

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě ve VRÚ Slapy nad
Vltavou**

Bakalářská práce

Autor: Jitka Štěpánková, DiS

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

2009

Abstract

The topic of my bachelor thesis is the application of ergotherapy among persons with a handicap due to cerebrovascular accident in the Military Rehabilitation Institute (VRÚ) in Slapy nad Vltavou.

The aim of my thesis is to describe the benefits of ergotherapy in clients after a cerebrovascular accident. My thesis therefore deals with the following problems:

- A) Characterization of ergotherapy applied to persons after a cerebrovascular accident,
- B) description of ergotherapeutical methods used in VRÚ Slapy nad Vltavou,
- C) evaluation of ergotherapy effects on persons after a cerebrovascular accident, considering especially their self-sufficiency, motor disorders, sensitivity and symbolic functions.

I focused on the research of the benefits and the range of ergotherapeutical methods applied to people after a cerebrovascular accident in VRÚ Slapy nad Vltavou, which was carried out on the basis of a broad description of real state by means of qualitative research methods. The qualitative methods were preferred due to the fact that there are considerable differences among the disorders caused by cerebrovascular accidents. The used techniques include e.g. the secondary analysis of data from personal documentation, structured interviews with clients before and after ergotherapy, and semi-conducted interviews with other rehabilitation workers.

The data and information from medical reports, rehabilitation records, decourse and structured interviews with the clients were recorded in the case studies which are included in the practical part of the thesis. The results of the case studies were not expressed in statistical form. However, I deduced the following results from the qualitative analysis.

Hypothesis no. 1: Regular physical exercise mostly initiates improvement also in the cognitive and motor sphere.

Hypothesis no. 2: Ergotherapy in VRÚ Slapy nad Vltavou is not sufficiently interconnected with other components of complex rehabilitation.

Hypothesis no. 3: Self-sufficiency improving practices positively influence motor system disorders, sensitivity and symbolic functions in people after a cerebrovascular accident.

I believe that the results of this thesis will contribute to an easier acceptance of people after a cerebrovascular accident, to the improvement of care, to a better organization of their treatment, and last but not least to understanding the importance of ergotherapy as a necessary part of the rehabilitation care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „*Ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě ve VRÚ Slapy nad Vltavou*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat vedoucímu bakalářské práce Prof. MUDr. Janu Pfeifferovi, DrSc. za jeho cenné rady, pomoc a čas, který mi věnoval. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mi byla velkou oporou.

Obsah

1 Úvod	8
2 Současný stav	8
2.1 Demografické údaje	8
2.2 Cévní mozková příhoda (CMP)	9
2.2.1 Mozkové ischemie.....	10
2.2.2 Mozkové hemoragie	11
2.2.3 Následky cévní mozkové příhody	12
2.3 Ergoterapie jako součást rehabilitace	21
2.3.1 Základní pojmy ergoterapie	23
2.3.2 Ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě	27
2.3.3 Ergoterapie ve VRÚ Slapy nad Vltavou	29
3 Cíl práce.....	32
4 Metodika výzkumu	33
4.1 Kvalitativní výzkum	33
4.2 Použité techniky	33
4.3 Kritéria zkoumaného souboru	34
4.4 Charakteristika zkoumaného souboru	34
4.5 Charakteristika a postup výzkumu	35
5 Výsledky.....	37
5.1 Kasuistiky.....	37
6 Diskuse	66
7 Závěr	73
8 Klíčová slova.....	73

9	Seznam použitých zdrojů	74
----------	--------------------------------------	-----------

1 Úvod

„Soběstačnost neznamená, že člověk po cévní mozkové příhodě se musí učit dělat všechno sám. Takový člověk musí dostat šanci vrátit se do normálního života, přičemž bude dělat bez pomoci co možná nejvíce věcí, přestože budou přetrvávat některá omezení.“

Lorenzo Carrero

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou jedním z nejčastějších neurologických onemocnění. Zlepšená kvalita léčby v akutní fázi cévní mozkové příhody snížila mortalitu a prodloužila délku života postižených, ale disabilita zůstává významným problémem zdravotní péče. Vysoký počet přežívajících nemocných je postižen těžkým reziduálním deficitem a vyžaduje značné ekonomické náklady na léčbu i dlouhodobou péči o postižené.

Vhodná léčebná rehabilitace může však zlepšit stav nemocného. Minimalizuje poruchu, kompenzuje omezení v denních činnostech a usnadní návrat do běžného života.

Danou problematiku jsem si pro téma své bakalářské práce zvolila vzhledem k praktickým zkušenostem v oblasti rehabilitace a to zejména v ergoterapii u osob po cévních mozkových příhodách.

Protože pracuji jako ergoterapeutka ve Vojenském rehabilitačním ústavu Slapy nad Vltavou, je můj zájem o ergoterapii zaměřen právě na toto zařízení.

Věřím, že výsledky této práce povedou ke snazšímu přijetí osob po cévní mozkové příhodě zpět do kolektivu přátel, rodiny, ke zkvalitnění péče a vhodné organizaci léčebného procesu a v neposlední řadě i pochopení smyslu ergoterapie jako nezbytné součásti rehabilitace.

2 Současný stav

2.1 Demografické údaje

Ročně vzniká na celém světě kolem 16 milionů nových CMP. Počet úmrtí se odhaduje na 4,4 miliony ročně. Česká republika ztrácí ročně úmrtím na mozkový iktus kolem 17 000 obyvatel. Incidence cévních mozkových příhod je proti úmrtím asi trojnásobná.

Vzhledem k průměrnému přežívání mozkového iktu asi po dobu 4 - 5 let lze prevalenci následků odhadnout u nás asi na 136 000 - 170 000 obyvatel. (1)

Ve vyspělých zemích se cerebrovaskulární příčiny úmrtí řadí mezi ostatními chorobami na 3. místo a jsou zejména důsledkem zestárlé populace. (1)

Mozkový iktus je na světě číslem jedna, pokud jde o vážné poškození zdraví, a číslem dvě v úmrtí. Asi 250 miliónů přímých rodinných příslušníků pečuje o přežívající. Během svého života přibližně 4 z 5 rodin budou mít někoho postiženého iktem. (2)

Cévní mozkové příhody se vyskytují především od středního věku a jejich výskyt s věkem logaritmicky stoupá. U nás je incidence asi 300 na 100 000 obyvatel. Poněkud vyšší výskyt je u mužů než u žen, tento rozdíl se však ve vysokém věku stírá. Statistické údaje nejsou zcela přesné, protože nejlehčí mozkové příhody, tranzitorní ischemické ataky, které se do 24 hodin zcela upraví, nejsou vždy sledovány. (3)

Často slyšíme tvrzení, že cévní mozkové příhody jsou obrovskou výzvou pro společnost, neboť počet lidí jimi postižených neustále stoupá. Riziko mozkové příhody se zvyšuje s věkem a naše populace progresivně stárne. Protože, jak z textu plyne, nevyskytují se cévní mozkové příhody pouze u osob vyššího věku, nebudu se záměrně v dalším textu zabývat problematikou stárnoucí populace. Důsledky stárnutí obyvatelstva sice také vidím jako velký problém, který je nutno řešit, mým hlavním záměrem je však přiblížit ergoterapii u osob po cévních mozkových příhodách.

2.2 Cévní mozková příhoda (CMP)

Cévní onemocnění jsou nejčastější příčinou akutních onemocnění nervového systému. (4) Postižení je častěji tepenné, vzácněji žilní. Iktus je často doprovázen ložiskovými příznaky. V posledních letech se přístup k cévní mozkové příhodě zcela změnil. CMP je urgentní stav, vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. (5)

Iktus neboli akutní cévní mozková příhoda je náhle vzniklá mozková porucha, především ložisková, která je způsobena poruchou cerebrální cirkulace, ischemií (80%) nebo hemoragií (20%). (6)

Z časového hlediska rozeznáváme tři stadia onemocnění: akutní, subchronické a chronické. Dále potom z hlediska vývoje hemiparetického syndromu rozlišujeme čtyři stadia:

1. stadium pseudochabé,
2. stadium náznaku pohybu a nástupu lehké, event. těžší spasticity,
3. stadium relativní úpravy,
4. stadium chronické. (7)

2.2.1 Mozkové ischemie

Ischemická centrální mozková příhoda představuje 70% všech náhlých mozkových příhod. Základním patologickým mechanismem je porucha perfuze mozkové tkáně okysličenou krví. (4)

Mozkové ischemie se dělí podle mechanismu vzniku (obstrukční, neobstrukční), podle vztahu k tepennému povodí (teritoriální, interteritoriální, lakunární) a podle časového průběhu (TIA – tranzitorní ischemická ataka, RIND – někdy ještě reverzibilní ischemický neurologický deficit, vyvíjející se příhoda, nebo dokončené ischemické příhody). (6)

Klinická symptomatika je vzhledem k uvedené patofyziologii velmi variabilní, od velmi lehkých až po těžké i smrtelné stavy. Záleží především na rozsahu, tíži a trvání ischemie. Definitivní zánik nervových buněk má za následek poruchu funkce, která je ireverzibilní. Funkce však může být porušena i jen perifokálním edémem nebo sníženou perfúzí, a může být pak opět léčbou obnovena. (6)

Klinická diagnóza je charakterizována vesměs náhlým akutním vznikem mozkové příhody, někdy vývojem v průběhu několika hodin nebo fluktuujícím kolísáním symptomatiky a přítomností aterosklerotických rizikových faktorů nebo choroby, která může způsobit cévní lézi. Mezi rizikové faktory přímo CMP (oproti obecným rizikovým faktorům aterosklerózy) patří hlavně hypertenze, přítomnost ischemické choroby srdeční a diabetes. (6)

Pro prchavý iktus se používá název tranzitní ataka (TIA). (4) Doba trvání TIA se pohybuje převážně v minutách, nejčastěji do 1 hodiny. TIA mají značnou informační hodnotu, signalizují „malý“ iktus a varují před možností „velkého“ iktu. (6) Jde o prchavé parézy, parestezie, poruchy vizu. Klinický příznak může být jen neobratnost horní končetiny, může se objevit jasná expresivní nebo percepční afázie, která se zcela upraví, apod. Příznaky se mohou opakovat i několikrát během dne. (4) Příčinou TIA je nejčastěji dočasný uzávěr intrakraniální tepny vmetkem z trombu nebo exulcerovaného ateromatózního plátu v přívodné krční tepně, embolizace ze srdce, postižení malých perforujících intrakraniálních cév, méně často jde o hemodynamický průvod ataky. (6)

Při delším trvání a kompletní úpravě, pokud odezní symptomatika asi za 3 týdny, se užívá pojem reversibilní ischemický neurologický deficit (RIND). Příčinou jsou nejčastěji drobnější emboly nebo celkové hemodynamické vlivy. (6)

Vyvíjející se nebo pokračující iktus má nestabilní, fluktuující symptomatiku a může být projevem narůstajícího trombu nebo i opakovaných embolizací. Konečné stadium se nazývá dokončený nebo kompletní iktus. Z hlediska tíže postižení může mít lehký i těžký nález, lehkou hemiparézu i hemiplegii s afázií. (6)

Mozková trombóza se může rozvinout v intra- i extrakraniálních přívodních tepnách. Kromě aterosklerózy může mozková trombóza vzniknout při hematologických poruchách, někdy po operacích (hyperkoagulační stav), po traumatech, při vaskulitidách, systémové hypotenzi i hypoxii, jako komplikace radiace a užívání kontraceptiv. Intrakraniální trombózy mají většinou těžší průběh i větší neurologický deficit než trombózy extrakraniální. (6)

Zdrojem mozkové embolie je především srdce. Jde o nevalvulární fibrilace síní (tj. nevyvolané poruchou chlopní), akutní infarkt myokardu s murálními tromby, aneurysma levé komory, kardiomyopatie, chlopňové srdeční vady a umělé chlopně. Zdrojem embolizace mohou být i nástěnné tromby ve velkých cévách. K manifestaci dochází náhle, během sekund, často při fyzické aktivitě. Neurologický deficit bývá maximální na začátku příhody. Mezi méně obvyklé příčiny ischemického iktu (hlavně u mladších jedinců) patří disekce extrakraniálních arterií, která může být traumatická i spontánní. Podstatou je natržení intimy a vznik intramurálního hematomu. Ten způsobí odchlípení intimy a zúžení lumen tepny nebo až její uzávěr. (6)

Neobstrukční ischemické mozkové příhody vznikají při hypoxii nebo anoxii z extracerebrálních příčin (např. respirační selhání, plicní embolizace, asfyxie, intoxikace CO) nebo při systémových hypoperfúziích (např. srdeční selhání, hypovolemické stavy, těžká protrahovaná hypotenze). Příčinou mohou být i metabolické poruchy, např. hypoglykémie. (6)

Do ischemicky změněné tkáně za uzávěrem tepny dochází někdy druhotně ke krvácení z blízké tepny, což odlišujeme od primárního mozkového krvácení. (4)

2.2.2 Mozkové hemoragie

Krvácení vzniká porušením stěny mozkové cévy. Je čistě parenchymové, nebo se zároveň provalí subarachnoidálně či intraventrikulárně. (5)

U iktu způsobeného krvácením jde o podobné příznaky jako u obliterace cévy, ale začátek bývá bouřlivější. Začíná většinou bezvědomím. Četnost mozkových krvácení je mnohem menší než obliterace a následná malacie. (4)

Příčinou mozkové hemoragie je nejčastěji arteriální hypertenze, ruptura malých perforujících arterií. Méně častými příčinami jsou arteriovenózní malformace, zvýšená krvácivost jako purpury, hemofilie, trombocytopenie, leukémie, jaterní choroby, vzácnou příhodou je krvácení do mozkového tumoru. Do skupiny hemokoagulačních poruch patří také nitrolební krvácení, která vznikají v důsledku antikoagulační léčby. U mladších jedinců může být příčinou mozkové hemoragie také drogová závislost (amfetamin, kokain). (6)

Symptomatika parenchymových mozkových krvácení závisí hlavně na jejich velikosti a charakteru. (6)

Predilekčním místem krvácení bývá až v 80 % případů krvácení do oblasti capsula interna a putamen a často bývá spojeno s krvácením v oblasti pontu. Méně častá situace nastává při krvácení do bílé hmoty mozkových hemisfér a ani krvácení do mozečku není ojedinělé. (4)

Krvácení většího rozsahu bývají tříštivá, mají expanzivní charakter a destruuji mozkovou tkáň. Kromě těžkého neurologického deficitu jsou často spojena s alterací celkového stavu, bolestí hlavy, zvracením a poruchou vědomí, která je způsobena edémem mozku a nitrolební hypertenzí. Prognóza těchto nemocných je velmi vážná a značná část jich umírá. Menší krvácení mozkovou tkáň nedestruuji, pouze komprimují. Celkový stav nebývá alterován a dominantní jsou ložiskové příznaky podle lokalizace krvácení. (6)

2.2.3 Následky cévní mozkové příhody

Ztráta hybnosti (plegie, paresa)

Změna životní funkce, kterou trpí téměř všechny osoby po cévní mozkové příhodě, je ztráta normálního svalového tonu na postižené straně, což má za následek sníženou schopnost až neschopnost provádět normální kontrolovaný pohyb. Když dojde ke zvýšení svalového tonu, hovoříme o spasticitě nebo hypertonu. Při jeho snížení ho označujeme termínem chabost či hypotonie. (8)

Výkonným ústrojím hybnosti je kosterní příčně pruhované svalstvo zásobené a aktivované cerebrospinálními nervy. Hybnost se vyvíjí ve službách statických, posturálních

– fixace pozic, a dynamických – vlastní pohyblivosti, nebo též mobility, dílčí i celkové, jako je například lokomoce. Tyto činnosti umožňuje svalové napětí (tonus), svalové kontrakce a relaxace, svalová souhra agonistů, synergistů a antagonistů a velké množství pohybových vzorců (pattern) řízených na různých úrovních nervového systému. (4)

Centrální paréza se často označuje jako spastická, i když není správné tyto pojmy ztotožňovat: spasticita je jen jedním z příznaků centrální parézy, nevyskytuje se u všech pacientů, v celém časovém průběhu parézy, ani ve všech svalech. Příznaky se nejčastěji projevují na jedné polovině těla, a to vzhledem ke zkřížení většiny vláken na straně opačné, než je mozkové poškození. Obvykle současně dochází také k poruše vláken vzestupných (dostředivých), které způsobují přídatnou poruchu citlivosti. (9)

Ztráta možnosti kontrolovaného pohybu omezuje schopnost člověka provádět každodenní úkony. To může vést k dalším sekundárním problémům. (8)

Spasticita

Spasticita je definována jako porucha svalového tonu (hypertonie) způsobená zvýšením tonických napínacích reflexů, které je závislé na rychlosti pasivního protažení. Nicméně každý popis spasticity je neúplný bez kompletního popisu syndromu, jehož je spasticita jedním, byť velmi významným příznakem. Tento syndrom se nazývá *syndrom horního (prvního) motoneuronu – Upper motor neuron syndrome – UPN*. Syndrom horního motoneuronu má dvě skupiny symptomů: pozitivní a negativní. (10)

Pozitivní symptomy jsou charakterizovány svalovou hyperaktivitou, nejčastěji zvýšeným tonem nebo jinou formou nepřiměřených svalových kontrakcí. Kromě spasticity patří k pozitivním symptomům hyperreflexie, klony, flexorové spasmy, eferentní pálení a asociativní motorické poruchy. Někdy se všechny tyto symptomy shrnují do jedné kategorie jako příznaky spastického syndromu, tento koncept však není správný. U jedinců se syndromem horního motoneuronu je buď práh pro vznik flexorových reflexů snížen, anebo je dráždivost flexorového reflexního systému zvýšena, nejčastěji však dochází ke kombinaci obou těchto faktorů. Fenomén zavíracího nože byl značně zpopularizován všemi učebnicemi neurologie, při bližším pátrání však zjistíme, že žádná z nich nijak blíže tento fenomén nevysvětluje a označuje jej jednoduše jako jeden z příznaků či známek spasticity. U dospělých jedinců je nejznámějším případem projevů eferentního pálení tzv. Wernicke – Mannovo držení u hemiparetických pacientů. Tito rehabilitanti, kteří jsou schopni pouze

obtížné cirkumdukční chůze vinou spastické kontrakce postižené dolní končetiny, zároveň manifestují výraznou a trvalou flexorovou kontrakci svalů na stejnostranné postižené končetině horní: v kontrakci jsou flexory lokte, ruky i prstů. Nejde však o pravou spasticitu, neboť tyto kontrakce postrádají její typické známky a jsou charakterizovány i dalšími motorickými příznaky, kterými jsou asociované reakce a porucha řízení motoriky. (10)

Obecně řečeno, u spasticity v širším slova smyslu je v popředí abnormální výkon více či méně narušeného motorického programu. Je rozvrácen plynulý nábor a frekvenční modulování aktivity motorických jednotek a tím časování aktivace relaxace svalů během výkonu. Typické je tedy narušení provádění izolovaných pohybů a porucha plynulého a efektivního pohybového výkonu. Jev se týká pohybu volního i aktivity podmíněné činností rytmických generátorů (chůze, dýchání, částečně řeč). (11)

Samo omezení reciproční inhibice není jednoznačně patologickým fenoménem. Za určitých okolností je ke správnému fungování efektorů nezbytná – chůze do schodů, některé pracovní činnosti vykonávané horními končetinami – zejména tehdy, jde-li o „zpevnění“ postavení končetiny při specializovaných činnostech. Nicméně spastický syndrom je charakterizován porušenou reciproční inhibicí. Primárním projevem této poruchy u spasticity jsou tzv. ko-kontrakce, tj. kontrakce svalů, které jsou běžně při automatizovaném pohybu inhibovány – například aktivace extenzorů při flexi v lokti nebo v koleni. Někdy může být tato porucha tak významná, že sama akce antagonistů je silnější než akce agonistů. U pacientů pak můžeme poměrně často vidět situaci, kdy snaha o provedení určitého pohybu je následována pohybem opačným – např. místo extenze spastické části končetiny se objeví zesílení spastického flekčního pohybu. (7)

Senzorická a percepční ztráta

Základním typem u osob po CMP je kontralaterální hemihypestézie. Postižena je více horní končetina a především ruka, tedy s akrálním maximem, kde může být i okrsek necitlivosti. (4)

Lidé po cévní mozkové příhodě proto mohou mít potíže s určením polohy končetin a pozice svého těla. V závislosti na tom se mohou u těchto osob objevit také problémy s hmatem, zrakem, sluchem, řečí, čichem a rovnováhou. (8)

V léčebné rehabilitaci je porucha cití stejně velkou překážkou v aktivaci horní končetiny, jako kdyby šlo o poruchu motorickou. Postižený nemá totiž zpětnou vazbu o tom, co se odehrává na periférii. (4)

Bolestivé rameno

Přibližně dvě třetiny pacientů s hemiparézou trpí občasnými nebo stálými bolestmi ramene postižené končetiny. K jejich vzniku přispívá množství faktorů, které více nebo méně souvisejí se senzomotorickým deficitem následkem poškození centrálního nervového systému. Ramenní kloub je jeden z nejpohyblivějších kloubů našeho těla, s čímž je spojena jeho nízká stabilita a vysoká tendence k luxaci. Před luxací chrání kloub jednak kloubní pouzdro, jednak ligamentum coracohumerale, dále pak musculus supraspinatus. Stabilizaci ramenního kloubu zajišťuje také m. infraspinatus a m. deltoideus. V případě hemiparézy dochází k motorickému a funkčnímu deficitu proximálních svalů paže a svalů, které se účastní na stabilizaci ramene. K často pozorovanému poklesu paretického ramene přispívá zejména oslabení m. serratus anterior, díky čemuž není lopatka již pevně fixována a vzniká tzv. scapula alata. Spasticitou musculi rhomboidei je scapula alata sice vyvinuta většinou jen mírně, tahem mm. rhomboidei směrem k páteři je však omezena schopnost ramene k rotaci nahoru. Parézou svalů m. infraspinatus, supraspinatus a deltoideus, které zůstávají dlouhou dobu hypotoní, se stabilita ramenního kloubu dále zmenšuje. Subluxace nebo luxace ramene je podporována i spasticitou svalů, které táhnou paži dolů. Je to hlavně m. latissimus dorsi a m. pectorales major i minor. Bolest ramene je vyvolána několika sdruženými faktory. Funkčním oslabením m. supraspinatus, m. infraspinatus a m. deltoideus dochází ke zvýšené zátěži pouzdra ramene a vaziva. Při subluxaci hrozí nebezpečí mikrotraumatizace. K bolestivé únavě svalstva dochází i kvůli přetrvávající spasticitě. (12)

Algodystrofie ruky

U více než 10 % osob s hemiparézou dochází k algodystrofii paretické ruky. Algodystrofie je kombinací různých motorických, senzitivních a vegetativních symptomů, které se manifestují v různých časových dimenzích a intenzitě průběhu. V časném stadiu onemocnění nacházíme částečně těstovité otoky, zvláště v oblasti dorza ruky, které omezují extenzi a supinaci v zápěstí, a abdukci prstů a flexi metakarpofalangeálních kloubů. Ve srovnání se zdravou stranou je kůže ruky často teplejší nebo studenější, mramorovaná, načervenalá či namodralá. Nehty jsou zbarveny bíle a lámou se. Rehabilitanti trpí spontánními silnými bolestmi, které se zvyšují, hlavně když paže visí dolů – tzv. ortostatická komponenta

syndromu, která je častější u jedinců s neglect syndromem. Patofyziologie syndromu je vysvětlována poruchou vazokonstričního systému, není však dosud zcela objasněna. (12)

Inkontinence

Inkontinence močového měchýře a střeva je obvyklým jevem po cévní mozkové příhodě. Kontrola močového měchýře a střeva se zlepší a obvykle se vrátí normální funkce. (8)

Neuropsychologické syndromy (Poruchy symbolických funkcí)

Jedná se o funkce získávané během života učení, které jsou funkcí celé mozkové kůry. Fatické funkce jsou z rehabilitačního pohledu velmi důležité, aby vůbec rehabilitační proces mohl být nastartován a rozvíjen. (4)

Zkoušky řeči a jazykových schopností jsou součástí vyšetření expresivních funkcí a tvoří typickou styčnou oblast několika disciplín, zvláště logopedie, neuropsychologie, neurologie, speciální pedagogiky a v neposlední řadě ergoterapie. (13)

Při poškození mozku je pozornost věnována převážně poruše motorické a senzitivní. Často se pak stává se, že postižení vyšších korových funkcí zůstává opominuto. Přitom více jak polovina těchto osob mívá ještě další poruchy. (12)

A, Percepční a expresivní fatické poruchy

Afázie

Afázií je označována porucha řečové komunikace, vznikající většinou náhle na základě ložiskového poškození mozku. (13) Vyskytuje se nejméně u 20 % pacientů zasažených cévní mozkovou příhodou. (1)

Dominující bývá zejména nemožnost se srozumitelně vyjádřit pomocí verbální řeči, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů z mentálního slovníku, jsou přítomny vážné nedostatky při sestavování souvislých vět a zvláštnosti v užívání gramatických kategorií. Tyto problémy bývají provázeny poruchami v oblasti čtení a psaní, popřípadě apraxií. (13)

První klinickou známkou afázie je, když rehabilitant reaguje převážně na optické a taktilní stimuly, zatímco verbální podněty u něj vyvolávají jen omezené reakce. (12)

Afázie se po iktu vyskytují vzhledem k jiným diagnózám nejčastěji. Zpravidla je udávána vyšší frekvence po levostranném poškození mozku. Převládá klinický dojem, že úprava do roku po příhodě je nejzásadnější. (13)

Diagnostické rozdělení afázií zahrnuje následující tři typy: *Motorická (Brocova) afázie* je porucha v plynulosti a expresivní složce řeči. Je přítomno narušení řečové produkce s relativně dobře zachovaným rozuměním. Jsou přítomny fonematické parafrázie a agramatismy. Opakování a pojmenování je postiženo, někdy s lepším výkonem než u spontánní řeči. Druhým typem je *senzorická (Vernickeho) afázie*, kdy u těchto osob bývá dominantní špatné porozumění, pojmenování a opakování, verbální parafrázie, nevědomí vlastní poruchy řeči, dobrá fluence řečového projevu. Někteří produkují množství neologických výrazů a parafrází s výrazně akcelеровaným projevem. To vytváří dojem inkoherentní, nepřiléhavé mluvy a obtíže těchto osob bývají někdy mylně diagnostikovány jako psychiatrická onemocnění. V případě *globální (totální) afázie* se jedná o velmi těžkou poruchu s postižením všech fatických funkcí, nemožností sdělit jakoukoli obsahovou informaci, společně s těžkou poruchou rozumění verbálnímu projevu. Produkce je zcela znemožněna či omezena na opakování jedné slovní trosky, stereotypních spojení, často expresivních nadávek. Stav může být přetrvávající, nebo se upravovat do obrazu motorické afázie. (13)

Apraxie v řeči

Apraxie nevzniká nesprávnou činností svalů (svaly nejsou oslabeny, není porušen svalový tonus ani koordinace, pohyb není omezen), ale je porušeno programování řeči samotné. Proto se apraxie v řeči projevuje poruchami programování řečových prvků, hlásek, slabik, jejich záměnami, vynecháním, či perseveracemi. Tyto projevy nejsou konstantní a nebývají spojeny s poruchami dalších motorických řečových činností. Diagnostika je poměrně obtížná, jedná se o poruchu na pomezí dysartrie a motorické afázie. (13)

Dysartrie

Je motorická porucha, při níž jsou jazykové a kognitivní složky řečové komunikace v zásadě intaktní. Dýchání, fonace, rezonance a artikulace bývají v řeči různým způsobem porušeny či deformovány. Někteří autoři zdůrazňují při dysartrii postižení procesu artikulace na základě organického postižení nervového systému. (13)

Rozdělení dysartrií vychází z lokalizace lézí a z jejich projevů. Pro cévní mozkové příhody je typická dysartrie spastická (centrální). U tohoto typu dysartrie je řečový projev pomalý, pracný, s protahováním slov a nesrozumitelností delšího projevu. Dýchání je oslabeno, závěry v artikulaci a nosovosti pomalé a oslabené. (13)

Současně se mohou vyskytnout i obtíže při polykání, které rovněž mohou pramenit z oslabení svalů tváře, čelisti, jazyka a polykacích svalů. Jedinec proto nemůže přijímat potravu, následkem bude samozřejmě oslabení organismu a riziko aspirace potravy. (8)

Alexie a agrafie

Alexie a agrafie označují centrální postižení schopnosti číst a psát. Tyto poruchy jsou vysoce komplexní povahy a pestré klinické fenomenologie. (1)

Agrafie, popřípadě dysgrafie je expresivní fatická porucha, kdy ruka není schopna kreslit obrazce, které mají řečový charakter. Agrafie může být poruchou spontánního psaní, ale může být zachována schopnost psát diktát přes sluchový analyzátor nebo opisovat text. (9)

Alexie (dyslexie – v případě částečné poruchy) - porucha čtení a porozumění významu slov. (13) Jde o další fatickou funkci, kdy je do analytické percepční složky komunikace zapojen zrak. Pokud je dyslexie totální – pak mluvíme o alexii. Může nastat i situace, že postižený nemůže spontánně mluvit, ale pokud má před očima text, může ho číst, velmi často však čtenému nerozumí. (4)

U čisté alexie s agrafií může být řeč relativně plynulá a neschopnost číst zjistí rehabilitant často až po příchodu z nemocnice domů jako jediný příznak zanedbané cévní příhody. Alexie s agrafií se často vyskytuje společně s pravostrannou hemianopsií, fatickými poruchami a s tzv. Gerstmannovým syndromem (agrafie, akalkulie, porucha rozlišování pravá – levá, agnózie prstů) a konstrukční apraxií. Alexie bez agrafie je obvykle doprovázena obtížemi s pojmenováním barev, pravostrannou hemianopsií, poruchami krátkodobé paměti, zejména zrakové. Čistá agrafie se sama o sobě vlastně nevyskytuje. Prakticky vždy bývá

doprovázena motorickou afázií. Nejde o parézu ruky, ale nefunkčnost konceptů pro písmo. (1)

B, Neuropsychologické nálezy u osob po CMP

Agnósie

Agnósie jsou poruchy poznávání. Smyslové počítky objektivních skutečností se při této poruše nespojují se známými koncepty daných skutečností uloženými v dlouhodobé paměti. Tradičně se gnostické poruchy dělí podle svých izolovaných smyslových modalit, které se však mohou kombinovat podle specifity asociačního kortexu lézí postiženého. (1)

Zrakovou (vizuální) agnósií je míněna široká škála syndromů, se kterými se můžeme u neurologických pacientů setkat. Někteří jedinci trpící kortikální slepotou si nemusí být vědomi ztráty zraku a konfabulují objekty, které „vidí“. Jiní rehabilitanti mají naopak reziduální zrakové vjemy zachovány (chytí letící míč), ale jakýkoli vizus popírají. Z dalších typů poškození můžeme jmenovat poruchy ve vnímání velikosti či barev objektů. Vlastní zrakovou agnósií lze charakterizovat jako poruchu rozpoznávání objektů zrakem. Zraková agnósie se prakticky nevyskytuje jako izolovaný defekt. Často se pojí s parciální poruchou vizu nebo fatickou dysfunkcí. Variantami může být prozopagnósie, což je izolovaná ztráta rozpoznávání tváří (1) či vizuální dysgnosie čísel, kdy je poškozena schopnost rozpoznat jednotlivé číslice nebo písmena, v případě vizuální dysgnosie písmen. Postižení schopnosti identifikovat části těla označujeme jako tělesnou dysgnosii. (13)

Sluchová agnósie je poškození schopnosti porozumět významu slovní komunikace prostřednictvím sluchu. (13) Jde o paletu kortikálních poruch sluchu, rozloženou od plné kortikální hluchoty až ke specifickým poruchám poznávání izolovaných typů zvuků (čistá slovní hluchota, čistá neverbální sluchová agnósie, čistá amúzie, smíšená sluchová agnósie). (1)

Taktilní agnósie (stereoagnósie) je typ postižení, při kterém nemocný nerozezná předmět hmatem, zatímco jinými senzorickými modalitami ano. Vždy je však nutno vyloučit hypestezii či anestezii. (1)

Porucha pravo-levé orientace

Poškození schopnosti rozeznávat pravou a levou stranu na vlastním těle. (13)

Neglect syndrom

Prvky negletu se naleznou až u 80 % nemocných po CMP, vysoká incidence je i u traumatických poškozeních mozku. Poměrně rozšířená definice označuje neglect jako neschopnost vnímat, odpovídat nebo se orientovat v nových nebo významných podnětech (kontralaterálně k lézi) a tento deficit nelze připsat senzorickému nebo motorickému deficitu. Syndrom je nepochybně poddiagnostikován a funkčně nedoléčen. To se týká diagnostiky syndromu jako celku i jeho projevů na dominantní straně. (14)

(Hemi)neglect syndrom je selektivní poruchou pozornosti vůči polovině receptivního pole, nejčastěji zleva. Při této poruše pacient reprodukuje prostorové vztahy pouze v pravé polovině zorného pole, například nakreslí pouze čísla v pravé polovině ciferníku. Zrak je však zachován. Je-li tato porucha vyjádřena výrazněji, pacient často ignoruje protilehlou polovinu těla. Popírá, že mu patří, či si není vědom, že je na levou polovinu těla ochrnutý. (1)

Apraxie

Apraxie je definována jako neschopnost správně vykonávat naučené volní úkony v důsledku poškození mozku. Do definice nejsou zahrnuty poruchy koordinace, parézy, poruchy citlivosti, poruchy pozornosti nebo vnímání příkazu. Jde o poruchu jakési hybné řeči těla. (1) Dělí se na různé typy, které se většinou překrývají a těžko se jednoznačně identifikují. Základní je apraxie motorická, kdy nemocný nesvede složitější pohyby ruky, které předpokládají určité synergie. Ideomotorická apraxie znamená, že se rozpadne plán pohybu, jako je vyjmutí sirky z krabičky a škrtnutí při pokusu o její zapálení. Konstruktivní apraxie znamená, že postižený nedovede sestavovat sady jednotlivých motorických úkonů, jako je stavba z kostek, kreslení geometrických vzorů. Ideatorní apraxie se chápe jako rozpad naučených motorických výkonů. (4)

Porucha schopnosti myšlení a plánování (Postižení frontálních laloků)

Přední části frontálních laloků zajišťují funkce nejvyšší osobnostní integrace, vědomého myšlení a sociálního chování. Jejich poškození nemusí vést ke klinickým změnám popsatelným v termínech motorického, senzitivního nebo řečového postižení. Porucha jejich funkce může snadno uniknout pozornosti klinika a teprve rodina či okolí, například po propuštění do domácí péče, referuje o změnách chování, mentální výkonnosti, návyků a

osobnosti člena rodiny. Může být přítomna deliberace primitivních reflexů (sací, úchopový), echopraxie (opakování viděného pohybu), echolálie (opakování slyšeného), deliberace obživného a sexuálního pudu, puerilismus (dětské chování s vkládáním předmětu do úst), emocionální inkontinence až ztráta sociální sebekontroly. Při neuropsychologickém vyšetření lze zjistit neschopnost abstraktního myšlení, které se projevuje například neschopností úsudku (výklad přísloví), neschopnost plánování, porucha pozornosti a paměti. (1)

Deprese

Deprese se může manifestovat, pokud se rehabilitant nevyrovná s následky onemocnění, ale také náhle, bez vnější příčiny. Zároveň s depresivním onemocněním se zvětšuje také psychický a motorický útlum. Tito jedinci často odmítají přijímat potravu a spolupracovat při terapii. Cévní mozková příhoda v nedominantní hemisféře, zejména ve frontální oblasti, může vyústit v otupělost až plnou emocionální indifferenci. Je-li frontální postižení oboustranné, objevuje se abulie až akinetický mutismus. Je-li postižen zadní frontální kortex, může být stav doprovázen depresí. U těchto poruch se doporučuje vedle cílené terapie i včasná psychoterapeutická intervence, bohužel však, emocionální funkce centrální nervové soustavy jsou dosud prostudovány poměrně málo. (1)

2.3 Ergoterapie jako součást rehabilitace

Pojem „rehabilitace“ převzatý z latiny a v řadě jazyků používaný, přesahuje do značné míry oblast medicínskou. Ani mezi lékaři a zdravotníky není dodnes správně chápán. Léčebná rehabilitace ve smyslu „návratné péče“ znamená léčebné postupy, zaměřené na návrat k původnímu stavu zdraví. Probíhá především v subakutním období během nemoci nebo po úrazu, svůj nezbytný význam má však i indikace u osob chronicky nemocných nebo osob s trvalými následky. Ne u všech těchto osob můžeme očekávat návrat ke stavu původního zdraví. Za cíl rehabilitace lze v těchto případech považovat jednak zlepšení porušených funkcí organismu, jednak zlepšení kvality života rehabilitanta. (15)

Jinak řečeno, rehabilitace je činnost, jejímž cílem je optimální znovuobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu nebo onemocnění. (5)

Světová zdravotnická organizace chápe rehabilitaci jako široký soubor aktivit, které kromě léčebné péče zahrnují též fyzioterapii, ergoterapii a terapii psychosociálních potřeb

člověka. Rehabilitace je vnímána jako proces, jehož cílem je umožnit lidem s disabilitou dosáhnout a udržet si optimální funkční úroveň fyzických, senzorických, psychologických a/nebo sociálních schopností. Rehabilitace poskytuje lidem s disabilitou nástroje, které potřebují pro zachování soběstačnosti a sebeurčení. (16)

Impairment je porucha, která se týká jednoho systému a projevuje změnami anatomickými, fyziologickými nebo psychickými. Disabilita (omezená schopnost) je pojem širší a komplexnější, má také mnohem individuálnější charakter. Jejím projevem je neschopnost jedince provádět určité činnosti, které dříve před vznikem disability prováděl. Dnes již tolik nepoužívaný pojem „handicap“ představuje vlastně disability promítnutou do vztahu ke společnosti, do běžných činností a rolí člověka. Vlastní omezení může spočívat v nesoběstačnosti při osobní hygieně, cestování, studiu, v ekonomické nezávislosti, v rodinném životě, ve využití volného času atd. Zde i jedinec se stejným stupněm disability, může být různě limitován, vlivem vnějších společenských okolností. (5)

Prostředky, které rehabilitace využívá lze dělit do pěti skupin jenž jsou popsány v dalším textu:

A) Léčebné prostředky rehabilitace jsou fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, léčba pomocí chirurgických zákroků atd.

B) Sociální prostředky rehabilitace jsou hlavním úkolem zdravotně sociálního pracovníka a jedná se o princip, jak člověka s postižením co nejvhodněji integrovat do společnosti. Součástí sociální rehabilitace je vytváření ekonomických a materiálních podmínek pro zvyšování kvality života a pro soběstačný život, například přiznáním invalidního důchodu, mimořádné výhody I. - III. stupně, osobní asistence.

C) Pedagogické prostředky rehabilitace se u získaných postižení dělí dle postižení orgánů na patřičné „pedie“. Rehabilitací je zde myšlena zejména osobnostní speciální výchova, speciální pedagogika.

D) Pracovní rehabilitace se zabývá schopností uplatnit se na trhu práce. Existuje možnost rekvalifikace či podpora zaměstnavatelů zaměstnávající lidi se změněnou pracovní schopností atd.

E) Psychologické metody jsou často spojeny se sociálními a pedagogickými přístupy, jako je například psychoterapie. (17)

Jak vyplývá z definice rehabilitace, jedná se o činnosti daleko rozsáhlejší a komplexnější, než přžívá v představách laické i části medicínské veřejnosti, kde bývá zaměňována s pojmem fyzioterapie, která zahrnuje různé techniky cvičení a metody fyzikální léčby. (17)

Rehabilitaci indikuje a za její provádění a koordinaci je odpovědný lékař, i když je týmovou činností za účasti fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopeda, psychologa a dalších odborníků. Z této týmové práce vyplývá další předpoklad úspěšné rehabilitace spočívající v její komplexnosti. (17)

Nutný je správně zvolený čas pro začátek rehabilitace, její nevhodné načasování zvýší ekonomické nároky a ovlivní i její výsledky. (5)

Ambulantní rehabilitační oddělení se nacházejí prakticky ve všech menších městech, jejich vybavení jsou různé kvality, při velké šíři poskytované léčby nemohou provádět pochopitelně řadu specializovaných technik. Proto existují rehabilitační centra při nemocnicích a lékařských fakultách a specializované ústavy a samozřejmě i léčba lázeňská. (5)

Ergoterapie je jednou z částí rehabilitačního programu, která se snaží výše zmíněné omezení aktivity, impairment a participaci překonat. Velmi úzce spolupracuje se všemi složkami interdisciplinárního týmu od akutního stavu až do doby, kdy pacient navštívuje rehabilitaci například již jen ambulantně. Zároveň se domnívám, že ergoterapie má pro pacienta velký význam i v tom směru, že pomáhá motivovat pro další terapeutické formy, jejichž cíl není pro pacienta tolik zřetelný. Nejen proto pacienti po cévní mozkové příhodě rozhodně patří mezi ty, u kterých má intervence ergoterapeuta značný význam. (5)

2.3.1 Základní pojmy ergoterapie

Ergoterapie je obor, jenž se v posledních letech vyvinul z části rehabilitace, která byla nazývána léčba prací, výchova k soběstačnosti. Hlavním jejím cílem je zjistit potřeby či omezení jedince k běžnému životu a snažit se nácvikem a správným výběrem různých kompenzačních pomůcek, ve spolupráci s nemocným, minimalizovat tyto nedostatky. (5)

Ergoterapie je jednou z důležitých součástí rehabilitace, jelikož pomáhá pacientům řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou

pro život nepostradatelné, čímž podporuje aktivní začlenění do společnosti a přispívá k zachování optimální kvality života. (18)

Definice ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnická profese, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. (18)

Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci daného jedince. (19)

Podle M. Lippertové je ergoterapie terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem zlepšit funkční poškození pacienta, zabránit progresi a vzniku sekundárního poškození a dosáhnout tak co největší možné samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě. (12)

Předmět ergoterapie

Ergoterapie je profese, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody prostřednictvím vhodně zvolené aktivity. Teorie ergoterapie vychází ze znalosti aktivity/zaměstnávání a jejího terapeutického využití pro zlepšení funkčního stavu, který byl vlivem onemocnění a následnou disabilitou narušen. Ergoterapie vychází z předpokladu, že člověk může zlepšit své zdraví a kvalitu života tím, že se aktivně zapojuje do zaměstnávání, které jsou pro něj osobně významná a smysluplná. Aktivitu či zaměstnávání ergoterapie vnímá současně jako prostředek i cíl léčby. Ergoterapeuti vycházejí z předpokladu, že činnost, která zahrnuje interpersonální vazby a vztahy s prostředím, může být použita k prevenci a ovlivnění dysfunkce a přispívá též k rychlejšímu uzdravování. (24)

Základní vymezení pole působnosti ergoterapie je možné popsat na vztahu či interakci osoba-činnost-prostředí. Ergoterapeut se při všech svých intervencích zaměřuje na všechny tři výše uvedené oblasti. Bezpečný, adekvátní a samostatný výkon všedních denních činností, pracovních i volno-časových aktivit závisí na úspěšné interakci osoba-činnost-prostředí. (24)

Interakce osoba-činnost-prostředí je charakterizována dovednostmi a schopnostmi osoby, ale též jejími potřebami, zájmy a rolemi, dále nároky činnosti a rysy fyzického, sociálního a kulturního prostředí, v kterém se činnost konkrétní osoby odehrává. (24)

Cíle ergoterapie

Hlavním cílem ergoterapie je pomoci osobám, u kterých došlo v důsledku onemocnění, úrazu, vývojové vadě či procesu stárnutí k potížím v provádění každodenních aktivit, zachovat si maximální soběstačnost ve všedních denních činnostech (z anglického originálu activities of daily living, ADL), pracovních činnostech a aktivitách volného času. (24)

Primárním zájmem ergoterapie je umožnit osobě provádět činnosti, které považuje za důležité a potřebné pro její život, a přispět tak k zachování odpovídající kvality života a k plnému zapojení do společnosti. Zvolené činnosti/ aktivity proto vždy zohledňují osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby a také podmínky prostředí, ve kterém se osoba nachází a spoluvytváří její životní styl. (24)

Ergoterapeutický proces

A) Diagnostika

K hlavním krokům ergoterapeutické diagnostiky patří posouzení senzomotoriky a percepce. Pojem percepce zahrnuje různé oblasti jako vnímání vlastního těla, vizuální vnímání, konstruktivní schopnosti.(12)

Ergoterapeut používá ergoterapii vlastní diagnostické metody či prostředky, pomocí kterých zjišťuje specifické problémy klienta/pacienta a plánuje terapeutický postup. Ergoterapeutické vyšetřovací metody jsou specifické v tom, že se zaměřují především na výkon činností každodenního života a zjišťování příčin problémů v provádění aktivit. Ergoterapeutická intervence je založena na pochopení klienta jako osoby s jedinečnou historií aktivit, zvyklostmi v provádění každodenních činností, osobitými zájmy a hodnotami. (24)

Ergoterapeutické vyšetření zahrnuje posouzení oblastí výkonu (ADL, pracovní a volnočasové činnosti), součástí výkonu (př. svalová síla, paměť, interpersonální dovednosti) a kontextu výkonu (př. věk, faktory fyzického a sociálního prostředí). Při použití terminologie ICF (WHO, 2001) - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

(Pfeiffer, 2003) to znamená, že ergoterapeut posuzuje kapacitu jedince (jeho schopnosti a možnosti) v provedení požadované aktivity a úroveň jeho participace. (24)

B) Hodnocení

Ergoterapeutický proces je založen na vstupním a průběžných hodnoceních výstupů terapie. Pro ergoterapeuta by mělo být důležité při hodnocení zjišťovat, jaké role osoba zastává a jaké činnosti v konkrétním prostředí zvládá či naopak jí dělají obtíže. Ergoterapeut společně s osobou, která hledá pomoc, se zaměřují na individuální schopnosti, facilitátory prostředí a na problémy související s prováděním každodenních aktivit. (24)

Hodnocení zahrnuje použití standardizovaných i nestandardizovaných procedur, interview, pozorování v různém prostředí a konzultaci s osobami, které jsou pro rehabilitanta významné. (24)

C) Plánování

Výsledky hodnocení slouží jako podklady pro vytvoření plánu terapie, který zahrnuje jak krátkodobé, tak i dlouhodobé cíle. Plán terapie musí odrážet úroveň funkčních schopností jedince, jeho zvyky, role, preferovaný životní styl a faktory prostředí, v kterém žije. (24)

D) Spolupráce

Ergoterapeuti si uvědomují důležitost týmové spolupráce s dalšími odborníky, rodinnými příslušníky, pečovateli a dobrovolníky pro realizaci holistického přístupu uplatňovaného v terapii. (24)

E) Dokumentace

Dokumentování závěrů hodnocení a pravidelné zaznamenávání výstupů terapie je nezbytné pro monitorování účinnosti použitých terapeutických postupů a dosažení stanovených cílů terapie. Vedení ucelené a pravdivé dokumentace založené na objektivních zjištění svědčí o profesionálním přístupu ergoterapeuta. (24)

Dokumentace musí vždy věrně reflektovat rozsah a obsah poskytovaných služeb, použité terapeutické prostředky a metody a objektivní údaje. (24)

Dokumentace by měla být vedena v souladu s platnými právními předpisy, regulacemi a doporučenými postupy či standardy. Vedení zdravotnické dokumentace je jednou ze základních činností zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí. (24)

F) Terapie

Terapie se zaměřuje na programy, které jsou zaměřeny na potřeby osoby a jejího prostředí. Program terapie je vytvořen tak, aby umožňoval výkon každodenních úkonů a adaptaci v prostředí, v kterém osoba žije, pracuje a společensky se stýká. Jako příklad lze uvést nácvik dovedností a používání kompenzačních pomůcek, které usnadňují provádění úkonů sebeobsluhy, snižují bariéry prostředí a umožňují participaci. Proces terapie je integrálně spjat s procesem hodnocení. (24)

Ergoterapeut používá při práci s rehabilitanty četné metody a přístupy, které vycházejí z různých teorií, teoretických modelů a rámců vztahů. Teoretické modely předurčují, jaké přístupy ergoterapeut v terapii upřednostní. Každý z teoretických modelů či rámců vztahů má své klady a svá omezení a je nezbytné, aby je ergoterapeut znal a zvolil ten, který bude nejlépe vyhovovat konkrétnímu klientovi/pacientovi a prostředí. Je možné, aby během léčby jedné osoby bylo postupně použito několik různých rámců vztahů. (24)

Jednotlivé metody a přístupy se v praxi navzájem prolínají a jejich výběr do značné míry závisí na vzdělání, zkušenosti ergoterapeuta ale i na skladbě klientů/pacientů a způsobu práce na pracovišti. Obecně platí, že metody a přístupy ovlivňují nejen ergoterapeutické hodnocení, interpretaci a terminologii, ale i použití terapeutických technik. (24)

2.3.2 Ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě

U osob s fyzickým postižením ergoterapeuti obvykle používají metodu biomechanickou a dále metody neurovývojové a kognitivní. Každá z metod nabízí vlastní terapeutické přístupy. Biomechanická metoda má tři typy přístupů: přístup stupňovaných aktivit, přístup všedních denních činností (ADL) a kompenzační přístup. Do neurovývojových metod řadíme velké množství terapeutických přístupů a metodik. Pro práci ergoterapeuta jsou však nejpodstatnější: Bobath koncept, propioceptivní neuromuskulární facilitace (Kabatova metoda), přístup dle Affolterové a sensorická integrace. Poslední skupinou metod aplikovaných v ergoterapii u fyzického postižení jsou kognitivní metody. (24)

Naproti tomu u osob s psychosociálními problémy jsou upřednostněny přístupy behaviorální, kognitivní, psychoanalytický, humanistický či přístup zaměřený na skupinu. (24)

Předpokladem pro jejich použití je patřičná odborná způsobilost ergoterapeuta a oblast problémů rehabilitovaného jedince. (24)

U většiny onemocnění dochází po léčbě ke zlepšení klinického stavu. Avšak v populaci nemocných po cévní mozkové příhodě existují výrazné rozdíly v odpovědi na terapii. Pro dosažení dobrých léčebných výsledků je třeba hledat parametry předpovídající výsledek léčby. Následek cévní mozkové příhody je ovlivněn následující řadou faktorů:

- Typ a stupeň neurologického postižení,
- další onemocnění,
- změny psychiky,
- omezení aktivit denního života,
- bariéry v okolí.

Optimální rehabilitace vychází z analýzy těchto faktorů, kdy můžeme stanovit rehabilitační potenciál jedince. Pro získání potřebných údajů nám slouží řada testů, které dovolují kvantifikovat velikost sledovaných parametrů. Na tomto základě pak můžeme určit nejvhodnější individuální léčebný program. (20)

Jedná se o testy, u kterých byla rozsáhlými statistickými studiemi prokázána jejich validita (platnost testu ověřená praxí), reliabilita (spolehlivost – při jejím použití nezávislí hodnotitelé dospějí opakovaně ke stejným výsledkům), senzitivita (citlivost daná podílem pozitivních výsledků u postižených osob) a specificita (daná podílem negativních výsledků testu u osob bez nemoci). (20)

Situace v testování po CMP v rehabilitační praxi přesto není snadná. Funkčních testů pro centrální hemiparézu existuje celá řada. Jednotlivé testy hodnotí například „poruchy“ (impairment) – Chedoke McMaster Rehabilitation Centre, Hamilton, Canada, „aktivity“ (disability) – Barthel index – BI, Functional Independence Measure – FIM, „participace“ pro jejíž hodnocení je u CMP v literatuře používáno nejvíce testů, přičemž však žádný z nich není považován za standardní. Je to způsobeno tím, že hodnocení participace je nejobtížnější. Participace souvisí se sociálními jevy, představuje následky zdravotních problémů na sociální úrovni. Vypovídá o prožitcích osob v aktuální souvislosti se životem, který prožívají.

Participace je tedy způsob jak je příslušná osoba zapojena do různých životních situací. Její hodnocení předpokládá individuální přístup. (20)

2.3.3 Ergoterapie ve VRÚ Slapy nad Vltavou

Vojenský rehabilitační ústav Slapy nad Vltavou (VRÚ)

Vojenský rehabilitační ústav je odborný léčebný ústav se zaměřením na komplexní rehabilitační léčbu formou hospitalizace. Léčba je realizována ve spolupráci s vojenskými nemocnicemi, posádkovými ošetrovnami rezortu Ministerstva obrany ČR a také v rámci celé České republiky překlady z jiných nemocnic včetně krajských a fakultních či na doporučení lékařů všech odborností, pokud je vyžadována rehabilitace na lůžku. (21)

Ústav má dlouholetou tradici. Základ VRÚ byl položen již v roce 1936, kdy Svaz rotmistrů Československé armády zakoupil výletní restauraci Sázava – dnešní pavilon „A“ a začal ji provozovat pro své účely. V roce 1940 byl celý areál zabrán jednotkami SS a na území VRÚ probíhal výcvik Hitlerjungend. Po osvobození v roce 1945 přebírá areál ČSLA. V roce 1953 byla zahájena preventivní rehabilitace a vybudován léčebný pavilon „C“. Po čtyřech letech byl areál zařazen mezi ozdravovny a nazván Vojenská ozdravovna (VO) Slapy nad Vltavou. V roce 1968 byla VO Slapy nad Vltavou přeměněna na rehabilitační ústav, ve kterém se prováděla pouze léčebná rehabilitace na lůžku. Všechny neléčebné činnosti byly zrušeny. V roce 1973 vznikl nový název ozdravovny: Vojenský rehabilitační ústav – VRÚ Slapy nad Vltavou a v letech 1973 – 92 tu proběhly některé malé úpravy stavebního charakteru. Vlastní léčebná činnost byla stejná, zaměřená na vojáky základní služby, vojáky z povolání a o.p. vojenské správy. Od roku 1992 se ústav zcela otevřel pro veřejnost a v rámci volné kapacity probíhá léčba pojištěnců všech zdravotních pojišťoven. (21)

Od 1. ledna 2005 se ve VRÚ léčí vojáci v činné službě, probíhají preventivní rehabilitace PR I. – kardiovaskulární program a PR II., léčí se zde osoby podle RMO 6/2003 a nositelé Osvědčení podle zák. č. 255/1946. Přicházejí sem ovšem také pojištěnci všech zdravotních pojišťoven. VRÚ poskytuje od 1. 2. 2006 také samoplátecké léčebné pobyty a rehabilitanti si mohou od 1. 5. 2007 v rámci doplňkových služeb připlatit některé procedury, které nehradí zdravotní pojišťovny a nadstandardní ubytování. (21)

Vojenský rehabilitační ústav tvoří 5 pavilonu, všechny jsou propojeny spojovacími koridory, proto je léčba vhodná i pro imobilní jedince. Ubytování se poskytuje ve

dvojlůžkových pokojích, které jsou vybaveny televizorem se satelitním příjmem a lednicí. Jako nadstandardní také jednolůžkové pokoje a apartmány. (21) Kapacita ústavu je 160 lůžek.

Léčba VRÚ je zaměřena především na osoby s postižením centrálního nervového systému a celkově hybného systému. Léčí se zde stavy po těžkých operacích (mozku, páteře, kloubů, kostí atd.), polytraumatech, včetně úrazů hlavy, TEP a ostatních ortopedických onemocněních, těžká neurologická a revmatologická onemocnění a stavy po těžkých interních onemocněních. (21)

Ergoterapie ve VRÚ Slapy nad Vltavou

Pavilon ergoterapie je rozdělen na terapeutickou dílnu, nácvik soběstačnosti a cílenou či kondiční ergoterapii. Provádí se zde převážně individuální, ale i skupinová ergoterapie. Terapeutická dílna je zařízena jako dílna keramická, výtvarná a truhlářská. Provádí se zde terapie zaměřená na postiženou oblast a ergoterapie kondiční. Nejedná se tedy o arteterapii, nýbrž využívá se zde práce k rozšíření kloubního rozsahu, zvětšení svalové síly, nácviku úchopových funkcí, hrubé i jemné motoriky a v neposlední řadě i grafomotoriky. Nácvik soběstačnosti se provádí v místnosti vybavené jako obytná místnost, ve které se vyskytují prvky obývací místnosti, kuchyňské linky a pracovny. V dosahu je bezbariérové WC. K dispozici je pro nácvik soběstačnosti také celé lůžkové oddělení vybavené bezbariérovou koupelnou a WC. Při nácviku soběstačnosti se zaměřujeme zejména na nácvik všedních denních činností, tzn. mobilita na lůžku, vozíku, přesuny, bipedální lokomoci, sebesycení, oblékání a svlékání, manipulaci s kompenzačními pomůckami aj. Nezbytným vybavením ergoterapie jsou dvě polohovací lůžka, která slouží při nácviku soběstačnosti i pasivním a aktivním cvičení. Při ergoterapii však nejsme vázáni pouze na výše popsany pavilon. Pro ergoterapii je možné použít vybavení velké tělocvičny, venkovní prostory celého areálu, kde nám různě členitý terén umožňuje všechny potřebné možnosti k nácviku chůze i prostorové orientace a při nácviku sociálních dovedností je škoda opomíjet také klub v pavilonu „A“.

3 Cíl práce

Cílem práce „Ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě ve VRÚ Slapy nad Vltavou“ jsem si stanovila zjistit a popsat přínos ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě s ohledem na fyziologické a jiné změny u těchto osob po absolvování ergoterapie. Má práce se má zabývat následujícími problémy:

1. Charakterizovat ergoterapii u osob po cévních mozkových příhodách.
2. Popsat, jak probíhá ergoterapie ve VRÚ Slapy nad Vltavou.
3. Zjistit, vliv ergoterapie na soběstačnost, poruchy motoriky, senzitivity a symbolických funkcí u osob po cévních mozkových příhodách.

Protože jsem výzkum zaměřila kvalitativně, cílem mé práce je především vytvoření hypotéz. Hypotézy proto uvádím až v závěru své práce.

4 Metodika výzkumu

4.1 Kvalitativní výzkum

Protože jsem si jako cíl výzkumu zvolila zjistit přínos a rozsah ergoterapie u osob po cévních mozkových příhodách ve VRÚ Slapy nad Vltavou, na základě co nejširšího popisu reality, rozhodla jsem se pro svou práci použít kvalitativních výzkumných metod. Kvalitativní výzkum jsem zvolila zejména pro velké rozdíly v následcích získaných cévní mozkovou příhodou. Míra a rozsah následků je závislý na několika faktorech. Jsou jimi například typ a stupeň neurologického postižení, další onemocnění, změny psychiky, omezení aktivit denního života a bariéry v okolí. Významnou roli hraje pochopitelně i celkový stav člověka a včas zahájená léčba. (9)

Na začátku výzkumu jsem si vybrala základní témata a základní výzkumné otázky, kterými jsem se vzhledem ke svým zkušenostem z praxe chtěla zabývat. Pro povahu tématu jsem si zvolila kvalitativní výzkum, který mi umožňoval otázky modifikovat či doplňovat i v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. V průběhu výzkumu jsem tedy mohla pružně reagovat, čímž vznikaly nejen nové výzkumné otázky, ale také hypotézy a nová rozhodnutí, jak modifikovat zvolený výzkumný plán a pokračovat při sběru dat i jejich analýze. (22)

Jak uvádí J. Hendl, výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem či situací jedince nebo celé skupiny. Tyto situace bývají obvykle reflektující každodennost jedince či skupiny. (22)

Podle M. Dismana je kvalitativní výzkum nenumерické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím. (23)

Výzkum jsem se tedy rozhodla provádět zejména jako případovou studii, tedy detailní rozbor několika případů. (22)

4.2 Použité techniky

Protože u kvalitativního výzkumu není metodologie výzkumu vytvářena předem, ale v průběhu sběru dat (23) rozhodla jsem se pro sekundární analýzu dat, strukturované rozhovory s rehabilitanty před započítím a po absolvování ergoterapie a položené rozhovory se zaměstnanci VRÚ Slapy nad Vltavou.

Pro sekundární analýzu dat jsem měla k dispozici zdravotní dokumentaci hodnocených osob (vstupní a propouštěcí zpráva, záznam o průběhu hospitalizace).

Protože jsem členem rehabilitačního týmu ve VRÚ Slapy nad Vltavou, měla jsem možnost být v kontaktu se všemi rehabilitanty po celou dobu jejich rehabilitačního pobytu. Mohla jsem proto průběžně provádět zúčastněná pozorování a při vstupním a závěrečném hodnocení provést s těmito jedinci strukturovaný rozhovor.

Obdobně jako u strukturovaného rozhovoru s rehabilitanty jsem i k položeným rozhovorům s dalšími členy rehabilitačního týmu používala seznam témat, na které jsem se během rozhovorů měla v úmyslu tázat.

4.3 Kritéria zkoumaného souboru

Jelikož cílem konstrukce vzorku v kvalitativním výzkumu je reprezentovat populaci problému, oproti kvantitativnímu výzkumu, kde chceme reprezentovat populaci jedinců (23), hlavním kritériem výběru byla diagnóza osob a indikace ergoterapie lékařem. Vzhledem ke zvolenému tématu bakalářské práce jsem cíleně vybírala osoby po cévní mozkové příhodě bez ohledu na věk, pohlaví a přidružené diagnózy.

Pro kasuistiky jsem se snažila vybrat skupinu osob, u kterých je potřebný odlišný ergoterapeutický přístup, abych obsáhla v co nejširší míře to, co je pro mou práci ergoterapeuta u osob po cévní mozkové příhodě typické.

4.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Na základě výše vybraných kritérií vypadal vzorek hodnocených osob následovně. Z hospitalizovaných jedinců jsem si pro praktickou část své bakalářské práce vybrala skupinu, která čítala 10 osob. V této skupině bylo 5 žen a 5 mužů, narozených v letech 1932 - 1951. Hlavním znakem této skupiny byla prodělaná cévní mozková příhoda, přičemž u 3 osob se jednalo o cévní mozkovou příhodu hemoragického typu, u zbývajících 7 byla diagnostikována ischemická mozková příhoda. V totožném poměru jsem následně zjistila i počet pravostranného a levostranného postižení, tj. 3 osoby prodělaly levostrannou a 7 pravostrannou cévní mozkovou příhodu.

4.5 Charakteristika a postup výzkumu

Výzkum jsem prováděla v době od července 2006 do října roku 2007 ve Vojenském rehabilitačním ústavu Slapy nad Vltavou.

Rehabilitanty jsem během jejich pobytu v rehabilitačním ústavu krátce informovala o výzkumu, který bude sloužit jako podklady pro mou bakalářskou práci. Poté jsem zpracovala zdravotní dokumentaci těchto osob (tzn. vstupní zprávu vytvořenou lékařem, vyšetření provedené fyzioterapeutem, ergoterapeutem, popřípadě psychologem, neuropsychologem a logopedem).

Každý rehabilitant byl nejprve otestován a vyšetřen baterií testů. Během testování jsem hodnotila stav hybnosti, mobilitu a soběstačnost. Při psaní anamnézy jsem se zároveň snažila zjistit, zda jedinec používá některé kompenzační pomůcky a stav sociálního prostředí. Baterie testů měla také sloužit k zachycení základních kognitivních deficitů, poruch řečových schopností atd. Po vstupním vyšetření docházela většina rehabilitantů 1x denně na individuální ergoterapii. Průběh terapie vycházel zejména z dané anamnézy a zjištěných deficitů. Neméně podstatné pro mě byly i momentální potřeby rehabilitanta.

Pečlivě jsem se snažila pozorovat celý průběh hospitalizace, ať už při ergoterapii, které jsem jako ergoterapeut přímo účastnila či průběžným sledováním záznamů v dekurzu a v rehabilitačních záznamech, které jsem v případě nejasností následně konzultovala s osobami, jež jsou za ně zodpovědné.

Před plánovaným ukončením rehabilitačního pobytu ve VRÚ Slapy nad Vltavou jsem zhodnotila pomocí strukturovaného rozhovoru s každým rehabilitantem vliv ergoterapie na jeho osobu a spolu s informacemi získanými z výstupní zprávy je posléze shrnula a zaznamenala do kasuistik, které k nahlédnutí přikládám jako součást praktické části mé bakalářské práce.

Data a informace získané z lékařských zpráv, rehabilitačních záznamů, dekurzů a strukturovaných rozhovorů s klienty zaznamenané do kasuistik, jsem se pro větší přehlednost rozhodla členit do následujících částí.

U každého rehabilitanta uvádím stručnou anamnézu (osobní, rodinnou, pracovní a sociální), orientační zhodnocení funkčního stavu (soběstačnost, stav pohybového aparátu), krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán a popis průběhu hospitalizace.

Pro dokreslení problematiky jsem provedla sekundární analýzu dat, s následujícími cíly:

1. Zjistit podíl osob po cévní mozkové příhodě z celkového počtu osob, hospitalizovaných ve VRÚ Slapy nad Vltavou.
2. Získat informace o počtu osob po cévní mozkové příhodě, kterým byla lékařem indikována ergoterapie.

Údaje jsem získala analýzou statistik počtů přijatých osob v posuzovaném období.

5 Výsledky

5.1 Kasuistiky

▪ *Kasuistika č. 1*

Muž, narozen 1947

Diagnóza: levostranná CMP, ischemická (2007)

Další diagnózy: diabetes II. typu, hyperlipidemie

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 19. 7. 2007 - 9. 8. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Rehabilitant byl přijat k léčbě v rehabilitačním ústavu na základě prodělané levostranné cévní mozkové příhody v zimě téhož roku. Po mozkové příhodě proběhl u rehabilitanta první epileptický záchvat, pro který nebyl léčen ani sledován. V červnu prodělal epileptický záchvat s následnou bolestí na hrudi a v následujících čtyřech dnech mu byly implantovány dva stenty pro kritickou stenózu. Operce proběhly bez komplikací, epileptické záchvaty se opakují. V současné době přetrvává expresní afasie. Rehabilitant prodělal běžné dětské nemoci, nikdy vážněji nestonal. Nyní je léčen pro hyperlipidemii a diabetes II. typu, má implantovány stenty v oblasti koronárních cév a femorální cévy na pravé končetině. Rehabilitant kouří až padesát cigaret denně, alkohol pije příležitostně.

Pracovní anamnéza

Rehabilitant je v invalidním důchodu. Dříve pracoval jako řidič z povolání.

Rodinná anamnéza

Oba rodiče se léčili na cévní onemocnění, konkrétní diagnózu rehabilitant nezná.

Sociální anamnéza

Rehabilitant žije s manželkou v centru Prahy. Bariérovost bytu neřeší a uvádí, že vše co potřebuje zvládne sám, popřípadě s pomocí manželky. Žádné kompenzační pomůcky nepoužívá a ani o ně nemá zájem. V případě potřeby se sám na delší vzdálenosti přemisťuje

osobním automobilem. Rodině se sice nelíbí, že řídí, on osobně v tom však problém nevidí. Ve volném čase si hraje s vnoučaty, sleduje televizi či poslouchá rádio. Sám aktivně cvičí jen po výzvě manželky. Velmi dobře funguje komunikace s dcerou, která však s rodiči již nežije.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 167 cm, váha: 82 kg, výživa: dobrá, TK 140/80mmHg.

Psychický stav

Rehabilitant je klidný, orientovaný, spolupracuje.

Soběstačnost

Rehabilitant je plně soběstačný, menší případné deficity jsou plně kompenzovány.

Stav pohybového systému

Aktivní hybnost všech končetin zachována v plném rozsahu, zhoršena zejména jemná motorika a kvalita provedení pohybu horní končetinou.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Při sestavování krátkodobého ergoterapeutického plánu jsme si společně s rehabilitantem vytvořili seznam aktivit a věcí, které jsou pro něj v současné době nejvíce obtížné. Mezi obecné cíle patřilo zlepšení fatiky a motoriky, do konkrétních rehabilitant zařadil schopnost podepsat se a písemně i verbálně sdělit svou adresu. Během první terapie jsme si také rozdělili, s čím pomohu já a na čem se naopak může podílet sám rehabilitant.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rehabilitantovi jsem doporučila, aby i nadále pokračoval v logopedické reedukaci a samostatném domácím cvičení. V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. Za vhodné považuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po mozkové příhodě.

Průběh hospitalizace

Protože pohyby prstů a rukou jsou z velké míry závislé na stavu spasticity proximálních segmentů končetin, cvičila jsem s rehabilitantem nejprve správné stereotypy hrubých pohybů, od nichž jsme po zvládnutí teprve přistupovali k jemné motorice. Jelikož nejsnadněji dosáhneme aktivní extenze v zápěstí a prstech v poloze nazádech s paží v elevaci, cvičili jsme zpočátku na lůžku, později vsedě s paží zdviženou diagonálně vpřed v horizontální poloze nebo nad ní. Abdukce palce a prstů byla facilitována již samotnou supinací předloktí při extendovaném lokti. Při silnější spasticitě jsme používali senzorické stimulace, ve formě poklepu na extenzory zápěstí a prstů na radiální straně předloktí, anebo kartáčování dorzální strany předloktí, ruky a prstů. Střídavá volní flexe a extenze prstů s končetinou v antispastické poloze bránila další tonické kontrakci flexorů.

Příklad cvičení horní končetiny v poloze na zádech, nebo vleže na boku:

Paže rehabilitanta je v elevaci, flexi v lokti, dlaň se dotýká temene hlavy, střídá se flexe a extenze v lokti. Stejný pohyb cvičíme s paží předpaženou v horizontální rovině. Schopnost fixovat paži v rameni v jakékoli výšce za současné flexe a extenze v lokti je nutná pro oblékání, najedení, učesání atd.

Další je cvik, jehož cílem je zabránit detekci a depresi v rameni:

Postižená horní končetina je flektována přes hrudník tak, že se dlaň dotýká protilehlého ramene. Rehabilitant se zpočátku učí v této poloze udržet, později zvedá z připažení loket do horizontální polohy a nad ní.

Každý pohyb vždy nejprve s rehabilitantem provádím s dopomocí, aby si dokázal uvědomit správnou trajektorii pohybu, poté pacient provádí pohyb sám a já kontroluji jeho správnost. Rehabilitanta jsem vždy upozornila na chyby a po zvládnutí pohybového vzorce jsme do cvičení zařadili i patřičné pomůcky adekvátní pro každý jednotlivý pohyb. Tj. hřeben, zubní kartáček, holící strojek, hrnek, ručník atd.

Cvičení horní končetiny vsedě na židli s rovným opěradlem:

Výchozí poloha je současně antispastickým postavením horní končetiny – zevní rotace, extenze a supinace v lokti, dorzální flexe zápěstí a prstů. Flekční spasticitu nejvíce snížíme, převádíme-li postiženou horní končetinu v extenzi a zevní rotaci diagonálně za záda. Touto polohou rehabilitanta připravujeme na ochranu při pádu, kdy také extenduje paži a předloktí.

Rehabilitant přenáší tíhu na postiženou horní končetinu, loket drží v extenzi, ruku dlaní na podložce, zápěstí a prsty v extenzi a abdukci a zvedá pletenec ramenní. Ruku rehabilitanta pokládáme stále více kupředu, dokud není schopen se opřít o končetinu extendovanou v lokti v poloze podél těla v addukci. Stejnou polohu, v jaké je postižená horní končetina, používá rehabilitant zdravou paži k různým úkonům (například oblékání ponožek a bot). Cvičíme elevaci zevně rotované paže předpažením. V různých výškách předpažení rehabilitant flektuje a extenduje končetinu v lokti se supinovaným předloktím a dotýká se temene hlavy, obličeje, protilehlého ramene atd.

Cvičení jsem se snažila opět přiblížit běžným aktivitám, čili například při přenášení zátěže na jednu končetinu mi současně rehabilitant druhou horní končetinou podával různé předměty, které měl v dosahu, případně tyto předměty přenášel na mnou určená místa.

Kvalita provedení pohybu se výrazně zlepšovala, proto jsme přešli k nácviku jemnějších pohybů a zejména grafomotoriky. Zátěž jsme dávali. Zpočátku jsme využívali uvolňovacích cviků, kdy rehabilitant na velkém archu papíru obkresloval různé kruhy, vlnky, kličky a spirály. Postupně, jak se úchop a koordinace práce s tužkou zlepšovala, zmenšovala jsem papír i nástavce na tužku. Poté jsme nacvičovali jemnější cílení vybarvováním, spojováním bodů či zapisování do předepsaných kolonek. Nácvik psaní a současně rozvíjení slovní zásoby měl pacient za úkol nacvičovat na luštění jednodušších křížovek, do jejichž tvorby se zapojila i vnoučata, což pacient velmi přivítal. V závěru terapie jsme zkoušeli nácvik podpisu a adresy, což se rehabilitantovi po předchozím cvičení velmi dařilo. Během celé terapie jsem rehabilitanta neustále podporovala ve verbální komunikaci. Protože rehabilitant měl obdobně jako většina osob s fatickou poruchou tendence stranit se komunikačním situacím a většinu svých sdělení vyjadřoval více méně nonverbálně, nebo co nejúsporněji, aby jeho okolí poruchu nepostihlo, snažila jsem se ho úmyslně do takovýchto situací dostávat. Využívala jsem k tomu například dotazy ohledně průběhu předchozí terapie, na večerní zprávy, informace z pacientova denního programu atd. Když si byl rehabilitant trochu jistější, začlenila jsem ho do skupinové terapie, která byla zábavnou formou zaměřena především na komunikační cvičení.

▪ **Kasuistika č. 2**

Žena, narozena 1942

Diagnóza: pravostranná CMP, ischemická (2007)

Další diagnózy: chronická hypertenze, paroxysmální fibrilace síní od r. 1994, stav po plastice obou prsů pro karcinom, chronické žlučnickové obtíže

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 2. 8. 2007 - 30. 8. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Rehabilitantka se v polovině dubna téhož roku podrobila radiofrekvenční ablaci prsou. Po převezení z operačního sálu na lůžko se objevila levostranná hemiparesa. Rehabilitantka byla hospitalizována na neurologii a rehabilitační klinice Královské Vinohrady. Nemoci viz. další diagnózy. Rehabilitantka je nekuřačka, alkohol pije příležitostně. Během vyšetření uvedla alergii na jod, brom, biseptol a PNC. Rehabilitantka je zcela orientována, bez kognitivních a řečových poruch. Je možné vysledovat lehký pokles koutku při intenci.

Pracovní anamnéza

Rehabilitantka pracuje jako pojišťovací poradce.

Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je vzhledem k anamnéze rehabilitantky nevýznamná.

Sociální anamnéza

Paní žije v bytě v Praze s manželem a dcerou. Zdravotní stav ji momentálně v ničem neomezuje. Po ukončení rehabilitace plánuje návrat do původního zaměstnání.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 171 cm, váha: 68 kg, výživa: dobrá, TK160/90 mmHg.

Psychický stav

Rehabilitantka je klidná, orientována, spolupracuje.

Soběstačnost

Rehabilitantka je ve všech vyšetřovaných oblastech plně soběstačná.

Stav pohybového systému

Tristní levostranná hemiparesa s převážným postižením sensorické složky (levostranná hemihypestesie). Vedle toho nejspíše subklinický polyneuropatický syndrom akcentován lehkou ataxií při chůzi, jako residuum po chemoterapii prováděné při ablacích prsou. Při orientačním vyšetření byla lehce zhoršena obratnost prstů a taxie na levé ruce.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Jako obecný cíl jsem označila zlepšení citlivosti, jemné motoriky ruky a v neposlední řadě zvýšení svalové síly. Vzhledem k poměrně lehkému deficitu jsem nehledala nejvhodnější terapeutickou školu, ale terapii jsem se rozhodla individuálně přizpůsobit osobním a sociálním potřebám rehabilitantky. Právě z tohoto důvodu rehabilitantka označila jako konkrétní cíl svého pobytu zvládnout opět práci na PC a manipulaci s věcmi bez zrakové kontroly.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

I nadále doporučuji usilovat nejen o zvětšení síly svalů, ale zejména o zlepšení jemné motoriky a koordinace pohybu. Domnívám se, že by bylo možné se v poměrně krátké době začít pokoušet o postupný návrat do původního zaměstnání.

Průběh hospitalizace

Protože senzorika ruky není jen pasivní funkcí, zaměřily jsme se spolu s rehabilitantkou na senzomotorický trénink, který podle potřeb přecházel v nácvik konkrétních činností, které byly pro rehabilitantku problematické. Senzomotorický trénink ruky zahrnoval cvičení bez zrakové kontroly, nácvik rozpoznávání základních tvarů a velikostí, textury, lokalizace podnětu na ruce, rozpoznávání a manipulace s běžnými předměty, zkoumání konzistence, materiálu, teploty, hmotnosti apod. Před každým cvičením jsme prováděly stimulaci proprioreceptorů (senzomotorickou stimulaci) pomocí kartáčku nebo ježka, popřípadě v přírodninách jako hrách, fazole, pšenice. Protože pacientka

byla schopna úchopu, zpestřovala jsem stimulaci vložением několika předmětů do nádoby s přírodninami. Po několika terapiích, kdy došlo k patrnému zlepšení senzomotoriky jsme nacvičovaly spolu s rehabilitantkou práci na PC. Jednalo o nácvik psaní na klávesnici deseti prsty, posléze opisování kratších textů, psaní na diktát, opravování a doplňování do zadaného textu a v neposlední řadě práci s myší. Protože paní projevila zájem o návrat do původního zaměstnání, kdy pracovala jako pojišťovací poradce, požádala jsem ji, aby na terapii přinesla některé potřebné písemné dokumenty, které jsme společně vyplňovaly a ověřily si tak, že své povolání stále bez výraznějšího omezení zvládne.

▪ **Kasuistika č. 3**

Muž, narozen 1943

Diagnóza: levostranná CMP, hemoragická (2006)

Další diagnózy: vředová choroba žaludku

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 12. 7. 2007 - 9. 8. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Rehabilitant byl přijat pro pravostrannou hemiparezu a fatickou poruchu k hospitalizaci na neurologii FNB. Po stabilizaci stavu docházel tamtéž jako ambulant, nyní nastupuje k rehabilitačnímu pobytu do VRÚ Slapy nad Vltavou. Před cévní mozkovou příhodou se rehabilitant cítil zcela zdrav.

Pracovní anamnéza

Rehabilitant pracoval třicet let jako obsluha u benzinové pumpy, nyní je ve starobním důchodu.

Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je vzhledem ke stavu rehabilitanta bezvýznamná.

Sociální anamnéza

Dříve hodně cestoval, od té doby, kdy je ve starobním důchodu se věnuje převážně pracím na domku, kde bydlí a zahrádce. Doma je soběstačný, zvládne si připravit i jednoduché jídlo. Většinou však vaří manželka, která v případě potřeby se vším pomůže.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 174 cm, váha: 82 kg, výživa: dobrá, TK 120/80mmHg.

Psychický stav

Rehabilitant je orientován, klidný, spolupracuje, pozitivně naladěný.

Soběstačnost

Při všech činnostech je rehabilitant soběstačný, občas ho brní prsty a pak má problém při zavazování tkaniček, což vyřešil nošením bot na suchý zip.

Stav pohybového systému

Pravostranná hemiparesa s těžším poškozením horní končetiny. Elevaci paže zvládne s náhradním mechanismem do 50ti stupňů, s dopomocí do 120stupňů. Akrum je mírně spastické, přetrvávají omalgie, které jsou i klidové. Chůzi rehabilitant zvládá se špatným stereotypem, na delší trasu používá vycházkovou hůl.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Mezi obecné cíle jsme společně s rehabilitantem zařadili zlepšit řeč, chůzi, grafomotoriku, hrubou a případně jemnou motoriku. Naším hlavním zájmem pak bylo zejména minimalizovat nevhodné pohybové stereotypy a zvětšit rozsah pohybu.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rehabilitanta jsem upozornila na důležitost pokračování v domácím cvičení pro udržení současného stavu.

V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. Za vhodné považuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po mozkové příhodě.

Průběh hospitalizace

Rehabilitantovi jsem ukázala správné polohování paretického ramene a vysvětlila jeho smysl a pozitivní účinek tohoto na snížení spastické aktivity některých svalů ramenního pletence. Pomocí zjednodušených anatomických obrázků jsem se pokusila vystihnout vztah mezi jeho bolestivým ramenem, spasticitou a tendencím ramenního kloubu k luxaci. Následně jsme s rehabilitantem nacvičovali jednotlivé aktivity s co nejmenším počtem náhradních či chybných stereotypů při pohybu. Každou činnost jsme rozdělili na jednotlivé části, které jsme nacvičili nejprve izolovaně a teprve následně jako komplexní. Postupně jsem zvětšovala zátěž, rozsah pohybu a přidávala další roviny, ve kterých byl rehabilitant schopen pohyb či již konkrétní činnost provést. Takto jsme vyzkoušeli různé činnosti potřebné pro rehabilitanta v průběhu celého dne. Pán si ověřil vhodný stereotyp pohybu při různých pracích v dílně, sebeobsluze v koupelně, při přípravě jednoduchého jídla v kuchyni a neopomněli jsme ani na výběr vhodných psacích potřeb. Při přecházení mezi jednotlivými činnostmi jsem korigovala pánovu chůzi, zařadila nácvik chůze do a ze schodů, využila členitý terén i přenášení lehčích předmětů a manipulaci s nimi. Rehabilitanta jsem při každém novém pohybu nechala pohyb provést před zrcadlem a zeptala jsem se, zda si je vědom jednotlivých chyb. Teprve poté jsem na konkrétní chyby upozornila a nechala rehabilitanta pohyb několikrát provést znovu. Pak jsem položila stejnou otázku. Pokud jsem byla spolu s rehabilitantem přesvědčena o správnosti pohybu, přistoupili jsme k další jeho části či již cílové činnosti, která pro nás byla rozhodující. Všechny zkoušené pohyby jsme prováděli s různými pomůckami, většinou běžně dostupnými předměty v domácnosti, minimálně přímo s rehabilitačními pomůckami. V případě, že jsem použila nějakou specifickou rehabilitační pomůcku, snažila jsem se rehabilitantovi navrhnout alternativu tohoto cvičení pro domácí využití. Na konci každé terapie jsme se s rehabilitantem domluvili na úkolech, které bude zkoušet až do příští terapie. Na počátku další ergoterapie mi pak pacient vždy danou činnost předvedl, v případě potřeby

jsme poupravili nedostatky, zjistili případné problémy a pokračovali v našem rehabilitačním plánu.

Protože byla během terapie patrna špatná práce s dechem, věnovali jsme se mezi jednotlivými cvičeními také dechovým cvikům, od kterých jsem očekávala jednak zvýšení vitální kapacity plic, za druhé pak také zlepšení síly a koordinace dýchacích svalů a odstranění souhybů dalších částí těla zejména při nádechu. Stejně jako předchozí motorická cvičení, tak i cvičení hybnosti mluvidel jsme v případě potřeby nacvičovali s pomocí zrakové kontroly v zrcadle, avšak stěžejní část řečové terapie probíhala v průběhu našeho každodenního kontaktu a při činnostních aktivitách, kdy jsem pána v komunikaci podporovala.

▪ **Kasuistika č. 4**

Muž, narozen 1941

Diagnóza: pravostranná CMP, ischemická (2007)

Další diagnózy: hypertenze

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 2. 7. 2007 - 9. 8. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Rodina udává celkové zhoršení hybnosti a následný pád při pokusu se postavit. Při přijetí do nemocnice byl zmatený, byla zjevná dysartrie a paresa levostranných končetin. Na základě vyšetření byla posléze diagnostikována cévní mozková příhoda.

Vážnější choroby rehabilitant popírá, údajně již prodělal před 15ti lety mozkový iktus s poruchou visu (ale neví, na které oko či polovinu zorného pole) a pravostranným ochrnutím. Rehabilitant je hypertenik, léky však delší dobu nebere. Kouří až 20 cigaret denně.

Pracovní anamnéza

Pracoval jako projektant, nyní je ve starobním důchodu.

Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je pro rehabilitanta bezvýznamná.

Sociální anamnéza

Rehabilitant žil sám v bytě v Praze, podle rozhovorů s rodinou se patrně stále podílel na chodu rodinné firmy. Ze strany rodiny je o pána vidět velký zájem. Na návštěvy jezdí pravidelně, mladší syn dochází každé odpoledne. Protože se jedná o rodinu podnikatelů s obrovským pracovním vytížením, řeší nyní otázku jak pánovi zajistit celodenní péči.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 176 cm, váha: 66 kg, výživa: střední, TK 165/90 mmHg.

Psychický stav

Rehabilitant jeví známky organického psychosyndromu.

Soběstačnost

Rehabilitant je nesoběstačný pro svou mobilitu a patrný organický psychosyndrom.

Stav pohybového systému

Levostranná hemiparesa, nucené flekční držení v lokti, hrubě dysmetrická taxie, stisk relativně silný, extenzi a abdukci prstů nezvládne. Rehabilitant je imobilní, dle překladové zprávy dosud vertikalizace neproběhla (snad při prvním pokusu upadl a uhodil se do levého kolene).

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Jako obecný cíl jsem rehabilitantovi navrhla zlepšit rozsah pohybu v jednotlivých kloubech a snížit spasticitu. Za konkrétní cíl jsme spolu s rodinou označili aktivně zapojit rehabilitanta do rehabilitačního programu a tím současně minimalizovat nutnou asistenci při mobilitě na lůžku, přesunech na vozík i péči o vlastní osobu.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Vzhledem k vytíženosti rodiny doporučuji začít řešit sociální situaci rehabilitanta. Rodinu jsem proto již seznámila s možnostmi denních stacionářů a pečovatelské služby.

V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu.

Průběh hospitalizace

Vzhledem k imobilitě rehabilitanta jsem se zaměřila zejména na správnost zapolohování na lůžku jako prevenci dekubitů. Rehabilitanta jsem polohovala na zádech, na zdravém boku, méně často na postižené straně, vzhledem k bolestivosti ramene v této poloze. Později jsem se snažila polohovat i vsedě na lůžku. Jako hlavní úkol jsem si spolu s rehabilitantem vytyčila prevenci dekubitů a zdůraznila jsem i důležitou roli polohování při zajišťování dobré plicní drenáže, a samozřejmě prevence kontraktur a vytahování kloubních pouzder na postižené končetině. Dále jsem s rehabilitantem prováděla pasivní pohyby celé horní končetiny. Největší pozornost jsem věnovala ramennímu kloubu, v lokti jsem zdůrazňovala extenzi, u předloktí supinaci, v zápěstí hlavně extenzi. Samozřejmě jsem neopomněla ani procvičení prstů. Procvičování dolní končetiny jsem se vzhledem k časové nedostatečnosti nevěnovala a domluvila jsem se s fyzioterapeutkou rehabilitanta, že se na tuto oblast zaměří právě ona. Protože si rehabilitant opakovaně stěžoval na výraznou spasticitu celé horní končetiny, věnovala jsem se několikrát týdně i relaxačním cvičením, které vidím jako důležitou složku při reedukaci hybnosti hemiparetiků. Prováděla jsem například kartáčování antagonistů spastických svalů a relaxaci pomalými pasivními pohyby jednotlivých segmentů horní končetiny. Postiženou horní končetinu jsem začleňovala do činnosti pomocí transkalózní facilitace, kdy jsem využívala přenosu informací přes corpus callosum z jedné hemisféry na druhou pro podporu vzniku nových spojů. Rehabilitanta jsem vyzvala, aby propletl prsty zdravé ruky s nemocnou a takto „obouruč“ jsem rehabilitanta vedla k aktivnímu pohybu nejprve v ramenním a následně i v loketním a zápěstním kloubu. Postupně jsem vyzývala rehabilitanta ke konkrétním cíleným pohybům (válení válečku, kroužení všemi směry po desce stolu „jako když se utírá prach“, sbírání předmětů pomocí magnetu atd.). Protože byl rehabilitant postiženou paží schopen aktivního pohybu, nacvičovali jsme jednotlivé pohyby ruky nejprve jen na desce stolu, kdy jsem rehabilitantovi vysvětlila také žádoucí postavení ruky. Po několika sezeních jsme začali i s nácvikem jednotlivých úchopů, od hrubých k jemnějším, převážně jako součást nácviku sebeobsluhy na lůžku a sebesycení. Po dohodě s ostatním ošetřujícím personálem jsem u pána převzala pomoc při osobní hygieně, během které jsem ho motivovala zejména ke zvýšení vlastní aktivity a péči o vlastní osobu, která pro pána v současném stavu nebyla právě prioritní. Do nácviku soběstačnosti při hygieně a oblékání jsem zařadila hned od začátku pokusy o vertikalizaci a

přesuny. Sed se nejevil jako problematický, čehož jsme ihned využili při sebesycení, stoj činil větší obtíže vzhledem k diagnostikovanému psychosyndromu. V závěru terapie byl rehabilitant schopen se postavit, avšak pro větší bezpečnost jsem rodině pro přesuny doporučila využívat skluznou desku, kterou jsem pána již v průběhu pobytu u nás vybavila a přesuny nacvičila.

▪ **Kasuistika č. 5**

Žena, narozena 1950

Diagnóza: pravostranná CMP, ischemická (2007)

Další diagnózy: porucha glukozového a lipidového metabolismu, hypertenze, obezita

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 31. 5. 2007 – 23. 8. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

V dětství byla u rehabilitantky zjištěna funkční šelest, trpí poruchou lipidového a glukozového metabolismu. Rehabilitantka 14. 4. 2007 ráno po probuzení upadla při pokusu vstát z postele. RZP ji převezla na zavolání dcery na neurologickou JIP FN Motol, kde byla až dosud hospitalizována. Alkohol pije rehabilitantka příležitostně, kouří cca 20 cigaret denně přibližně po dobu třiceti let.

Pracovní anamnéza

Až do mozkové příhody pracovala jako zapisovatelka u soudu.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 57 letech. Důvod úmrtí rehabilitantka nezná.

Sociální anamnéza

Rehabilitantka má tři děti, žije sama, je rozvedená. Bydlí v malém bytě, kde po mozkové příhodě ještě nebyla. O byt se momentálně stará nejstarší dcera, která je ochotna rehabilitantce zpočátku po návratu domů pomoci. Nevidí to však jako dlouhodobou možnost.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 170 cm, váha: 105 kg, výživa: dobrá, TK 145/90 mmHg.

Psychický stav

Rehabilitantka je klidná, spolupracuje, plně orientována.

Soběstačnost

Nesoběstačná ve většině aktivit, nedostatečně motivována.

Stav pohybového systému

Těžká levostranná hemiparesa, akroplegie a semiflekční postavení prstů ruky, ataxie. Stoj je nestabilní, chůze hemiparetická. Výrazné Wernick-Mannovo držení.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Hlavními cíli ergoterapie je zlepšit stereotyp chůze, zvýšit dle možností soběstačnost a tím minimalizovat nutnou asistenci. Cílem společné práce tedy bude snížení svalového napětí a frekvence bolestivých svalových spasmů, zlepšení rozsahu pohybu a celkové zlepšení hybnosti. Významné, i když často opomíjené by mělo být i následné zlepšení hygieny, zlepšení postavení končetiny (nejen kosmetický smysl), její funkce a usnadnění nošení ortézy a jiných ortopedických pomůcek.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rehabilitantce jsem navrhla různé směry, pomocí kterých by mohla začít řešit svou sociální situaci. Jako jednu z variant pomoci jsem navrhla kontaktovat Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách. V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. Za vhodné považuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po mozkové příhodě.

Průběh hospitalizace

Asi největším problémem bylo pro rehabilitantku oblékání a svlékání. Stejně jako pro většinu rehabilitantů po cévní mozkové příhodě pro ni bylo vše kolem oblečení namáhavé a zabíralo mnoho času. Domluvila jsem se tedy s rehabilitantkou, že ji v rámci ergoterapie

během každého sezení ukáží jeden „grif“ týkající se konkrétního oblečení. Protože asi nejsnazší se mi jevil nácvik oblékání trička, začaly jsme právě touto částí. Během jednotlivých dnů jsem tak postupně ukázala rehabilitantkce, jak si co nejsnáze obléknout také například tílko, svetr, bundu, kalhoty a nakonec i spodní prádlo. Rehabilitantce jsem také poradila, že místo knoflíků je lepší použít háčky nebo suchý zip, navíc že zapínání zipu je mnohem snazší, pokud je na něm přidělaný jednoduchý úchyt či větší poutko, nebo že přímo existuje pomůcka na zapínání knoflíků. Místo bot se šněrováním jsem doporučila boty na suchý zip, popřípadě samozavazovací tkaničky, které jsme společně s rehabilitantkou ihned vyzkoušely. Velkou pomocí nám byla také dlouhá lžice na obouvání. Protože paní velmi trápila doba, kterou stráví svlékáním a oblékáním mezi jednotlivými procedurami předepsanými v rámci rehabilitačního programu, docházela jsem za ní vždy v domluvenou dobu, například před vodoléčbou, malým bazénem atd. a nácvik převlékání zařadila do této vhodnější doby, díky čemuž jsem se v rámci ergoterapie samotné mohla více věnovat dalším činnostem. Mezi další činnosti patřil zejména nácvik přesunů a konzultace ohledně kompenzačních pomůcek, kterou jsem vždy spojila s jejich okamžitým nácvikem při používání. Pro zvýšení účinnosti našeho cvičení jsem paní poučila o nutnosti využívání ortézy, jejíž aplikaci jsme také nacvičily.

▪ **Kasuistika č. 6**

Žena, narozena 1935

Diagnóza: pravostranná CMP, ischemická (2007)

Další diagnózy: hypertenze, chronický vertebro-algický syndrom, imobilizační syndrom s ortostatickou hypotenzí, permanentní močový katetr.

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 6. 9. 2007 - 1. 11. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Stav po ischemii v povodí a. cerebri media dextra s následnou hemiparesou a hemihypestesií, které se dle rehabilitantky nelepší. Tři měsíce před pobytem ve VRÚ Slapy byl paní zaveden permanentní katetr, který má dosud. Dle překladové zprávy spolupracuje, občas působí zmateně. Je přítomen imobilizační syndrom s ortostatickou hypotenzí.

Pracovní anamnéza

Dříve pracovala jako knihovnice, dnes je ve starobním důchodu.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel na onemocnění srdce, matka rehabilitantky je taktéž po cévní mozkové příhodě.

Sociální anamnéza

Paní žije sama. Rodina proto nyní řeší možnost ubytování v Domu pro seniory, popřípadě Domu s pečovatelskou službou.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 156 cm, váha: 60 kg, výživa: dobrá, TK 135/90 mmHg.

Psychický stav

Rehabilitantka je dobře psychicky komponována, zdá se orientována prakticky ve všech kvalitách, spolupracuje.

Soběstačnost

Nesoběstačná pro imobilitu.

Stav pohybového systému

Hemiparesa s poměrně málo vyvinutou spasticitou. Rehabilitantka se zvládne obtížně a nestabilně posadit.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Za obecný cíl jsme si společně s rehabilitantkou vymezily zácvik ve správném polohování a vertikalizaci. Jako konkrétnější úkol pak vyvstalo řešení nevhodného sedu na vozíku, neznalost možností při pohybu na lůžku a přesunech, ze kterých plyne také neschopnost instruovat pomáhající osoby.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rehabilitantku jsem seznámila s možnostmi řešení sociální situace, společně jsme kontaktovaly Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách, které bude i nadále nápomocno. Paní jsem vysvětlila důležitost domácího cvičení i po ukončení rehabilitačního pobytu. V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. Za vhodné považuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po mozkové příhodě.

Průběh hospitalizace

Pro nestabilní sed a neschopnost pohybu pomocí mechanického vozíku jsem se zaměřila na výběr vhodného vozíku a nácvik správného sedu. S rehabilitantkou jsme se hned od začátku snažily o zvládnutí nácviku sedu. Nejprve jsem paní posazovala na lůžko s oporou za zády. Využívala jsem nácvik sedu přes postiženou stranu, pomocí hrazdičky, i bez, abychom vyzkoušely, který způsob bude nejvhodnější. Protože nebylo vzhledem k závažnosti hemiparézy možné přizvedávat se pomocí hrazdičky zavěšením za obě ruce, upustila jsem od tohoto způsobu, abychom ještě více nepřetěžovaly zdravou horní končetinu. Postupně jsme nacvičovaly sed i přes zdravý bok. V sedu jsem vysvětlila paní správné nastavení postižené horní končetiny do antispastického vzorce, které jsem zajistila správným držením trupu. Po nácviku sedu na lůžku jsem rehabilitantku instruovala, jak zvládnout přesun vozík-lůžko a zpět s asistencí, aby si byla i v domácím prostředí schopna říci o pomoc a komukoli z pomáhajících osob přesun vysvětlit. I na vozíku jsem rehabilitantky sed upravila tím, že jsem zajistila správné držení trupu, ve kterém byla hrudní páteř vyrovnaná a těžiště trupu bylo mírně přeneseno na druhou stranu. Ke cvikům v sedu na lůžku patřil nácvik rovnováhy, přenášení tíhy na jednu polovinu pánve a další. Z rehabilitačních pomůcek jsem k provádění balančních cviků využila overball, který představuje sedací labilní plochu a nutnost neustálého vyrovnávání těžiště vede k výrazné stimulaci i těch svalových skupin, které se při běžných aktivitách zapojují méně (u rehabilitantky však bylo nutné vyvarovat se, stejně jako u všech spastiků prudkých pohybů, které vedou k obranným reakcím a tím ke zvýšení spasticity). Cvičení na míči je fyzicky náročnější, a tudíž představuje i určitou formu kondičního cvičení. Dobře působí i na dýchání a zažívání a stimulací správného držení těla představuje cvičení na míči i preventivní prostředek ve vztahu k vertebrogenním obtížím, na které si rehabilitantka také stěžuje. Jelikož bylo nutné věnovat se také nácviku oblékání a soběstačnosti při osobní hygieně, docházela jsem za rehabilitantkou vždy ráno. Během terapie jsme tak nenásilně zvládly jak vertikalizaci, tak některou z částí péče o vlastní osobu.

Protože paní byla velmi pasivní a bylo problematické ji přimět k jakékoli aktivitě, zapojila jsem do terapie i rodinu, kterou jsem instruovala, jak motivovat paní k některým aktivitám v jejím domácím prostředí a tak i k větší chuti do života.

▪ **Kasuistika č. 7**

Žena, narozena 1935

Diagnóza: pravostranná CMP, ischemická (2006)

Další diagnózy: hypertenze, stav po operaci levé ledviny pro litiazu, diabetes mellitus

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 10. 5. 2007 - 3. 6. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Rehabilitantka byla přijata k rehabilitaci na lůžku pro levostrannou hemiplegii 13. 8. 2006 na interním oddělení nemocnice v Rokycanech. Postupně byla hospitalizována na neurologickém oddělení FN Plzeň a LDN Plzeň. Rehabilitantka je nyní orientována, přetrvává inkontinence, levostranná hemiplegie. Paní je ležící, imobilní.

Pracovní anamnéza

Rehabilitantka je ve starobním důchodu.

Rodinná anamnéza

Rodinou anamnézu nebylo možno zjistit.

Sociální anamnéza

Rehabilitantka žije na venkově se svým bratrem. Vzhledem k současnému stavu však pobyt doma není možný.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 160 cm, váha: 72 kg, výživa: dobrá, TK 135/85 mmHg.

Psychický stav

Rehabilitantka je orientována, hůře spolupracuje, nedostatečně motivována.

Soběstačnost

Nesoběstačná při všech aktivitách z důvodu imobility i pro nedostatečnou motivaci.

Stav pohybového systému

V lehu byla u paní viditelná diskrepance mezi pravou a levou stranou, hlavu držela rehabilitantka aktivně ve flexi či stočenou ke „zdravé straně“. „Zdravá“ dolní končetina aktivně tlačila do lůžka a stejnostrannou horní končetinou se rehabilitantka neustále chytala lůžka či postranic postele, z čehož byla zřejmá nejistota v prostoru. Pokud byla obě kolena flektována a směřovala k postižené straně, nebylo možné je pasivně rotovat na opačnou stranu. V sedu byly příznaky ještě výraznější, jakákoli pasivní korekce nebyla možná, při pohybu do stran chyběla vzpřimovací reakce. Váha rehabilitantky spočívala na postižené straně, což komplikovalo i přesun na vozík (nebylo možné přes silný tlak „zdravých“ končetin). Stoj a chůze nebyla možná vůbec. Rehabilitantka se bránila všem pokusům o korekci k vertikále.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Mezi cíle terapie jsem zařadila zlepšení motivace a následné zvýšení aktivního podílu rehabilitantky na průběhu rehabilitace, což mělo vést i ke zvýšení soběstačnosti. Za konkrétní cíl jsme vybraly zlepšení vnímání těla v prostoru.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

U rehabilitantky předpokládám postupné zlepšování stavu pouze za dlouhodobé pravidelné rehabilitace a kvalitní motivaci. Za těchto podmínek věřím v šanci docílit pohyblivosti na vozíku či v chodítku a zlepšení motoriky a v návaznosti také soběstačnosti. V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. V případě dosažení patřičné soběstačnosti doporučuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po

mozkové příhodě.

Průběh hospitalizace

Při vstupním vyšetření u pacientky převládal silný tlak končetin na nepostižené straně těla, který se projevoval ve všech polohách a paní vnímala svoje tělo jako vzpřímené, i když bylo odkloněno od vertikály směrem od zdravé strany těla k postižené, předpokládala jsem tzv. pusher syndrom. Ověřila jsem si proto i další symptomy, které bývají pro pusher syndrom typické. Z ostatních symptomů byly pozitivní již zmiňované „push“ chování, hypotonie, porucha aktivního pohybu, poruchy pozornosti, bezvýrazný vzhled v obličeji, nešikovnost „zdravé strany“. Při pokusech o stoj a chůzi se rehabilitantka bránila všem pokusům o korekci k vertikále. Navíc nezvládala přenesení váhy na „zdravou“ dolní končetinu a švihová fáze nebyla možná pro nedostatečnou extenzi a opornou funkci hemiparetické dolní končetiny. Protože terapie pusher syndromu je trochu odlišná od terapie od klasického postižení po cévní mozkové příhodě, kladla jsem důraz zejména na ovlivnění motoriky „zdravé“ strany, abych ovlivnila vnímání prostoru spolu s uvědoměním si střední osy těla. Snažila jsem se dosáhnout symetrie a dynamické stability obou stran trupu. Během terapie jsem rehabilitantku učila základní aktivity ADL (aktivity denního života) – otáčení na lůžku, vstávání do sedu apod. Protože se paní zpočátku neudržela v sedu, poskytovala jsem jí oporu, aby se cítila bezpečně. Cílem našeho společného cvičení bylo naučit postupně kontrolovat správné postavení a nastavovat posturu vzhledem k zamýšlené aktivitě. Při každém cvičení jsem se snažila eliminovat negativní tlak proti pohybu pomocí funkčních aktivit „zdravou“ horní končetinou. Postupně jsem zvětšovala vzdálenost těchto aktivit od střední osy, a tak i prostor, který byla rehabilitantka schopna kontrolovat. Aktivitou „zdravé“ horní končetiny jsem vyloučila jednak tlak této strany, jednak jsem tímto krokem facilitovala také aktivitu kontralaterální strany trupu a vzpřimovací reakce hlavy. Symetrickým zapojením obou stran trupu jsem působila i na postiženou stranu, kterou samozřejmě nešlo z terapie vynechat, přestože jsem preferovala stranu „zdravou“. „Postiženou“ horní končetinu jsem do aktivity zapojovala v uzavřeném kinematickém řetězci, tzn. v opoře, čímž jsem zprostředkovala potřebnou propiocepci. Protože terapie s pacientkou byla poměrně náročná vzhledem k tlaku, který neustále jednostranně vytvářela a pro mě bylo nelehké ji udržet, přizvala jsem k terapii fyzioterapeutku, která měla paní na individuální tělesnou výchovu. V této spolupráci pak fyzioterapeutka korigovala posturu rehabilitantky a já vytvářela funkční aktivity pro „zdravou“ horní končetinu. Nácvik chůze ke konci pobytu, paralelně s naší terapií, nacvičoval s rehabilitantkou fyzioterapeut zodpovědný za nácvik bipedální lokomoce.

▪ **Kasuistika č. 8**

Muž, narozen 1951

Diagnóza: pravostranná CMP, ischemická (2005)

Další diagnózy: depresivní porucha, vředová choroba žaludku

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 14. 6. 2007 - 4. 7. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Rehabilitant prodělal dne 11. 10. 2005 ischemickou mozkovou příhodu s následnou levostrannou hemiparesou, anosognosií a neglect syndromem. Postupně byl hospitalizován na neurologickém oddělení Nemocnice na Homolce, LDN ve Vojkově, Rehabilitační klinice Královské Vinohrady. Následně byl přijat k rehabilitaci ve VRÚ Slapy, ale pro interní obtíže byl přeložen na interní oddělení ÚLZ Praha. Poté absolvoval rehabilitační pobyt na Malvazinkách, v RÚ Kladruby a pobyt v denním stacionáři Harmonie na Praze 4. 14. 6. 2007 opět nastupuje na lůžkové oddělení VRÚ Slapy k rehabilitačnímu pobytu. Dřívější jakékoli nemoci a obtíže rehabilitant neguje, uvádí pouze hepatitidu typu A v dětství a hypertenzní chorobu na medikaci.

Pracovní anamnéza

Pracoval jako dramaturg (PhDr.)

Rodinná anamnéza

Otec rehabilitanta zemřel v 65ti letech na infarkt myokardu, matka v 89ti letech na multiorgánové selhání.

Sociální anamnéza

Rehabilitant žije s manželkou, která ho doma podporuje v rehabilitaci. Mají spolu dvě děti, které již s rodiči nežijí.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 180 cm, váha: 90 kg, výživa: dobrá, TK 130/90 mmHg.

Psychický stav

Dle dokumentace přetrvávaly výrazné neurastenické obtíže. Cca 20 let je ve sledování psychiatrie pro úzkostně depresivní poruchu – medikován antidepresivy a anxiolytiky. Nyní udává, že se cítí dobře. V dokumentaci uveden organický psychosyndrom.

Soběstačnost

Částečně soběstačný pouze v některých činnostech, u všech činností nutná asistence.

Stav pohybového systému

Levá horní končetina v addukčním spastickém držení, flexe v lokti, pronace, ulnární deviace a flexe zápěstí, palec v dlani. Při pomalém pasivním protahování protažení částečně možné, následováno bolestí. Rehabilitant se sám posadí přitažením za hrazdičku, v sedu se udrží bez opory, stoj samostatně nezvládá. Levá horní i dolní končetina v typickém Wernick-Mannově držení.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Jako obecné cíle jsem vybrala zlepšení mobility a snížení spasticity. Protože při terapii negletu je důležitá zejména terapie zanedbávání postižené poloviny těla, rozhodla jsem se během jednotlivých sezení postupovat podle terapeutického konceptu, který popisuje například M. Lippertová a který obsahuje trénink prostorové představivosti, multimodální stimulaci postižené poloviny těla a který klade důraz na to, aby byl postižený o svém deficitu neustále informován a upozorňován na chyby. Konkrétním cílem plynoucím z výše zmiňovaného je možno označit kromě předpokládaného zlepšení vnímání dané poloviny těla také zlepšení organizace a plánování jednotlivých aktivit.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. Za vhodné považuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po mozkové příhodě. Rehabilitanta i jeho paní

jsem upozornila na nutnost pokračovat v domácím cvičení. Manželku jsem seznámila s aktivitami Sdružení pro rehabilitaci osob po mozkových příhodách, které by oběma mohly být nápomocné v podpoře manželovi soběstačnosti.

Průběh hospitalizace

Hned od prvního setkání jsem se snažila vysvětlit podstatu celé terapie. Protože je pro úspěch terapie velmi důležitá schopnost koncentrace, přizpůsobovala jsem během našich společných sezení pánovu výkonu rytmus terapie. Vzhledem k úzkostně depresivní poruše, která leckdy průběh terapie omezovala, jsem se snažila rehabilitanta neustále emocionálně podněcovat a pozitivně naladit. Terapeutický program jsem přizpůsobovala momentální náladě i přáním rehabilitanta. Pokud možno jsem se snažila vyhovět jeho přáním, což následně způsobilo, že mi pán začal mnohem více důvěřovat. Zpočátku jsem terapii vedla převážně formou rozhovoru, během kterého jsem postupně rehabilitanta blíže poznávala a současně exponovala co nejvíce podnětů v negletovaném prostoru. Rozhovor jsem například vedla tak, že jsem seděla na postižené straně rehabilitanta a neustále mu během hovoru podávala, ukazovala nebo si naopak nechávala podávat různé předměty. Takto jsem jednoduše a zároveň nenásilně propojovala vizuální, taktilní, propioceptivní a zvukové stimuly a kombinovala aktivní i pasivní prvky. Protože jsem během několika terapií měla možnost setkat se i s pána manželkou, která měla o terapii velký zájem, seznámila jsem i ji s důležitostmi intenzivního a multimodálního tréninku. Rehabilitaci jsem se pokusila podpořit i užitím pomůcek, o kterých se zmiňuje například M. Mayer ve svých příspěvcích v časopise Rehabilitace a fyzikální lékařství, když jsem potlačila vizuální informaci monokulárním zaslepením. Jako důležitou a zajímavou možnost podpory rehabilitace negletu jsem shledala i v aplikaci imaginačních a vizualizačních technik, které jsou dnes dobře propracovány například v psychoterapii. Protože jsem po krátké době zaznamenala u rehabilitanta nepatrné změny, začala jsem přenášet čím dál tím více pozornosti, pohybu i celkové aktivity do negletovaného prostoru, zvyšovala jsem náročnost, rozšiřovala posturální i lokomoční úkoly, do negletovaného prostoru jsem přesouvala postupně složitější pohybové úkoly a aktivity jsem přesouvala z již známého do neznámého prostředí. Průběžně jsem do terapie zařazovala testování soběstačnosti, v jehož návaznosti jsem při jednotlivých činnostech omezovala svou dopomoc a zvyšovala pánovu vlastní aktivitu tím, jak se jeho soběstačnost zlepšovala.

Muž, narozen 1932

Diagnóza: levostranná CMP, hemoragická (2005)

Další diagnózy: ICHS, zvýšená fragilita cév, arytmie, varixy, v klidu známky těžké chronické žilní nedostatečnosti

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 3. 5. 2007 - 7. 6. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

Rehabilitant byl 18. 7. 2005 přijat na neurologickou kliniku FN Krč pro fatickou poruchu a postupně progredující poruchu vědomí. Po stabilizaci stavu byl dlouhodobě hospitalizován tamtéž pro komplikace respiračními infekty a katetrovou sepsi. Následně byl postupně hospitalizován v LDN Chitusiho v Praze, interním oddělení FN Thomayerova. Mezi těmito hospitalizacemi absolvoval i jeden krátký pobyt na našem rehabilitačním oddělení, který však bylo nutno pro epileptické záchvaty nutno ukončit. Nyní byl ve stabilizovaném stavu opět přeložen k pokračování rehabilitační léčby. Rehabilitant je nekuřák, alkohol nepije. Před dvaceti lety prodělal infarkt myokardu.

Pracovní anamnéza

Rehabilitant působil jako voják z povolání (plk., Ing.), nyní ve výslužbě – starobní důchodce.

Rodinná anamnéza

V dokumentaci není popsán žádný vliv dědičných chorob, od pacienta není možno případné bližší informace získat.

Sociální anamnéza

Žije s manželkou, se kterou má velmi pěkný vztah. Manželka pro pána funguje jako výrazný motivační prvek.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 178 cm, váha: 74 kg, výživa: dobrá, TK 170/100 mmHg.

Psychický stav

Příznaky těžkého organického psychosyndromu a kombinované fatické poruchy. Špatně orientován časem a místem. Velmi dobře reaguje na vojenské povely.

Soběstačnost

Plně soběstačný při oblékání i hygieně. Ostatní činnosti ADL (běžné denní činnosti) zvládne, ale je nutný dohled pro neschopnost organizace a plánování činnosti.

Stav pohybového systému

Sed i stoj stabilní, chůze bez opory, s občasnou lehkou titubací.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Naším cílem kognitivně rehabilitační péče je nenásilné zorientování v realitě a podpora samostatné aktivity, posílení schopností organizace a plánování činností, zlepšení samostatnosti v průběhu dne a v neposlední řadě i schopnost sebevyjádření a vyjádření svých potřeb.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rehabilitanta jsem poučila o nutnosti pokračovat i nadále v pravidelném domácím cvičení, jeho paní jsem poradila, jak co nejlépe zapojovat manžela do každodenních aktivit. Zároveň jsme kontaktovali Sdružení pro rehabilitaci osob po mozkových příhodách, které pořádá každý týden zájmové kluby, kterých se mohou oba aktivně účastnit. V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. Za vhodné považuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po mozkové příhodě.

Průběh hospitalizace

Během terapie jsem si rehabilitanta postupně vyšetřila v oblastech jako spontánní řeč, porozumění mluvenému slovu, pojmenování, automatické řady, zpěv, čtení, psaní, počítání (ústní i písemné). Oblasti, které se jevily jako problematické jsme společně ihned procvičovali. S rehabilitantem jsme nejvíce času věnovali různým cvičením orientace, paměti a pozornosti. Jako příklad mohu uvést pohybové aktivity (tělesná cvičení, tanec, chůze),

třídění a pojmenovávání tvarů, barev a fotografií konkrétních předmětů denní potřeby, rozvíjení slovní zásoby a podpora vyjadřování pomocí popisu obrázků, slovních i číselných řad atp. Při komunikaci jsem se snažila o vytvoření nových funkčních systémů, které se dříve na porušené funkce nerealizovaly, a to tím způsobem, že jsme například při obnově schopnosti číst zapojili také hmat a kinestezii (dotýkání se trojrozměrného písma, psaním písmen do vzduchu atd.). Rehabilitant byl po celou dobu pobytu velmi dobře motivován k terapii, na každé další setkání se velice těšil a na můj příchod vždy upozorňoval s radostí manželku, která se většiny našich aktivit také účastnila. Po zvládnutí výše zmiňovaných úkolů jsem přistoupila ke komplexnějším cvičením, jakými byly například jednoduché konstrukční úlohy a procvičování prostorové orientace, řešení různě komplikovaných úkolů, sestavování skládaček, puzzles nebo sestavování obrázků do správného pořadí podle určitého smyslu či podle děje příběhu.

▪ **Kasuistika č. 10**

Žena, narozena 1932

Diagnóza: pravostranná CMP, hemoragická (2002)

Další diagnózy: chronická hypertenze

Pobyt v rehabilitačním ústavu: 19. 7. 2007 - 23. 8. 2007

Anamnéza

Osobní anamnéza

V roce 2002 akutně levostranná hemiparesa po krvácení do basálních ganglií. Od té doby stabilizovaná hemiparesa s levostrannou hemihypestesíí. Rehabilitantka je po operaci myomu dělohy.

Pracovní anamnéza

Pracovala jako geometrička.

Rodinná anamnéza

Na dědičné choroby v rodině si rehabilitantka nevzpomíná.

Sociální anamnéza

Vdova. Žije ve vlastním bytě, ve druhém patře bez výtahu. Dcera ji pravidelně navštěvuje a spolu se svou rodinou zajišťuje potřebné nákupy.

Funkční hodnocení

Objektivní nález:

Výška: 161 cm, váha: 59 kg, výživa: dobrá, TK 150/90 mmHg.

Psychický stav

Zcela orientována. Dobře motivována k rehabilitaci, realisticky očekává zmírnění sekundárních změn.

Soběstačnost

Částečně soběstačná, pomoc potřebuje jen občas, většinou při finálních úpravách.

Stav pohybového systému

Hemiparéza s praktickou plegií levé horní končetiny, Wernick-Mannovo držení. Flekční postavení v lokti, lehká pronace předloktí, semiflekční postavení v zápěstí, ruka držena v pěsti. Omezená a bolestivá abdukce v ramenním pletenci i pasivní zevní rotace. Loket i ákrum je částečně protažitelné. Při postavení následuje rekurvace kolenního kloubu a bolest velkého trochanteru. Paní ujde několik kroků po pokoji o čtyřbodové vycházkové holi – cirkumdukci a s rekurvaci kolene.

Ergoterapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Obecným cílem naší terapie je snížení spasticity. Protože je spasticita velkým limitujícím faktorem výsledků rehabilitačního procesu, rozhodla jsem se spolu s rehabilitantkou pro dodržování jistého individuálního přístupu, který zahrnuje farmakoterapii, režimová a ošetrovatelská opatření, specifický ergoterapeutický i fyzioterapeutický přístup a v neposlední řadě i doplňkovou terapii (podle vlivu kryoterapii či

termoterapii, elektrickou stimulaci, magnetoterapii, používání vhodné dlahy). Druhým cílem je úprava stereotypu a zvýšení jistoty při chůzi.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Základním cílem je obdobně jako u všech pacientů se spastickým syndromem redukovat nežádoucí následky spasticity, předcházet kontrakturám a zabránit vzniku fixovaných deformit končetin, zmírnit bolesti a i nadále se snažit o zlepšení motoriky, mobility a tím i kvality života. Nadále je nutné pokračovat ve cvicích, se kterými byla rehabilitantka během rehabilitačního pobytu seznámena i v domácím prostředí a používat dlahu, která pro ni má nesmírný význam jako prevence eventuálně korekce deformit, kontraktur a ankylóz. V příštím roce doporučuji opět absolvovat rehabilitační pobyt ve VRÚ Slapy, či v jiném rehabilitačním ústavu. Za vhodné považuji i využití nabídky některého z rekondičních pobytů zaměřeného na osoby po mozkové příhodě.

Průběh hospitalizace

Rehabilitantka k nám na rehabilitaci přišla již s vlastní čtyřbodovou holí, do budoucna předpokládám vývoj stavu s následným zlepšením, takže bude možné časem předepsat berli předloketní. Protože se jedná o rehabilitantku s těžší stupněm postižení a sníženou stabilitou, prováděla jsem nácvik chůze zpočátku s pomocí chodítka. Použila jsem chodítko, které je k dispozici na lůžkovém oddělení. Vzhledem ke spasticitě jsem dala přednost pevné konstrukci před skládací. Předpokládala jsem, že během pobytu bude možné vzhledem k pokrokům přistoupit k nácviku chůze pomocí některého typu berle, s čímž jsem paní obeznámila. Navíc, jak jsem již zmínila, rehabilitantka dělala viditelné pokroky, proto zajištění chodítka do osobního vlastnictví bych viděla spíše jako demotivující. Rehabilitantku jsem poučila o správném použití pomůcky a dostatečně pevné obuvi, nejlépe kotníčkové. Zpočátku jsem dovolila třibodovou chůzi (hůl-postižená dolní končetina-zdravá dolní končetina) a dbala jsem na to, aby kroky byly stejně dlouhé. Později jsem začala vyžadovat dvoubodovou chůzi (současně hůl a postižená dolní končetina-zdravá dolní končetina). Během nácviku jsem korigovala délku a rytmus kroků, upozorňovala jsem na souhyby horních končetin a pánve. Při zvyšování spasticity v lokti jsem podmiňovala tricipitový reflex poklepem sevřenou dlaní nad loktem. Dbala jsem na stejnoměrné zatěžování obou dolních končetin. Postupně jsme trénovaly chůzi vpřed, vzad, do strany i přes nízké překážky. Po dostatečném zvládnutí jsme přešly až k nácviku chůze do schodů. Rehabilitantka se přidržovala zdravou rukou zábradlí a vykračovala zdravou dolní končetinou (ve směru dolů byl postup opačný). Protože se však paní zmínila, že doma nemá zábradlí, využily jsme i zde

hůl, kterou rehabilitantka kladla při chůzi nahoru nejprve, potom zdravou a nakonec postiženou dolní končetinu. Při chůzi dolů probíhal nácvik v pořadí hůl, postižená a následně zdravá dolní končetina. Při nácviku soběstačnosti jsem doporučila používání sedačky na vanu, do vany či pod sprchu. Volba vhodné sedačky záleží na bytových podmínkách uživatele, proto jsem věnovala tomuto tématu celou jednu terapii, během které jsem rehabilitantku seznámila s jednotlivými typy sedaček a možnostmi jejich využití v návaznosti na konkrétní pacientčino domácí prostředí. Protože převládal problém při vstávání, nabídla jsem možnost vyzkoušet nástavec na WC, který pak dále používala i při pobytu na našem lůžkovém oddělení. Protože rehabilitantce sice vyhovoval, ale přesto pro ni bylo vstávání z WC poměrně náročné, doporučila jsem doma nainstalovat k toaletě madla. Protože rehabilitantka sice měla vlastní dlahu, kterou však pravidelně používala jen krátce po propuštění z nemocnice, seznámila jsem ji s významem dlahy a s pravidly pro její používání. Rehabilitantka byla velmi překvapená, že tlak nevhodné ortézy či dlahy může spasticitu ještě více provokovat a že je vhodnější používat dlahu raději vícekrát denně na kratší dobu, než pouze jedenkrát na dvě hodiny. Také jsme se společně shodli na tom, že dlahu bude paní používat pouze ve dne, nejlépe po procvičení a protažení ruky a na noc, kdy ve spánku u většiny jedinců spasticita mizí, nechá ruku volně a bude dbát pouze na vhodnou antispastickou polohu.

6 Diskuse

Z výsledků sekundární analýzy dat vyplývá, že procento osob s hlavní diagnózou cévní mozková příhoda, kteří jsou ve VRÚ Slapy nad Vltavou z důvodu rehabilitace hospitalizováni, není zdaleka zanedbatelné, navíc každým rokem počet těchto osob roste.

Na základě výše uvedených důvodů se proto domnívám, že je nezbytné, aby nejen rehabilitační péče, ale i celé prostředí areálu VRÚ Slapy bylo přizpůsobeno potřebám osob s touto diagnózou. Vycházím současně i ze Standardů praxe České asociace ergoterapeutů, které zmiňují, že ergoterapeut by měl přijmout k terapii pouze ty klienty pro které má diagnostické a terapeutické možnosti a může jim pomoci. (24)

Když jsem do VRÚ v červenci 2006 jako ergoterapeutka nastoupila, probíhala zde ergoterapie pod vedením fyzioterapeuta a měla převážně formu arteterapie či léčebné tělesné výchovy. Ergoterapie je však na rozdíl od léčebné tělesné výchovy léčebné uplatnění smysluplných činností. (15) Ze strukturovaných rozhovorů se zaměstnanci, které lze pro přehlednost rozdělit do tří podskupin (rehabilitační pracovníci, lékaři a ošetrovatelský personál) vyplývá, že většina dotazovaných má velmi zkreslené představy o tom, co pojem „ergoterapie“ představuje. Na prosbu, zda by tazatel dokázal definovat pojem ergoterapie odpovědělo téměř 75 % dotázaných, že se jedná o léčbu prací. K tomuto povědomí pravděpodobně přispívá samotný název. Ergoterapie, (v angličtině nazývána „occupational therapy“) přestože by bylo vhodnější použít spíše pojmu „léčba zaměstnáváním“ byla i u nás dříve označována za „léčbu prací“. Pod tímto označením se v rámci ergoterapie prováděly především ruční práce, zaměřené na nácvik svalové síly, rozsahu pohybů, koordinace apod. (15) Podle O. Švestkové spočívá hlavní zaměření fyzioterapie k zachování, obnově a posílení funkčního potenciálu, tělesné zdatnosti, zatímco ergoterapie se orientuje především na zaměřování těchto předpokladů do oblasti aktivit denního života jak bazálních, tak instrumentálních. (1)

Protože by profese každého ergoterapeuta měla být přesně představována klientům, ostatním profesionálům, studentům a široké veřejnosti. (24) Snažila jsem se během své činnosti na pozici ergoterapeuta formou seminářů i vzájemné spolupráce seznámit ostatní členy rehabilitačního týmu s tím, co smyslem a cílem ergoterapie jako takové opravdu je. Výsledkem bylo, že definicí ergoterapie pro nižší zdravotnický personál byla i nadále „léčba prací“, všichni však již dnes správně doplňují, co je jejím obsahem. Tedy že cílem rehabilitační péče každého ergoterapeuta je podpora návratu

mozkových funkcí, nácvik denních činností a aktivního pohybu s využitím pomůcek k dosažení maximální míry soběstačnosti, motivace rehabilitanta k aktivnímu přístupu, reedukace řeči, snižování následků kognitivních poruch, předcházení a ovlivňování komplikací, jako jsou kloubní afekce, například zmrzlé rameno, kontraktury a spasticita. V případě potřeby je nezbytné i psychoterapeutické působení ke zmírnění psychiatrických následků včetně deprese a v případě mladšího jedince i pracovní rehabilitace s cílem resocializace a návratu pracovní schopnosti. (25) Navíc, jak zmiňuje M. Mayer, k rehabilitantovi je nutné přistupovat komplexně, ne úzkým pohledem jednotlivé odbornosti. K ulehčení tíživého osudu jedince je nezbytné jej nasměrovat k jiným životním hodnotám, koníčkům a cílům. (11)

Neznalost ergoterapie mezi rehabilitačním týmem dle mého názoru plyne zejména z nedostatečné komunikace mezi jednotlivými pracovníky. Například rehabilitace kognitivních a symbolických funkcí až do mého příchodu neměla v rámci ergoterapie prakticky žádnou tradici. Izolovaně se logopedii a kognitivnímu tréninku věnovali jiní odborníci (externí logoped a externí neuropsycholog), mezi kterými však byla minimální či dokonce vůbec žádná spolupráce a kteří jsou ve VRÚ přítomni maximálně 2x týdně, což považuji za velmi nedostačující, navíc tato skutečnost odporuje standardům, podle kterých by ergoterapeut měl konzultovat a spolupracovat s ostatními profesionály podle profesionálních povinností, jakožto mít možnost prakticky podpořit ostatní personál ergoterapeutických služeb. (24)

Důvod problémové komunikace, která je znatelná mezi jednotlivými odbornostmi vidím zejména v rozdílném pohledu na rehabilitanty jako takové. Určitou konfliktnost ve vzájemných vztazích lze sice někdy považovat za uměle vytvářenou, vyvěrající z osobnostní charakteristiky jedinců. (26) Skutečné jádro problému však nacházím ve skutečnosti, že lékaři, rehabilitační i ošetřující personál ve většině případů nikdy nevidí rehabilitanta jako partnera, ale jako objekt, o kterém sami rozhodují a který informace nepotřebuje. Tento přístup však vede jen ke zbytečným rozporům mezi rehabilitujícími a zdravotnickým personálem, často i personálem samotným, pokud se objeví jedinec, který má na rehabilitaci názor jiný. (27) U sester v důsledku nedostačujícího personálního obsazení, pracovního přetížení, nutností přesčasů, nejednoznačnosti role a úkolů odvádějících je od přímé péče o pacienta často dochází ke značnému stresu, vzniku syndromu vyhoření, konfliktům a frustraci. Skutečnost, že uvedené poruchy v komunikaci ovlivňují spolupráci mezi

zdravotnickými pracovníky, což může mít negativní dopad na klinické výsledky v péči o nemocného, nemusím jistě zmiňovat. (26)

Další skutečnost, která mi při příjmu a vytváření anamnézy nově příchozího rehabilitanta komplikovala mou práci, byly zejména nedostatečné zápisy v příjmových zprávách. Tyto lékařské zprávy se převážně snaží vystihnout hlavní a vedlejší diagnózu, jen stručně zmiňují předchozí hospitalizace, bohužel ale neobsahují žádné informace o rehabilitačním průběhu z předchozích rehabilitací. Z rehabilitačního hlediska totiž není příliš významná etiologická diagnóza nemoci. Daleko významnější jsou poruchy funkcí, které se snaží rehabilitace odstraňovat. Pro tento účel byla navržena a v roce 1980 mezinárodně přijata klasifikace „Impairment-Disability-Handicap“, která popisuje funkční změny na těchto třech úrovních. (15) Pokud trvalé postižení výrazně ovlivňuje kvalitu života, nemůže být rehabilitace omezena jen na medicínské prostředky. Pak musí jít o rehabilitaci ucelenou neboli komprehenzivní, která je podle definice WHO popsána jako koordinované uplatnění medicínských, sociálních, pedagogických a pracovních opatření s cílem dosáhnout u osoby se zdravotním postižením co nejvyšší funkční úpravy a co nejúplnějšího zařazení do společnosti. (15) Jelikož však ani jednotlivé anamnézy (osobní, zdravotní, rodinná, sociální, pracovní) nejsou dostatečně zpracovány, byla jsem nucena většinu těchto informací zjistit dodatečně od rehabilitanta. Protože ale u nezanedbatelného procenta osob po cévní mozkové příhodě přetrvává kognitivní, případně fatický deficit, bylo toto leckdy prakticky až nemožné. A právě ve výše zmíněné situaci vidím jako velmi potřebnou až nezbytnou komunikaci s rodinou rehabilitujícího. Navíc je tak současně naplněna i skutečnost, kterou zmiňuje I. Gulášová z Trenčianske univerzity, že velmi důležitým momentem při uzdravování jedince je pocit, že o něho mají jeho blízcí zájem, že mu chtějí pomoci. Příbuzní mají při návštěvách vyprávět o sobě, o tom, co se děje doma, mezitím co je daný jedinec hospitalizován. Nejen rehabilitantovi, ale často i rodině je důležité pomoci překonávat strach a obavy před každou návštěvou. Zvláště pokud je u jedince diagnostikována fatická porucha, je komunikace často obtížná, někdy až nemožná, je důležité rodinu seznámit s tím, že skutečnost, že jejich příbuzný nehovoří ještě neznamená, že nerozumí. Samozřejmě je důležité rodinu naučit, jak s takovým jedincem komunikovat. (28) S pravidly, které je nutné při komunikaci s rehabilitanty dodržovat je často nutné seznámit i samotné rehabilitační pracovníky a ošetrovatelský personál. V akutní fázi se považuje za jednu z prvořadých úloh zdravotnických pracovníků pomoci také rodině dostat se z krize, ve které se ocitla onemocněním svého rodinného příslušníka. Krize totiž výrazně ovlivňuje fungování celé

rodiny. Role a povinnosti, které dříve vykonávala osoba, ze které je nyní rehabilitant po cévní mozkové příhodě, se přesouvají na ostatní členy, popřípadě zůstávají nezastoupené. Navíc rodina trpí strachem z prognózy a budoucnosti a zejména z toho, jak to budou všichni nyní zvládat.(28) Nejen proto je vhodné, pokud se příbuzní mohou zúčastnit alespoň jednou terapie spolu s pacientem. Jen tehdy totiž, když člověk dokáže suverénně (i když třeba pomaleji, s větší námahou apod.) vykonávat běžné denní činnosti, může také naplňovat svůj individuální životní program. Tam, kde je praktická soběstačnost výrazně redukována, je třeba všemi prostředky usilovat o její obnovu. Ztráta soběstačnosti je (pokud je dotčený schopen vzhledu do své situace) pocíťována jako trýzeň. Také bezprostřední okolí považuje ztrátu soběstačnosti za neštěstí svého druhu. Z uvedených důvodů je proto praktická soběstačnost považována za zdroj individuální radosti. Ze stejných důvodů je ztráta praktických soběstačnosti vysoce (a do značné míry právem) obávanou realitou. (29) V počátcích rehabilitace většinou problémy s motivací nebývají. Přichází však v době, kdy si rehabilitant začne uvědomovat, že pokroky jsou stále pomalejší a méně radikální než očekával, nebo než byly na počátku. Zároveň musí řešit změnu sociální situace, bydlení, partnerské problémy, mohou přicházet stavy deprese, úzkostí a rezignace. Za nejdůležitější proto považuji s pacientem o současnou situaci mluvit, poukazovat na již dosažené výsledky, pomoci hledat malé avšak reálné cíle.

Protože účelem kvalitativního výzkumu je popis vztahů, okolností a situací, přičemž se vysvětlují a provádějí zobecnění, získává vzhled do problému, popřípadě se problémy identifikují a otázky vyjasňují, pokusila jsem se komplexnost a specifičnost ergoterapeutického přístupu vystihnout pomocí zpracování několika kasuistik. Podstatou všech kasuistik je pozorování a popis jednotlivých případů. (30) Pro kasuistiky jsem úmyslně vybrala osoby s různými následky, se kterými se jako ergoterapeut nejčastěji setkávám. Snažila jsem se vystihnout zejména přístup kognitivní terapie, která se u osob po cévní mozkové příhodě často podceňuje, přestože rehabilitací můžeme zachovat zbytkový potenciál porušené funkce či alespoň zlepšit kvalitu života nemocného posilováním jeho sebehodnocení a sociálních kontaktů. (1) Hovoříme-li o neuropsychologické terapii v rámci ergoterapie, jedná se o individuálně sestavený trénink podle výsledků testů každého jednotlivce. Úspěchy, které můžeme během terapie očekávat, závisejí zejména na oblasti, v níž se poruchy vyskytují. (12) Jako pozitivní vidím také skutečnost, že ve VRÚ Slapy nad Vltavou probíhá trénink kognice i pomocí PC techniky. Počítačová rehabilitace se zaměřuje na kognitivní funkce a předpokládá, že jejich zlepšení má vztah i na zlepšení dalších funkcí. Jedná se o typ

nápravy „in vitro“, u níž se předpokládá, že zlepšení výkonů v „laboratoři“ bude mít efekt v celkovém zlepšení zdravotního stavu. Mezi výhody využití počítačové techniky v neuropsychologické rehabilitaci patří snadná administrace úkolů, kvalitní zpětná vazba (např. grafické znázornění reakčního času, výkon uvedený v procentech atp.), flexibilita (programy jsou schopny neúnavně a přesně reagovat na dobré výkony i chyby pacienta), schopnost uchovat data, přesnost zpracování, usnadnění práce terapeuta. Nevýhodou využití programů je skutečnost, že někteří rehabilitanti mají minimální zkušenosti s počítačem, bojí se ho, nemají důvěru ve smysluplnost práce. Dalším problémem je problém efektu generalizace počítačové rehabilitace do každodenního života, což sice platí i pro nepočítačové metody (např. skupinovou psychoterapii), u počítačů je však více akcentován. (13)

Z dalších typických následků cévní mozkové příhody, kterou se ve své práci zabývám, je otázka spasticity. Pro ovlivňování spasticity existuje velké množství různých metod a často se zdůrazňuje výhoda jedné před druhou. V klinické praxi se mi však nejvíce osvědčil individuální a pragmatický přístup, který lze přizpůsobovat změnám stavu rehabilitantů. Poměrně velké procento pozitivně reaguje na elektrickou stimulaci, magnetoterapii, někomu více vyhovuje kryoterapie, jinému termoterapie či ultrazvuk. Někdo spasticitu nejlépe ovlivní pohybovou terapií. Je proto ideální, pokud před ergoterapií může rehabilitant některou z výše zmiňovaných terapií podstoupit. Ergoterapeut pak již nemusí věnovat tolik času pokusům o snížení svalového tonu a může se rovnou věnovat například nácviku motoriky. VRÚ Slapy sice stojí na předních pozicích co se technického vybavení týče, díky harmonogramu jednotlivých procedur však jejich vliv naprosto ztrácí smysl.

Ze sekundární analýzy dat zdravotnické dokumentace, ve které jsem se zaměřila vždy zejména na srovnání hodnocení ve vstupní a výstupní zprávě, vyplývá, že byl stav v průběhu rehabilitačního pobytu zlepšen, že byl každý rehabilitant poučen o charakteru a léčbě onemocnění a o nutnosti pokračovat v pohybových aktivitách i v domácím prostředí. Jak jsem se však již výše zmiňovala, opět mi zde chybí propojení s pracovní a sociální složkou rehabilitace. Proto v tomto případě nelze hovořit o komprehenzivní rehabilitaci, kterou WHO definuje jako včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit společenského života s využitím léčebných, pracovních, pedagogických a sociálních prostředků. (31)

Protože starší jedinci potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu, (29) aktivní rehabilitace by měla optimálně probíhat tak dlouho, dokud lze objektivně pozorovat zlepšení neurologického deficitu. (25) Proto je důležité, aby

tito byli léčení a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života. (29) Dále je nezbytné, aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám každého jedince. Současně by při propouštění měl být rehabilitant informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo jak dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci. (29) Mimo sekundární prevenci a léčbu přidružených nemocí závisí další schéma péče a pomoci na výsledném zdravotním stavu, stupni neurologického deficitu a míře soběstačnosti a samozřejmě na sociálním zázemí (možnost zajištění optimální péče v domácím prostředí či nutnost další institucionální péče s převahou zdravotnických nebo sociálních prvků). (25) Není pochyb o tom, že člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak v nemoci. Intermitentní péče o nemocného člověka většinou nepůsobí rodinám potíže. Náročnější je však dlouhodobá či dokonce trvalá péče. Sociologické výzkumy sice hovoří o tom, že rodinná a sousedská péče pokrývá 70 – 80 % opodstatněných potřeb starých a starých nemocných lidí, profesionálové, kteří o tyto lidi pečují se však nezdědka setkávají s rodinami, které jsou v tomto směru dysfunkční. Platí, že rodina musí chtít, umět a moci. Kdo chce, se i naučí, což znamená, že si dovede péči zorganizovat. Vážným problémem je však moci. Překážky jsou četné: nevyhovující bydlení, vysoká zaměstnanost, ekonomické důvody atd. (29) Důležité je proto informovat a seznámit rodinu s možnostmi jakými je například respite péče, home care, domovy s pečovatelskou službou, domovinky, systém domácí pečovatelské služby atd. Důležitá je opět spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce, která však ve VRÚ Slapy naprosto chybí.

Výsledky mého výzkumu sice nebyly zpracovány statisticky, nicméně z kvalitativního rozboru usuzuji závěr, že pravidelný trénink symbolických i motorických funkcí v rámci ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě vedl u významné většiny těchto osob ke zlepšení v kognitivní i motorické oblasti. Zároveň z mého výzkumu vyplývá, že nácvik soběstačnosti má pozitivní vliv na poruchy motoriky, senzitivity a symbolických funkcí u osob po cévních mozkových příhodách.

Za podstatné ve výše uvedeném považuji následující prvky:

- a) individuální a komplexní přístup k osobám po cévní mozkové příhodě,
- b) mezioborově propojenou a navazující spolupráci,

c) využívání premorbidních zájmů pacienta,

d) tvorba krátkodobého a dlouhodobého ergoterapeutického plánu, ve kterém jsou jasně definované reálné cíle a v neposlední řadě zpětná vazba mezi ergoterapeutem a pacientem.

7 Závěr

Cílem mé práce bylo charakterizovat ergoterapii u osob po cévní mozkové příhodě, popsat, jak probíhá ergoterapie ve VRÚ Slapy nad Vltavou a zjistit vliv ergoterapie na soběstačnost, poruchy motoriky, senzitivity a symbolických funkcí u osob po cévních mozkových příhodách. Domnívám se, že výsledky mé práce dostatečně poukazují na okrajové vnímání problematiky rehabilitace osob po cévních mozkových příhodách se specifickými poruchami. Úmyslně jsem tedy vybrala takové kasuistiky, na kterých mohu uvést praktické rady jak ke konkrétnímu rehabilitantovi přistupovat, protože dalším mým záměrem, kromě teoretické analýzy dané problematiky, bylo rozšířit poznatky i na praktickou úroveň.

Posledním problémem, který jsem si na počátku psaní této práce vytyčila bylo zjištění vlivu ergoterapie na jednotlivé aspekty cévní mozkové příhody, ze kterého v průběhu práce vznikly dvě pozitivní hypotézy, které jsou rovněž součástí mé práce.

Věřím, že kasuistiky bude možno využít jako doplněk výuky studentů, v přirozených podmínkách při řešení konkrétních problémů. Význam své bakalářské práce vidím i v možnosti vytvoření strategií, zajišťujících efektivní ošetrovatelskou a rehabilitační péči konkrétních rizikových skupin. Návrhy na řešení se zabývám zejména v závěrečné diskuzi.

8 Klíčová slova

Cévní mozková příhoda

Rehabilitace

Ergoterapie

Poruchy fatických funkcí

Kognice

Pohybový systém

9 Seznam použitých zdrojů

1. KALVACH, Z. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
2. KALVACH, Z. Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: GALÉN, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
3. TROJAN, S. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka, 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 228 s. ISBN 80-2470-031-X.
4. PFEIFFER, J. Neurologie v rehabilitaci. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

5. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. Neurologie pro studium i praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
6. AMBLER, Z. Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty. 6.vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
7. KAŇOVSKÝ, P. a kol. Spasticita: mechanismy, diagnostika a léčba. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 423 s. ISBN 80-7345-042-9.
8. SEDLOVÁ, S. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
9. TROJAN, S. a kol. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka, 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 228 s. ISBN 80-2470-031-X.
10. KAŇOVSKÝ, P. a kol. Spasticita: mechanismy, diagnostika a léčba. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 423 s. ISBN 80-7345-042-9.
11. MAYER, M. Paradoxy v neurokineziologii spastické chůze. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2002, č. 2, s. 61 - 66. ISSN 1211-2658.
12. LIPPERTOVÁ, M. Neurorehabilitace. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
13. PREISS, M. a kol. Klinická neuropsychologie. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 408 s. ISBN 80-7169-443-6.
14. MAYER, M. Neglekt: patofyziologie, klinická symptomatologie, principy rehabilitace. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2003, č. 2, s. 72 - 76. ISSN 1211-2658.
15. KLENER, P. a kol. Rehabilitace a fyzikální terapie. 2. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 79 - 82. ISBN 80-7262-101-7.
16. *Medical care and rehabilitation* [online] 2009, [cit. 2009-02-13]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/disabilities/care>.
17. VELEMÍNSKÝ, M., Klinická propedeutika. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2003. 106 s. ISSN 80-7040-642-9.
18. *Koncepce ergoterapie* [online] 2007, [cit. 2007-08-02]. Dostupné na WWW: <http://www.ergoterapie.org/dokumenty/koncepce>.

19. WFOT-Světová federace ergoterapeutů, 2007
20. VAŇÁSKOVÁ, E. Testování v rehabilitační praxi: cévní mozkové příhody. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 65 s. ISBN 80-7013-398-8.
21. *Vojenský rehabilitační ústav Slapy nad Vltavou* [online] 2007, [cit. 2007-08-02]. Dostupné na WWW: <http://www.volareza.cz/index2.php?z=VRU&c=VRU>.
22. HENDL, J. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
23. DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
24. *Standardy praxe České asociace ergoterapeutů* [online] 2007, [cit. 2007-08-02]. Dostupné na WWW: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=12>.
25. *Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem* [online] 2007, [cit. 2007-08-13]. Dostupné na WWW: <http://www.cmp.cz/doporuceni-infarkt.html>.
26. BÁRTLOVÁ, S. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*. 2006, č. 1, s. 31 - 35. ISSN 1212-4117.
27. GULÁŠOVÁ, I. Úlohy zdravotníckeho pracovníka v aktívnej účasti zapojenia rodiny do liečby u pacienta s poruchami reči. *Kontakt*. 2006, č. 2, s. 224 - 228. ISSN 1212-4117.
28. GULÁŠOVÁ, I. Úlohy zdravotníckeho pracovníka v aktívnej účasti zapojenia rodiny do liečby u pacienta s poruchami myšlenia. *Kontakt*. 2006, č. 2, s. 229 - 234. ISSN 1212-4117.
29. HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek ze sociální gerontologie: České ošetrovatelství – praktická příručka pro sestry, 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-363-5.
30. BÁRTLOVÁ, S. a kol. Výzkum a ošetrovatelství. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
31. VOTAVA, J. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-2460708-5.

