročná, ale často je ve stresu.

Dodnes trpí silnými bolestmi hlavy, na které užívá analgetika. Dle lékaře se s tím nedá nic dělat. Pan U má zakázáno se rozčilovat, namáhat se a stresovat se. Což, jak uvedl, jde velmi těžko. Snahou je dodržovat režim a nijak se nepečínat. Částečně změnil i své stravovací návyky. Změnil jíst více zeleniny a ovoce, alkohol pije spíše vyjmečně a snaží se omezovat v konzumaci tučných jídel. Často pije kávu, to se ale také snaží omezit.

Pan U nemá pocit, že by se jeho život po prodělaném infarktu nějak výrazně změnil. Pouze má občas bolesti hlavy, ale jiné následky na sobě nepozoruje. Bydlí v rodinném domku, který postavil po prodělaném subarachnoidálním krvácení. Pracuje a je spokojený. Jeho dříve měli vnoučata, o které se rád stará. S manželkou si berou vnoučata na víkendy domů. Má několik přátel, se kterými se pravidelně stýká. Okruh jeho přátel se změnil. Několik jeho známých také prodělal infarkt, který z typické cévní mozkové příhody a tak se s nimi může podílit o zkušenosti.

#### **4. 5 P ípadová studie paní J**

pohlaví: žena

v k: 33 let

diagnoza: Ischemická cévní mozková p íhoda, pravostranná hemipareza

Paní J je 33 let. Ischemickou cévní mozkovou p íhodu prod lala ve 25 letech. V rodin ěktus nikdo neprofil. řádné informace o tomto onemocn ění nem ěla, nev ěd ěla, jak se projevuje, ani jaké má následky. Nevyuffila slufeb řádné z organizací pracujících s osobami, které prod laly cévní mozkovou p íhodu. Nebyla lé ěna na jiná onemocn ění. Nikdy nekou ěla, alkohol pila p ílefitostn ě. V dob ě, kdy prod lala CMP, bydlela ve spole ěné domácnosti s p ítelem. P ěd ěkem pracovala jako prodava ka v obchod ě s potravinami. Tato práce byla n kdy velmi fyzicky náro ná. Sou asn ě se zam stnáním ve ern ě studovala st ední ěkolu v ekonomickém oboru. Uvedla, ře to bylo hektické období a v n kterých dnech spala pouhých pár hodin. ěsto byla ve stresu, denn ě vypila 3 kávy, stravovala se spí- ě ve sp ěchu. Pravideln ě n kolik let uffvala antikoncep ění pilulky.

Kdyřl paní J zastihly první potíře, byla v práci. Nejprve ěpatn ě vid ěla na pravé oko a necítila se dob ě. Po chvíli nep íjemnosti p ě-ly a tak z ěstala v práci. Po pracovní dob ě-la dom ě. Tam se potíře op ět vrátily. Uvedla, ře se jí řklepaly ě kon etiny a nemohla jimi hýbat. Cítila se zmatená a nevid ěla na pravé oko. Nechápala, co se d ěje. Doma byla sama, proto ěkala, ařl n kdo p íjde. Kdyřl dom ě dorazil p ítel, zavolal rychlou záchrannou slufbu. Do nemocnice se dostala ařl po n kolika hodinách od prvních p íznak ě. Podstoupila ědu vy- ět ění ale nikdo jí p řy nevysv tľil, co se d ěje.

V nemocnici byla hospitalizovaná dva t ědny na neurologickém odd ělení. Po celou dobu cvi ěla s fyzioterapeutkou. Trénovala sebeobsluhu a ch ězi. Zpo átku se nemohla posadit, provést si osobní hygienu, ani se samostatn ě najíst. M ěla problémy p ědev- ěm s hybností pravé horní kon etiny. Tento stav trval pouze n kolik dní. V- ěchny tyto ěinnosti natrénovala s fyzioterapeuty. S mluvením potíře nem ěla. Po 14 dnech byla propu- ět na dom ě. V den, kdy odcházela z nemocnice, se dokázala sama o



sebe postarat. Sebeobsluhu zvládala bez větších potíží. Měla také problémy s chůzí. Na lůžkách následné péče hospitalizována nebyla. Na rehabilitaci nikdy nedocházela, v rehabilitačním ústavu nebyla.

Po návratu byla několik týdnů v pracovní neschopnosti. Následně zažádala o invalidní důchod. Ten jí byl také neuznán. Vzhledem k tomu, že pobírala také nový invalidní důchod nastoupila do zaměstnání na zkrácený úvazek. V zápatí byla propuštěna, z důvodu nadbytečnosti. Paní J si myslí, že pravým důvodem propuštění byly její časté návštěvy u lékaře. Od té doby už zaměstnána nebyla. Je evidována na úřadu práce. Stejně tak po prodělaném infarktu nedokončila. Pravidelně navštěvuje svého neurologa. Dále dochází na odběry krve a kontroly na oddělení hematologie, kvůli poruše srážlivosti.

Paní J má dodnes myokonus, což jsou mimovolní pohyby končetin. Tyto pohyby má na pravých končetinách. Jiné následky na sobě nepozoruje. Po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě bylo zjištěno, že má poruchu srážlivosti. Ta byla při jiné příhodě.

V době rozhovoru byla paní J v pokročilém stádiu těhotenství. Porod bude probíhat císařským řezem. Světle těhotenství konzultovala s ošetřujícími lékaři. Po celou dobu je pečlivě kontrolována svým neurologem i gynekologem. Kvůli rizikovému těhotenství bude hospitalizována už několik dní před porodem.

Paní J asi 7 týdnů po našem rozhovoru porodila zdravou holčičku. Porod proběhl bez větších potíží. Paní J i dcera jsou v pořádku.

#### **4. 6 P ípadová studie paní M**

pohlaví: žena

v k: 60 let

diagnóza: Hemoragická cévní mozková p íhoda, levostranná hemiplegie

Paní M je 60 let. Hemoragickou cévní mozkovou p íhodu prod lala v 56 letech. O CMP m la informace od své maminky, která iktus také prod lala. P íblifn v d la, jak se nemoc projevuje a jaké mívá následky. Pamatovala si, že její maminka se po mrtvici dlouhou dobu nemohla pohybovat. Paní M žije sama v domácnosti v ínflovním dom . Je rozvedená a má dv dcery. Jedna z dcer bydlí ve stejném dom . Kou í asi 15 cigaret denn , alkohol pije p íleflitostn a kávu denn . P ed íktem byla lé ena na vysoký krevní tlak, dále jí léka i diagnostikovali diabetes mellitus 2. typu. Diabetes mellitus má paní M kompenzovaný, dodrfluje lé bu i dietu, kterou jí doporu il léka . Sluflieb organizací v nujících se osobám, které prod laly cévní mozkovou p íhodu, nikdy nevyuflila, ani o nich nev d la. V t-ínu flivota m la sedavé zam stnání. Pracovala jako ú etní ve firm . Uvedla, že to nebylo moc fyzicky náro né zam stnání, ale ásto bývala ve stresu.

Paní M byla nalezena ve ve erních hodinách doma dcerou. Leflela na zemi, pomoená, pokálená, zmatená, dezorientovaná a dehydratovaná. Dceru v bec nepoznávala, nev d la, co se d je. Sama dcera maminku nepoznávala, v obli eji vypadala jinak, nefl p ede-lý den, kdy se vid ly naposledy. Paní M se nedokázala zvednout, ani kdyfl se jí dcera snaflila pomoci. V bec se nemohla postavit na nohu ani op ít o ruku. Dcera tedy zavolala rychlou záchrannou sluflbu. Ta jí p evezla do nemocnice. Byla hospitalizována na jednotce intenzivní pé e. Poté p eloflena na dva týdny na neurologické odd lení. Následn strávila dva m síce v lé ebn dlouhodob nemocných.

Potom, co byla paní M p eloflena na neurologické odd lení, rozpomn la se, že v den, kdy ji na-la dcera lefllet doma na zemi, cht la ráno vstát a jít do práce. Kdyfl se zvedla z postele zamotala se jí hlava, m la rozmazané vid ní, pocit že jí brní kon etiny

a následně upadla na zem. Nevěděla, jak dlouho doma ležela. Probudila se, a když u ní stála dcera, kterou nepoznávala a nechápala, co se děje.

Na neurologickém oddělení za paní M začaly docházet fyzioterapeuti. Dvakrát denně, jednou ráno a jednou v podvečer cvičila. Zpočátku byla upoutána na lůžko. Hygienu jí prováděly zdravotní sestry, nebyla schopna se samostatně umýt ani najíst. To vše ji stresovalo, měla strach, že zůstane upoutána na lůžko. Proto se velmi snažila a cvičila i sama. Zkrajem měla pocit, že její snaha je zbytečná, stále neviděla žádné pokroky. Dle jejích slov se to najednou zlomilo a byla schopna se sama posadit a najíst se. Následně se mohla sama opláchnout u umyvadla, do koupelny ji bral zdravotnický personál na vozíku. Nadále trénovala chůzi s fyzioterapeutkami, nejprve s chodítkem po pokoji a následně i po chodbě. Když viděla, že dělá pokroky, dodalo jí to sílu pokračovat dál. Poté s mluvením měla pouze zpočátku, když se jí vyslovovalo. To trvalo jen několik týdnů, potom už mluvila bez problémů. K logopedovi nikdy nedocházela.

Z neurologického oddělení byla přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných, kde její rehabilitace pokračovala. Naučila se chodit s chodítkem, už nepotřebovala pomoc druhé osoby. Následně už zvládala samostatně se celá obléci do volnějšího oblečení, najíst se i provést si část osobní hygieny. Když to vše zvládla, mohla být propuštěna domů. Vzhledem k tomu, že jedna z dcer bydlí ve stejném domě, nemá strach. Dcera ji chodí několikrát denně kontrolovat. Dochází za ní také fyzioterapeutka z rehabilitačního centra a zdravotní sestra ze služby Home care. Zdravotní sestra pomáhá s celkovou hygienou, přípravou a podáváním léků. Úklid a velké nákupy zajišťuje dcera.

Dnes si paní M zvládne dojít sama nakoupit. Nedávno začala spolupracovat s firmou, kde dříve byla zaměstnána jako účetní. Když mají hodně práce, donesou jí materiály domů a ona je zpracuje. Je velmi ráda, že má tu možnost, vidí se se svými kolegy a má pocit, že je užitečná. Pravidelně se schází s přítelkyněmi. Vždy si u nich které doma uvaří, zahrají karty a popovídají o životě.

#### **4. 7 P ípadová studie pan T**

pohlaví: muž

věk: 57 let

diagnóza: Hemoragická cévní mozková příhoda, levostranná hemiparéza

Panu T je 57 let. Hemoragickou cévní mozkovou příhodou prodal v 50 letech. Informace o tomto onemocnění měl pouze minimální, jen to, co se dozvěděl například z televize nebo časopisů. Nikdo z rodiny infarkt neprodal. Služebnů které z organizací pracujících s lidmi po CMP nevyužil. Pouze ví, že dcery zjišťovaly informace prostřednictvím internetu. Pan T byl sportovní typ, aktivní lovek, který nikdy nekouřil. Alkohol pil pouzeležitostně na rodinných akcích nebo při posezení s přáteli. Stravoval se spíše racionálně. Má tři děti, dvě dcery a jednoho syna. Pracoval jako stavební technik. Jednalo se o fyzicky náročné a stresující zaměstnání. Před cévní mozkovou příhodou nebyl léčen na žádná onemocnění. Uvedl, že byl vždy zdravý, pravidelně chodil do sauny a cvičil.

V den, kdy prodal CMP se ráno probudil, šel si sednout k televizi a čekal až manželka připraví snídani. Náhle začal cítit, že mu není dobře a špatně vidí. Když přišla manželka, všimla si, že má povislý koutek a o ní víko. Začal blekotat a koktat, špatně vyslovoval a nebylo mu rozumět. Uvedl, že nerozuměl, co mu manželka říká. Manželka ihned zavolala rychlou záchrannou službu, ta ho převeztla do nemocnice. V nemocnici byl operován a následně hospitalizován dva týdny na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Po celou dobu ho udržovaly v umělém spánku. Po 14 dnech pana T na týden přeložili na oddělení jednotky intenzivní péče. Potom co se jeho stav stabilizoval, mohl být přeložen na neurologické oddělení, kde strávil dva týdny. Poté přeložen na lůžko následné péče a nakonec do rehabilitačního ústavu.

Pan T byl zpoátku upoután na lůžko zcela inkontinentní, nepohyblivý, nesobstavný a trpěl afázií. Jedná se o poruchu řeči. Lovek, který trpí afázií ztrácí schopnost používat nebo pochopit slova. Nebyl schopen se pohybovat, nemohl si říci o pomoc apod.

Panu T lékaři sdělili, že nikdy nebude moci chodit. Pan T, doufal, že se bude schopen se alespo trochu pohybovat. V nemocnici na neurologickém oddělení a následně na lůžkách následně péče denně cvičil s fyzioterapeuty. Zpočátku s ním cvičil pouze pasivně. Po několika týdnech se začal jeho stav pozvolna zlepšovat a následně byl přeložen do rehabilitačního ústavu. Tam se intenzita rehabilitace zvýšila a byla komplexnější. Také začal pravidelně docházet k logopedovi. Po několika týdnech intenzivního snažení se dostavily pokroky i v oblasti řeči. Pomalu vyslovoval slova a učil se komunikovat ve větách. V rehabilitačním ústavu strávil asi tři měsíce, domů ujel odjížděl na invalidním vozíku.

Rodina i přátelé ho pravidelně navštěvovali. Dokonce i do rehabilitačního ústavu, který byl daleko od domova, za ním jezdili. Dodávali mu tak sílu, snažit se dál. Nejvíce si váží péče v rehabilitačním ústavu. Velmi mu tam pomohli a podporovali jeho snažení.

Momentálně je pan T v domácí péči rodiny. Několikrát týdně za ním dochází fyzioterapeutka, denně přichází zdravotní sestra a pečovatelka. Tuto péči jim pomohl zajistit ošetřující lékař. Pravidelně dochází k logopedovi. Doma se jeho stav zlepšuje a cítí se lépe. Vzhledem k tomu, že ujel je schopen ovládat své vylučování, má i vyčíslené sebev domě. Pan T se samostatně pohybuje na invalidním vozíku. Chodí sám ven s psy nebo obstará menší nákup. Momentálně pobírá invalidní důchod. Přátelé za ním docházejí domů, s manželkou chodí na procházky. Rád by se jednou alespo po byt pohyboval za pomoci hole. Rozhovoru byla přítomna manželka pana T, vzhledem k tomu, že stále má problémy s výslovností.

#### **4. 8 P ípadová studie pan K**

pohlaví: muž

v k: 53 let

diagnóza: Hemoragická cévní mozková p íhoda, pravostranná hemipareza

Panu K je 53 let. Hemoragickou cévní mozkovou p íhodu prod lal p ed sedmi lety, tedy v 46 letech. V mládí kou il, p estal asi ve 30 letech. Celý íivot pracoval jako obchodní zástupce. Po letech se vypracoval na vysokou pozici ve firm . Pracoval celý den, n kdy i v noci a spal pouze n kolik hodin. Sou asn dálkov studoval vysokou školu. Má t i d ti, dva syny a jednu dceru. Nikdy nevyuffil slufleb fládné orgnizace pracující s lidmy po iktu. V rodin se diagnóza CMP nevyskytuje. Informace o projevech, rizikových faktorech nebo následcích nem l. Je lé en na vysoký krevní tlak.

Potífe se za aly projevovat asi m síc potom, co úsp –n dokon il studium na vysoké škole. Byl pátek ve er a pan K si cht l íst. Natáhl se pro knihu, ale ne–lo mu ji zvednout. Nemohl hýbat pravou rukou. Kdyfl se cht l postavit upadl na zem a zjistil, fle nem fle hýbat ani pravou nohou. Manflka ho na–la lefet na zemi, ihned zavolala rychlou záchrannou slufbu. V sanitce se mu ud lalo lépe, cítil se dob e. Myslel si, fle pouze dostane léky a bude propu–t n dom . V nemocnici podstoupil n kolik vy–et ení a bylo mu sd leno, fle prod lal slabou cévní mozkovou p íhodu a z stane hospitalizován na neurologickém odd lení.

Kdyfl se druhý den ráno vzbudil, cítil se –patn . Zjistil, fle nem fle hýbat pravými kon etinami. Vid l kruhy p ed o ima a tefce se mu vyslovovalo. Byl zmatený a nev del, co se d je. Od léka ky se dozv d l, fle prod lal dal–í cévní mozkovou p íhodu.

Na neurologickém odd lení byl hospitalizován dva týdny, následn p elofen na l flka následné pé e, kde z stal dva m síce. V první dnech byl upoután na l flko a odkázán na pomoc druhých. Bá se, fle ufl to tak z stane. Zdravotní pracovníci mu vysv tli, fle to tak není a fle cvi ením lze hodn zm nit. To mu dodalo sebev domí a za al se více snaflit p i cvi ení s fyzioterapeuty.

Po celou dobu hospitalizace cvičil s fyzioterapeuty. Zpočátku se u něj posadit, následně chvilky s berlí. Nejprve kolem postele, potom po pokoji a nakonec na chodbě. Uvedl, že u něj po několika dnech se začal jeho stav pozvolna zlepšovat. To ho navnadilo, aby ve cvičení dále pokračoval a snažil se. Pravidelně za ním docházela rodina, přátelé i kolegové, ti všichni ho podporovali.

Při odchodu z nemocnice byl spíše soběstačný, jen s těmi, v čem potřeboval pomoci. Například při celkové hygieně nebo při přípravě jídla. Potíže s mluvením neměl, ale s psaním a čtením ano. Nebyl schopen se podepsat, ani napsat jednoduchou větu. Rodina mu do nemocnice nosila noviny a společně četli.

Po návratu domů mu se všichni pomáhala rodina. Pohyboval se za pomoci hole. U něj se číst a psát. Zkraje opisoval jednoduchá písmena a slova. Několikrát týdně docházel na logopedii. Rodina s ním trénovala cvičení z afatického slovníku, který jim doporučil logoped. Později opisoval věty. Dnes to bez větších potíží, s psaním má trochu problémy. Raději píše na počítači.

Pan K se asi po roce vrátil na své bývalé místo do zaměstnání, kde pracoval před prodáváním. Pracuje v jiné pozici, není v době před CMP, má nyní více času na sebe a odpočinek. Uvedl, že si uvědomil, že cévní mozková příhoda byla následkem jeho pracovního vytížení a stresu. Snaží se změnit i své stravovací návyky a pravidelně chodí do posilovny. Okruh jeho přátel se nezměnil, stýká se stejnými lidmi i kolegy z práce.

#### ***4. 9 P ípadová studie pan V***

pohlaví: muž

věk: 55 let

diagnóza: Hemoragická cévní mozková příhoda

Panu V je 55 let. Hemoragickou cévní mozkovou příhodou prodal v 51 letech. Před incidentem žil v domácnosti se svou ženou. Má dvě děti, ty už jsou dospělé a mají rodiny. Také má dvě vnoučata. Pan V je kuřák. Už několik let je léčen na vysoký krevní tlak. Asi před osmi lety prodal infarkt myokardu. Uvedl, že byl jen slabý. O mozkové příhodě informace měl. Jeho strýc prodal infarkt a proto o nemoci něco věděl. Pamatuje si, že strýc měl následně problémy s pohyblivostí a špatně mluvil. Pan V pracoval v tisku jako skladník. K této práci se po několik letech vrátil. Dnes pracuje na zkrácený úvazek.

Cévní mozkovou příhodou prodal, když byl s manželkou na procházce. Uvádí, že šli do kopce, bylo léto a horko. Na vrcholu se mu zamotala hlava a upadl na zem. V první chvíli nevěděl co se stalo a chtěl se postavit. Najednou zjistil, že se nemůže zvednout, nemohl se ani opřít o ruku. Když chtěl promluvit na manželku, velmi špatně vyslovoval a ona nerozuměla, co jí chce sdělit. Manželka ihned zavolala rychlou záchrannou službu. Do nemocnice byl dopraven asi do půl hodiny od doby, kdy upadl. Pamatuje si, že jíela RZS, a na nosítkách ho zdravotní pracovníci přenesli do sanity. Po celou dobu nechápal, co se děje. Když chtěl něco sdělit, nikdo mu nerozuměl a on sám si uvědomoval, že neví jak špatně vyslovuje. V nemocnici byl hospitalizován asi tři týdny na neurologickém oddělení. Následně strávil tytéž týdny na lůžkách následné péče.

Už na neurologickém oddělení za ním docházeli fyzioterapeuti. Ti s ním denně rehabilitovali. Zpočátku pouze pasivně, během několika týdnů už dokázal cvičit sám. Zkraje trénoval denně, když přišla fyzioterapeutka. Cvičení probíhalo na posteli v ležce, v sedu a následně se učil zvedat z postele a chodit s chodítkem. Fyzioterapeutky ho naučily některé cviky, které mohl provádět bez pomoci druhých. Proto začal každý den



cvičit i sám. Uvedl, že zpočátku nešlo o nic náročněho, prý se jen protahoval, apod. Poase ufl mohl, i bez pomoci druhé osoby, chodit s berlemi. Když odcházel domůel pouze o holi. Po dobu hospitalizace za ním také docházel logoped, se kterým se učil mluvit a správně vyslovovat.

V prvních měsících, kdy byl doma, pobíral pan V invalidní důchod. Pravidelně docházel do rehabilitačního centra, kde cvičil a posiloval. Uvedl, že po několika měsících v nemocnici byl velmi zesláblý. Dále pravidelně navštěvoval logopeda. Smluvením měsíce po úctě velké potíže. Zkraje se nemohl domluvit s personálem, ani s rodinou. Logopedická rehabilitace mu moc pomohla. Momentálně se domluví, pokud je v klidu, nikdo na něj nespěchá nebo není ve stresu. Pokud je nervózní koktá a hůře vyslovuje. Problémy má například na údech, v tónu mu s vyizováním úředních záležitostí pomáhá manželka. V práci komunikuje bez větších komplikací. Uvedl, že ve stresu není, s kolegy se zná a většinou mu rozumí. S pohyblivostí v tónu potíže nemá, občas, když je fyzicky unaven, hůře chodí a nemá sílu v končetinách.

Rodina za ním do nemocnice od počátku pravidelně docházela a podporovala ho. To mu pomáhalo myslet na to, že se co nejdříve chce vrátit domů. V době, kdy byl hospitalizovaný čekala jeho dcera miminko a s manželkou se těšili na první vnoře. Teufl mají dvě vnořata a často je hlídají. Vnořata mu dělají radost. Rád by pro ně byl dobrým vzorem a proto se snaží stále lépe vyslovovat. Manželce doma četl noviny nahlas a tím trénuje výslovnost.

Pan V se po úctě opět vrátil do života před CMP. Je zaměstnán ve stejné práci jako před úhodou na zkrácený úvazek. Pracuje se stejnými lidmi. S manželkou se scházejí s přáteli. Občas jdou do divadla.

#### **4. 10 P ípadová studie paní H**

pohlaví: žena

v k: 65 let

diagnoza: Ischemická cévní mozková p íhoda, pravostranná hemipareza

Paní H je 65 let. První ischemickou cévní mozkovou p íhodu prod lala v 59 letech, druhou v 62 letech. Ob p íhody byly ischemického typu. V d la, jak se mrtvice projevuje. Informace m la od své dcery, zdravotní sestry, z tisku a televize. Iktus prod lala také její maminka, která na následky v nemocnici zem ela. Paní H kou í od svých 25 let. Alkohol pije p íležitostn , kávu kařdý den. Je lé ena na vysoký krevní tlak, má diabetes mellitus 2.typu, ischemickou chorobu dolních kon etin a –edý zákal. Diabetes mellitus je kompenzovaný, dodrřuje diabetickou dietu a pravideln uřívá antidiabetika. Celý řivot m la sedavá zam stnání. Pracovala jako sekretřka v kancelá i.

První cévní mozkovou p íhodu prod lala v nemocnici, kdyř byla hospitalizována pro –edý zákal na o ním odd lení. Uvedla, ře se zadržávala, následn nemohla vyslovovat a nebyla schopna nic uchopit do pravé ruky. Ihned byla p eložena na neurologické odd lení. Tam byla hospitalizována dva řdny. Následn řty i řdny na l řkách následné pé e.

Po celou dobu za ní na odd lení docházeli fyzioterapeuti. M la potíře s pohybem ruky, neudřela ani hrne ek a jedla pouze řřící. Zpo řtku chodila s pomocí chodítka. Ch ři v nemocnici natřnovala a kdyř odcházela dom , chodila o holi.

Doma ří s mnoha v cmi pomáhal manžel. N kolikrát řdn chodila na logopedii a fyzitoterapii do rehabilita ního centra. Doma spole n s rodinou třnovala tení a psaní. Po prvním iktu uř do zam stnání nenastoupila.

Druhou CMP prod lala doma. M la podobné p íznaky a proto uř v d la, co se d je. Manřel zavolal rychlou záchranou řlřbu. V nemocici byla do p l hodiny od projevení prvních p íznak . Na neurologickém odd lení strávila ř i řdny, na l řkách následné pé e dva m říce. Po domluv s rodinou byla propuř na do domácího

o-etování.

O-etující lékař paní H doporučil a následně zajistil službu Home care. Nyní za paní H denně přichází zdravotní sestra a pomáhá s hygienou nebo podáváním a přípravou léků. Dále za ní doma dvakrát týdně dochází rehabilitační pracovníce. Doma chodí s chodítkem, venku se pohybuje na invalidním vozíku. Jednou týdně dojíždí k logopedovi. S hygienou, přípravou jídla, nákupy nebo úklidem pomáhá manžel, rodina a pracovníci Home care. Paní H pobírá 3. stupeň příspěvku na péči. Uvedla, že manžel je slabší a péče o ní je pro něj stále náročnější. Proto uváží o tom, že si podají žádost o pokoj v Domov pro seniory.

Paní H se styká především s rodinou. Vzhledem k tomu, že má omezenou pohyblivost, nemůže se nikam sama dopravit. Je odkázána na pomoc rodiny. Ven chodí spíše výjimečně, občas ji rodina vezme na procházku na invalidním vozíku. Úřední záležitosti zařizuje rodina, především dcera.

## 5 DISKUZE

V této části práce jsem se snažila shrnout výpovědi respondentů, v nichž se tedy zjistily některé údaje. Informace jsem získala pouze od osob, které prodávaly. Spoléhala jsem na důvěryhodnost jejich výpovědí.

Celkem jsem vytvořila 10 případových studií s osobami, které prodávaly cévní mozkovou příhodu. Informace jsem získávala rozhovorem a pozorováním.

Cévní mozková příhoda představuje zdravotní i sociální problém. Kvalitně je léčba v akutní fázi snížila úmrtnost, ale prodloužila dobu života postižených. U stavu po infarktu je třeba uplatnit ucelenou rehabilitaci. Poškození CNS znamená poruchu funkce například - poruchy mentální, porucha rovnováhy, motoriky, citlivosti, potíže s komunikací aj. (9). S tímto tvrzením souhlasím. U mnoha respondentů se projevila porucha hybnosti a potíže s komunikací.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a porovnat možnosti návratu do obvyklého způsobu života u vybraných skupin obyvatelstva po cévní mozkové příhodě.

V mé práci jsem se pokusila zjistit, jaké možnosti mají respondenti po prodáváním infarktu. Výzkum ukázal, že návrat k předlému způsobu života, se daří spíše lidem, kteří infarkt prodávají v nižším věku. Na resocializaci se podílí všechny složky rehabilitace. Především lépe funguje složka rehabilitace, vzhledem k tomu, že bez soběstačnosti a samostatnosti je resocializace velmi obtížná. Podstatnou složkou je i sociální rehabilitace, kterou ve všech případech zajišťovala sociální pracovníce v nemocnici. Sociální rehabilitace se mi u některých respondentů jevila nedostačující. Pedagogická a pracovní složka rehabilitace u respondentů zcela chyběla. Některým osobám se sice podařilo najít zaměstnání, bylo to ale zatím pouze jejich vlastní iniciativou. Pedagogická rehabilitace se využívá především u dětí. Dalo by se říci, že pedagogickou rehabilitaci u osob po cévní mozkové příhodě provádí ergoterapeut nebo zdravotní pracovníci, například lékaři a zdravotní sestry.

Předpokládaným využitím mé práce by mohlo být zmapování možnosti resocializace u osob, které prodávaly cévní mozkovou příhodu. Práce by mohla přispět ke kvalitnější výuce na toto téma a napomoci k případné edukaci veřejnosti. Další

možností využití práce je snaha o vytvoření postupu, který by mohl být aplikován při resocializaci u osob po cévní mozkové příhodě.

V rozhovorech jsem se zaměřila především na výzkumné respondenty, typ cévní mozkové příhody a věk, ve kterém infarkt prodělaly. Dále na rizikové faktory, záměny a rehabilitaci, která jim byla poskytnuta.

Celkem jsem oslovila 10 osob, z toho 5 žen a 5 mužů. Z výzkumu vyplynulo, že ischemickou cévní mozkovou příhodou prodělávají spíše ženy, hemoragickou cévní mozkovou příhodou především muži. Z mnou oslovených respondentů pouze jedna žena prodělala hemoragickou CMP a jeden muž prodělal ischemickou CMP. Většina osob se do nemocnice dostala rychlou záchrannou službou, která jim byla povolána. Jeden muž se do nemocnice dopravil sám. Nikdo z respondentů nevyužil služeb žádné z organizací v blízkosti osobám po cévní mozkové příhodě.

Dále z výzkumu vyplynulo, že cévní mozkovou příhodou prodělávají ve věku ženy a ve věku muži. Muži prodělali první infarkt ve věku 30 až 50 let. Ženy první infarkt prodělaly ve věku 56 až 75 let. Kromě jedné ženy, která infarkt prodělala již ve věku 25 let. U dvou žen a jednoho muže se CMP opakovala.

Kouření cigaret zvyšuje riziko ischemického infarktu. I pasivní kouření je rizikem pro vznik CMP. (9) Většina respondentů uvedla, že kouří nebo někdy kouřila cigarety. Pouze dva respondenti, jedna žena a jeden muž, nikdy nekouřili. Tyto respondenti uvedli, že nekouří 20 až 30 let. Jeden muž přestal kouřit po prvním infarktu, kdy mu bylo lékárníkem vysvětleno, že kouření cigaret zvyšuje riziko vzniku dalšího infarktu. Dva respondenti jsou kuřáky cigaret. Z těchto údajů mohu potvrdit, že kouření cigaret je rizikový faktor pro vznik cévní mozkové příhody.

V sedmi případech se cévní mozková příhoda v rodině nikdy nevyskytla. V jednom případě infarkt prodělal strýc respondenta a ve dvou případech matky oslovených žen.

Většina respondentů neměla dostatečné informace o cévní mozkové příhodě. Nevěděli, co je to za onemocnění, jak ho poznat, ani jaké má následky. Tyto respondenti uvedli, že měli zájemné v domosti. Někteří osob neměli žádné znalosti o infarktu, jeho následcích, projevech i příčinách. Jeden muž věděl, jaké má infarkt následky od

svého strýce, který iktus prodal. Jedna žena měla informace od své matky, která prodala iktus. Jedna respondentka byla informována svou dcerou, zdravotní sestrou, a také z tisku a televize. Jeden respondent měl v domosti z televize a tisku.

Dle mého názoru není veřejnost dostatečně informována o cévní mozkové příhodě. Lidé toto onemocnění neznají, dokud se jich osobně netýká. O jiných, podobně ohrožujících onemocněních, jako například infarkt myokardu, ví veřejnost o mnoho více. Proto doufám, že by tato práce mohla posloužit i k případné edukaci ve veřejnosti. Vzhledem k tomu, že jsou zde uvedeny základní informace o cévní mozkové příhodě, jejích typech, rizikových faktorech, příznacích a příčinách.

Správná léčba hypertenze je účinnou prevencí iktu. Hypertenze je významným rizikem především ischemického iktu. (9) Tyto respondenti uvedli, že před cévní mozkovou příhodou nebyli léčeni žádným onemocněním. Zbýlých sedm respondentů uvedlo, že přediktem byli léčeni na vysoký krevní tlak. Jeden muž byl léčen na vysoký krevní tlak a prodal infarkt myokardu. Jeden respondent byl léčen na vysoký krevní tlak, vysokou hladinu cholesterolu v krvi a astma bronchiale. Jedna žena léčená na vysoký krevní tlak a diabetes mellitus 2. typu. Jedna respondentka léčená na vysoký krevní tlak, měla ischemickou chorobu dolních končetin, katarakta a diabetes mellitus 2. typu. Další tři osoby byly léčeny pouze na vysoký krevní tlak. U dvou osob, jedné ženy a jednoho muže, cévní mozková příhoda vyvolala epilepsii. U jedné respondentky byla zjištěna porucha srážlivosti. Z uvedeného vyplývá, že tvrzení, že hypertenze je významným rizikem pro vznik iktu, je pravdivé.

Respondenti byli na neurologickém oddělení hospitalizováni maximálně 3 týdny. Jedna respondentka, po prvním iktu, nebyla hospitalizována na neurologickém oddělení. 7 z 10 respondentů bylo z neurologického oddělení přeloženo na oddělení lůžka následné péče. V léčebně dlouhodobě nemocných byli tyto respondenti. Dva muži strávili několik týdnů v rehabilitačních ústavech.

Osm respondentů využilo služeb rehabilitačního centra, tyto osoby docházely do centra na cvičení a za tyto osoby docházeli fyzioterapeuti domů. Několik respondentů potřebovalo péči logopeda. Většinou docházeli do ordinace logopeda. Dvě ženám byla zajištěna služba home care. Nyní za nimi pravidelně dojíždí

zdravotní sestry a pomáhají především s hygienou a přípravou a aplikací léků.

Věm respondentům byla poskytnuta lépebná složka rehabilitace. Především fyzioterapie, fyzikální terapie a logopedie. Několik osob spolupracovalo se sociálními pracovníky v nemocnici, v lépebně dlouhodobě nemocných nebo na úřadech například v úřadu práce nebo invalidní důchod. Pouze dva respondenti měli možnost vyzkoušet si ergoterapii nebo arteterapii. Jednalo se o osoby, které byly v rehabilitačním ústavu.

V mnohých případech s resocializací a rehabilitací velmi pomohla rodina. Především v podpoře, následné péči a pomoci v začlenění se znovu do domácího prostředí a do společnosti. Mnoho respondentů uvedlo, že nebyť rodiny, možná by cvičení vzdali. V resocializaci, tedy v znovuzačlenění do společnosti, velmi pomáhá rodina.

Většina respondentů uvedla, že vykonávala fyzicky náročnější práci a byli často ve stresu. Pouze dvě ženy neměly fyzicky náročnější práci a nebyly ve stresu. Ti respondenti neměli fyzicky náročné zaměstnání, ale často byli ve stresu. 7 z 10 osob po infarktu zaměstnání nebylo. Ti muži jsou zaměstnání na zkrácený úvazek. Jeden muž pracuje ve stejném zaměstnání, jako před infarktem, na zkrácený úvazek. Jeden respondent pracuje ve stejné firmě, ale na jiné pozici, ne před mozkovou příhodou, též na zkrácený úvazek. Jeden muž pracuje v jiném zaměstnání, ne před infarktem, také na zkrácený úvazek.

Většina respondentů je momentálně spokojena. Okruh přátel se změnil pouze u několika osob. Jedna z respondentek dokonce šest let po cévní mozkové příhodě porodila zdravou holčičku.

Lépebná rehabilitace mi u většiny respondentů přišla dostatečná. Bohužel ostatní složky ucelené rehabilitace se mi jevíly velmi nedostačující. Domnívám se, že alespoň v lépebně dlouhodobě nemocných by měl být například ergoterapeut, který pomůže osobám při zvládnutí běžných denních činností.

Cílem sociální rehabilitace je materiální zabezpečení, integrace do společnosti, resocializace, ale i zajištění sociálních služeb. Sociální rehabilitace je zaměřena především na podporu fungování člověka v běžném životě. (5, 14, 15) Bohužel ne

všechny cíle jsou při sociální rehabilitaci splněny.

Myslím si, že složky rehabilitace nejsou dostatečně provázané. To vidím jako problém v rehabilitaci. Do rehabilitace by měl být zapojen klient, lékař, rodina, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci a další odborníci, kteří mohou klientovi v jeho situaci pomoci v návratu do společnosti.

Z uvedených případových studií mi vyplývají tyto hypotézy:

1. Veřejnost není dostatečně informována o cévní mozkové příhodě.
2. Muži prodávající cévní mozkovou příhodu v nižším věku nemají peníze.
3. Lidé po cévní mozkové příhodě nemají možnost využít služeb ucelené rehabilitace.



## 6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce na téma Cévní mozková příhoda a následná resocializace bylo zjistit a porovnat možnosti návratu do obvyklého způsobu života u vybraných sociálních skupin po cévní mozkové příhodě. Domnívám se, že tento cíl byl splněn. Rozhovory s respondenty se mi podařilo získat informace o jejich resocializaci a možnostech pokračování života.

Cévní mozková příhoda je onemocnění, které v současné době nepostihuje pouze starší generaci. Vzhledem k životnímu stylu, který v současné době mladší generace žije, postihuje mozková mrtvice stále mladší jedince. Z tohoto důvodu nabývá otázka resocializace člověka na významu. Na základě zkušeností osob, se dle mého názoru, podílí kvalitní a včasné léčba, ucelená rehabilitace, rodina postiženého a v neposlední řadě vle a vytrvalost klienta. V rámci ucelené rehabilitace by mělo být využito léčebných, pedagogických, pracovních i sociálních prostředků rehabilitace.

Bakalářská práce poukazuje na to, že obě strany nejsou dostatečně informovány o problematice cévní mozkové příhody. Ráda bych, aby tato práce byla přínosem pro laickou veřejnost. Mohla by sloužit k edukaci veřejnosti, studentů zdravotních sociálních oborů nebo rodinám osob, které prodělaly infarkt.

Domnívám se, že v současnosti osob po cévní mozkové příhodě neměla možnost využít všech služeb ucelené rehabilitace. Dle mého názoru by při provázanosti všech služeb ucelené rehabilitace byla resocializace, neboli znovuzačlenění člověka do společnosti, efektivnější.

Z výzkumu vyplývají tři hypotézy: 1. Veřejnost není dostatečně informována o cévní mozkové příhodě, 2. Muži prodělávají cévní mozkovou příhodu v nižším věku než ženy, 3. Lidé po cévní mozkové příhodě nemají možnost využít služeb ucelené rehabilitace.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie : Učebnice pro lékařské fakulty*. 6.vyd. Praha : Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha : Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2.vyd. Olomouc : Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha : Portál s.r.o., 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
5. JANKOVSKÝ, Jiří; PFEIFFER, Jan; TĚŠTKOVÁ, Olga. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. vyd. 1. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotní sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
6. JELÍNKOVÁ, Jana; KRIVOTĚŠKOVÁ, Mária; TĚŠTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
7. KALINA, Miroslav, et al. *Cévní mozková příhoda v lékařské praxi*. 1.vyd. Praha : Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
8. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody*. 1.vyd. Praha : Mladá fronta a.s., 2010. 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0.
9. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody : diagnostika, patofyziologie, management*. Praha : Maxdorf s.r.o., 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
10. KALVACH, Pavel, et al. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 1.vyd. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1988. 224 s. ISBN 08-041-88.
11. LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1.vyd. Praha : Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
12. LOVE, Russel; WEBB, Wanda. *Mozek a řeč : Neurologie nejen pro logopedy*. 1.vyd. Praha : Portál s.r.o., 2009. 376 s. ISBN 978-80-7357-464-9.
13. MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. 1.vyd. Praha 1 : Karolinum, 2008. 268 s. ISBN 978-80-7184-867-7.

14. MATOUŠEK, Oldřich . *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha : Portál s.r.o., 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
15. MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální práce v praxi : specifika různých skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
16. NEJEDLÁ, Marie; SVOBODOVÁ, Hana; MAFRÁNKOVÁ, Alena . *O-et ovatelství IV/1 : pro 4.ro ník st edních zdravotnických kol a vyší zdravotnické kol*. 1.vyd. Praha : Infomatorium, spol.s.r.o, 2004. 190 s. ISBN 80-7333-032-6.
17. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
18. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
19. SEIDL, Zdeněk; OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
20. SILBERNAGL, Stefan; DESPOPOULOS, Agamemnon. *Color Atlas of Physiology*. 5.vyd. Stuttgart : Thieme, 2003. 448 s. ISBN 3-13-545005-8.
21. SILBERNAGL, Stefan; LANG, Florian. *Atlas patofyziologie člověka*. 6.vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. 404 s. ISBN 80-7169-968-3.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *O-et ovatelství pro zdravotnické asistenty I - Interna*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 188+4 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
23. TROJAN, Stanislav, et al. *Lékařská fyziologie*. 4.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.
24. TYRLÍKOVÁ, Ivana, et al. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno : Národní centrum o-et ovatelství a nelékařských zdravotnických obor , 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
25. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 7.vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
26. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.

27. VOTAVA, Jiří, et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. vyd. 1. Praha 1 : Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
28. Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., se kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady a působnost orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, v platném znění.
29. WHO. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě : Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
30. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

### Internetové zdroje:

31. *Heartandstroke.com* [online]. 2010 [cit. 2011-03-08]. *Stroke warning signs*. Dostupné z WWW: <[http://www.heartandstroke.com/site/c.iIQLcMWJtE/b.3483937/k.772A/Stroke\\_\\_\\_Warning\\_Signs.htm#fivesigns](http://www.heartandstroke.com/site/c.iIQLcMWJtE/b.3483937/k.772A/Stroke___Warning_Signs.htm#fivesigns)>.
32. *Medicinenet.com* [online]. 2011 [cit. 2011-03-08]. *Stroke*. Dostupné z WWW: <<http://www.medicinenet.com/stroke/article.htm>>.
33. *Mozkovaprihoda.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-03-08]. Cévní mozková příhoda. Dostupné z WWW: <[http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/cmp/co\\_je\\_cevni\\_mozkova\\_prihoda.html](http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/cmp/co_je_cevni_mozkova_prihoda.html)>.
34. *Mozkovaprihoda.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-03-08]. Cévní mozková příhoda. Dostupné z WWW: <[http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/cmp/jak\\_poznat\\_cevni\\_mozkovou\\_prihodu.html](http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/cmp/jak_poznat_cevni_mozkovou_prihodu.html)>.
35. *Ordinace.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-03-08]. Cévní mozková příhoda. Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/cevni-mozkova-prihoda/#vypad%C3%A1>>.
36. PETEROVÁ, V., KALVACH, P. Léčba akutních cévních mozkových příhod. *Practicus (odborný časopis praktických lékařů)*, duben 2003, č. 4, s. 38-40.

Dostupné z: <URL: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus03-04.pdf>>.

## **8 KLÍ OVÁ SLOVA**

cévní mozková p íhoda

rehabilitace

resocializace

rizikové faktory

## **9 P ÍLOHY**

P íloha .1 Okruhy otázek pro respondenty

P íloha .2 Afatický slovník

P íloha .3 Organizace pomáhající osobám po cévní mozkové p íhod

P íloha .4 Poufité zkratky

## **Příloha .1**

### **Okruhy otázek pro respondenty**

1. Pohlaví?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaký typ CMP jste prodal/a?
4. Kdy první, kolikrát jste prodal/a?
5. Koupíte / koupil/a jste?
6. Jaké jste měl/a zamětnání (fyzicky, psychicky náročné, sedavé apod.) ?
7. Prodal/a někdo z rodiny CMP?
8. Vyuffila jste slufleb organizací pracujících s lidmi po CMP?
9. Měl/a jste informace o CMP?
10. Jste nebo byl/a jste léčen/a na nějaká onemocnění (vysoký TK, Diabetes mellitus, apod.)
11. Jak se u Vás cévní mozková příhoda projevila?
12. Jakým způsobem jste byl/a dopraven/a do nemocnice?
13. Za jak dlouho jste se dostal/a do nemocnice?
14. Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a?
15. Byl/a jste v léčen dlouhodobě nemocných, rehabilitačním ústavu nebo jiném obdobném zařízení?
16. Jak probíhala rehabilitace (logopedie, fyzioterapie, ergoterapie, sociální prostředí rehabilitace apod.) ?
17. Na-el/-la jste si po prodané CMP zamětnání? Pokud ano ó bylo podobné přede-lému (finance, pozice, fyzická, psychická náročnost apod.)?
18. Jaký je momentálně Váš stav (s kým flijete, jak se cítíte, jak trávíte volný čas apod.) ?



## Příloha .2

### Afatický slovník

Afatický slovník je určen k poáte ní lé b afázie. Slovník byl p vodn vytvo en k soukromým ú el , v rodin postiženého po cévní mozkové p íhod .

Zdroj: *Slovník.kvalitne.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-04-24]. Afatický slovník. Dostupné z WWW: <<http://slovník.kvalitne.cz/info.htm>>.

#### ukázky afatického slovníku:

*p ídavná jména:*



**podstatná jména:**

1

			
<p><b>RODINA</b> rodina <i>rodina</i></p>	<p><b>MÁMA</b>    <b>MIMINKO</b> máma      miminko <i>máma</i>      <i>miminko</i></p>	<p><b>DĚTI</b> děti <i>děti</i></p>	<p><b>HLAVA</b> hlava <i>blava</i></p>
			
<p><b>NOS</b> nos <i>nos</i></p>	<p><b>OKO</b> oko <i>oko</i></p>	<p><b>ÚSTA</b>    <b>PUSA</b> ústa      pusa <i>ústa</i>      <i>pusa</i></p>	<p><b>UCHO</b> ucho <i>ucho</i></p>

© DICK – Jaroslav Salač 2004

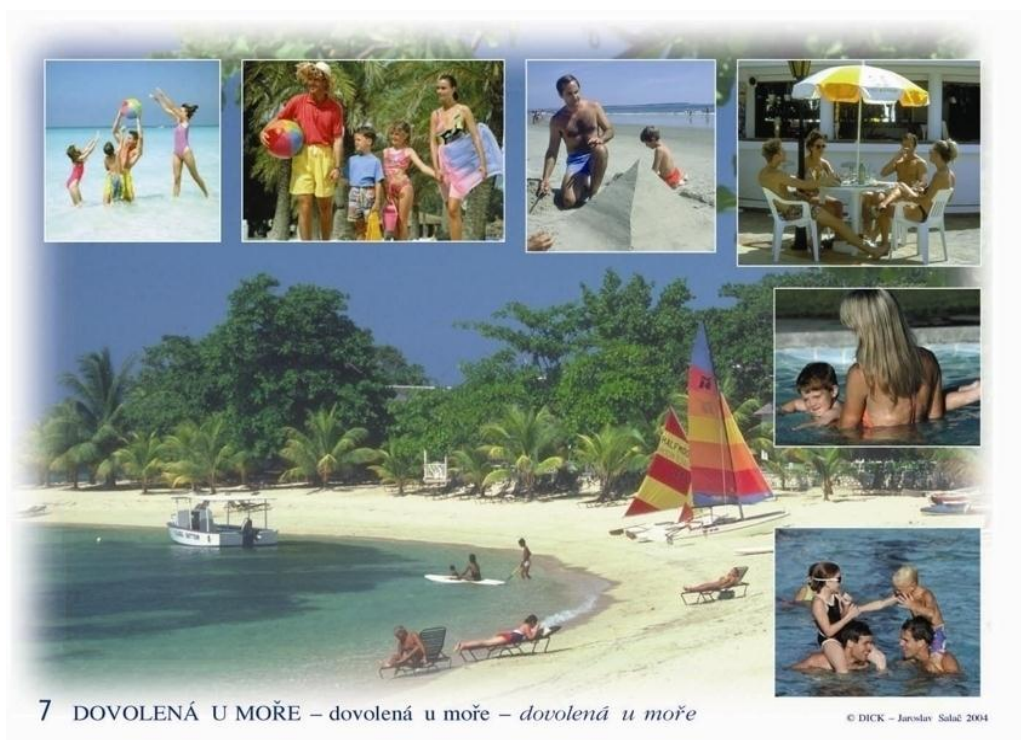
**slovesa:**

2

			
<p><b>MYJE</b> myje <i>myje</i></p>	<p><b>MYJE SE</b> myje se <i>myje se</i></p>	<p><b>ČISTÍ SI ZUBY</b> čistí si zuby <i>čistí si zuby</i></p>	<p><b>ČEŠE</b> češe se <i>češe se</i></p>
			
<p><b>HOLÍ SE</b> holí se <i>bolí se</i></p>	<p><b>LÍČÍ SE</b> líčí se <i>líčí se</i></p>	<p><b>KOUPE SE</b> koupe se <i>koupe se</i></p>	<p><b>PERE</b> pere <i>pere</i></p>

© DICK – Jaroslav Salač 2004

*situace:*



Zdroj: *Ictus.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-04-24]. ICTUS. Dostupné z WWW: <<http://www.ictus.cz/co-je-cmp-a-co-delat/afaticky-slovník>>.

## **Příloha .3**

### **Organizace pomáhající osobám po cévní mozkové příhodě**

#### **Sdružení CMP**

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévní mozkové příhodě. Jde o dobrovolné občanské sdružení občanských a právnických osob. Podílejí se na zlepšování péče o občany postižené touto nemocí.

*Zdroj: Sdruzenicm.cz [online]. 2007 [cit. 2011-04-24]. Sdružení CMP. Dostupné z WWW: <<http://sdruzenicmp.cz/cz/sdruzeni-cmp/>>.*

#### **Ictus o.p.s.**

Ictus je občanská společnost, kterou založil Jan Dohnálek. Zabývá se především poskytováním poradenství ve zdravotní i sociální oblasti pro nemocné a jejich rodiny.

*Zdroj: Ictus.cz [online]. 2009 [cit. 2011-04-24]. ICTUS. Dostupné z WWW: <<http://www.ictus.cz/>>.*

#### **Cerebrum**

Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. Jde o občanské sdružení. Jeho posláním je přispívat k porozumění problematice poranění mozku. Dále poskytovat informace a podporovat občany, kteří utrpěli poškození mozku, nebo jejich rodinné příslušníky.

*Zdroj: Cerebrum2007.cz [online]. 2010 [cit. 2011-04-24]. CEREBRUM. Dostupné z WWW: <<http://www.cerebrum2007.cz/>>.*

### **Klub afasie**

Ob anské sdružení Klub afasie podporuje osoby s afázií. Pomáhá k efektivnímu vyuffívání e i, psychické adaptaci na handicap i resocializaci.

*Zdroj: Klubafasie.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-04-24]. Ob anské sdružení Klub afasie.

Dostupné z WWW:

<[http://www.klubafasie.com/index.php?option=com\\_content&view=section&layout=blog&id=3&Itemid=11](http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=3&Itemid=11)>.

### **Ob anské sdružení LOGO**

Ob anské sdružení LOGO poskytuje soubor komplexních slufieb pro osoby postifené poruchami komunikace. Cílem je poskytování komplexních slufieb a integrace t chto osob do spole nosti.

*Zdroj: Oslogo.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-04-24]. Ob anské sdružení LOGO. Dostupné

z WWW: <<http://www.oslogo.cz/uvod/historie>>.

## **Příloha .4**

### **Použité zkratky**

ADL	- aktivity denního života
DI	- dokončený iktus
DM	- diabetes mellitus
CMP	- cévní mozková příhoda
CNS	- centrální nervová soustava
CT	- počítačová tomografie
EKG	- elektrokardiogram
FW	- sedimentace erytrocytů
HK	- horní končetina
ICH	- intracerebrální hemoragie
KO	- krevní obraz
LTV	- lébní tělesná výchova
NS	- nervová soustava
P	- pulz
PI	- progredující iktus
RHB	- rehabilitace
RIND	- reverzibilní neurologický deficit
RTG	- rentgenová vyšetření
RZS	- rychlá záchranná služba
SAH	- subarachnoidální hemoragie
TIA	- transientní neurologický deficit
TK	- krevní tlak
TT	- tělesná teplota
WHO	- Světová zdravotnická organizace