

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Bakalářská práce

Vliv programu rekondičního pobytu

na pacienty po poškození mozku

Influence of refreshment residence

on patients after a brain damage

Zuzana Klisková

Praha, 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Zdroje informací, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Současně souhlasím se zapůjčením práce ke studijním účelům.

V Praze dne 12. srpna 2009

Zuzana Klisková

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem lidem, kteří se účastnili rekondičních pobytů, hlavně pacientům, Tomášovi a Vlád'ovi, bez kterých by mé kasuistiky nevznikly.

Také bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce MUDr. Petře Sládkové za vedení mé práce.

Abstrakt

S prodlužováním délky života a nárůstem počtu osob ve vyšších věkových kategoriích lze očekávat zvýšený počet CMP. Tyto příhody tak představují významný nejen zdravotní, ale i sociální a ekonomický problém.

Na rekondiční pobyty do Krušných hor jezdí neurologičtí pacienti. Největší skupinu tvoří pacienti po CMP, dále to jsou hlavně mladí lidé po autonehodách a jiných úrazech hlavy, do třetice bych zmínila ty, kterým byl odoperován nádor na mozku. Zdravotní stav takto postižených nezůstal bez nějakého deficitu, ať už se jedná o poruchy motoriky, sensitivity, poruchy řeči nebo psychické problémy.

Proto je zapotřebí, aby jim již od počátku byla poskytována komplexní zdravotní péče multidisciplinárního týmu. Ve spojení s aktivním přístupem pacienta ke své rehabilitaci, lze dosáhnout viditelných pokroků.

Summary

We can expect increased amount of stroke with lengthening of life and growth number of people in higher aged categories. These incidents mean not only health but also social and economical problem.

Neurological patients go to refreshment residence to the Krušné mountains. The biggest group is made up of patients after stroke, there are mainly young people after car accidents and other head injuries and I would like to mention people who were operated with a brain tumor. Health condition of these people is not without a deficit, no matter what it is – motorics or sensitivity failure, speech failure or some psychical problems.

It is necessary to provide them with a complex health care of multidisciplinary team from the beginning. We can reach visible progress if we combine the patient's active approach to his habilitation.

Vedoucí práce: MUDr. Petra Sládková

PROHLÁŠENÍ.....	2
PODĚKOVÁNÍ.....	3
ABSTRAKT.....	4
SUMMARY.....	4
OBSAH.....	5
CÍL.....	7
ÚVOD.....	8
1. TEORETICKÁ ČÁST	
1. ZÁKLADY ANATOMIE MOZKU A JEHO KREVNÍHO ZÁSOBENÍ.....	9
1.1. ANATOMIE A FUNKCE MOZKU.....	9
1.2. CÉVNÍ ZÁSOBENÍ MOZKU.....	9
2. CMP.....	13
2.1. DEFINICE CMP.....	13
2.2. EPIDEMIOLOGIE CMP.....	13
2.3. ETIOPATOGENEZE.....	13
2.4. KLASIFIKACE CMP.....	13
2.5. ISCHEMICKÉ CMP A JEJICH KLINICKÝ OBRAZ.....	15
2.6. HEMORAGICKÉ CMP A JEJICH KLINICKÝ OBRAZ.....	15
2.7. RIZIKOVÉ FAKTORY CMP.....	15
2.8. JAK POZNAT, ŽE SE JEDNÁ O MRTVICI.....	16
2.9. ODHAD RIZIKA VZNIKU CMP.....	17
3. REHABILITACE PACIENTŮ PO CMP.....	19
3.1. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍ SCHOPNOSTI, DISABILITY A ZDRAVÍ (MKF).....	19
3.2. PLÁNOVÁNÍ REHABILITAČNÍHO PROGRAMU PO CMP.....	20

3.3. FYZIOTERAPIE IKTU.....	20
2. PRAKTICKÁ ČÁST	
4. KASUISTIKY.....	22
4.1. 1. KASUISTIKA.....	22
4.2. 2. KASUISTIKA.....	29
5. REKONDIČNÍ POBYT- PROGRAM REKONDIČNÍHO POBYTU.....	36
5.1. SOBOTA 30.8.....	37
5.2. NEDĚLE 31.8.....	39
5.3. PONDĚLÍ 1.9.....	42
5.4. ÚTERÝ 2.9.....	45
5.5. STŘEDA 3.9.....	47
5.6. ČTVRTEK 4.9.....	48
5.7. PÁTEK 5.9.....	50
5.8. SOBOTA 6.9.....	51
6. PŘÍPRAVA PROGRAMU.....	53
7. VLIV PROGRAMU NA PACIENTY.....	54
8. MOJE POZICE NA REKONDIČNÍCH POBYTECH.....	55
DISKUZE.....	58
ZÁVĚR.....	59
SEZNAM LITERATURY.....	60
PŘÍLOHY.....	61

Cíl

Rozhodla jsem se svou bakalářskou práci pojmout jako takové sestavení programu a celkové náplně týdne rekondičního pobytu, jako určitý návod pro ty, kteří se chystají podobné akce organizovat. Pokusila jsem se shrnout, jak takový pobyt může vypadat.

Úvod

Vliv programu rekondičního pobytu na pacienty po poškození mozku, tak zní téma mé bakalářské práce. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že se mi tím otevřela možnost jet s pacienty po poškození mozku na dva týdenní rekondiční pobyty, pracovat tam s nimi, věnovat se jim, zúročit nabyté teoretické znalosti převážně z neurologie a neurorehabilitace a více se v praxi dozvědět o této problematice, o problematice pacientů s následky po poškození mozku.

Jako základ jsou samozřejmě nezbytné teoretické znalosti, ale souhlasím s názorem, že člověk se mnohem rychleji, snadněji a lépe učí v praxi. Musím podotknout, že čtrnáct dní, rozložených do dvou rekondičních pobytů, strávených s neurologickými pacienty mě opravdu značně obohatilo a jsem vděčná za možnost pracovat s takto postiženými lidmi.

Práci jsem rozdělila do dvou částí, první část je teoretická, ta druhá je praktická. V teoretické části stručně popisuji anatomii mozku a jeho cévní zásobení, cévní mozkové příhody, rehabilitaci pacientů po CMP a plánování rehabilitačního programu u pacientů po CMP.

Praktická část obsahuje dvě kasuistiky pacientů po CMP, informace o rekondičních pobytech pořádané obecně prospěšnou společností REHALB za podpory MZ ČR a za spolupráce Kliniky rehabilitačního lékařství, kompletní týdenní program a kapitoly příprava programu, vliv programu na pacienty a moje pozice na rekondičních pobytech.

Potěšilo by mě, kdyby se v budoucnu našel někdo, komu by informace v mé práci pomohly při pořádání pobytu podobného typu.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1. Základy anatomie mozku a jeho krevního zásobení

1.1. Anatomie a funkce mozku

Mozek je životně důležitý orgán, který zodpovídá za naše mentální a intelektuální funkce a schopnosti, jako je paměť a myšlení. Je to centrum, které řídí naše vztahy se zevním světem. Mozkem je využíváno až 80% všech lidských genů a v neposlední řadě také reguluje mnohé z našich automatických tělesných funkcí.

Tento orgán se skládá z neuronů, což jsou mozkové buňky, dále z gliových buněk, kterým také říkáme podpůrné, z mozkomíšního moku a z cév. Cévy, které přivádějí do mozku bohatě okysličenou krev obohacenou živinami, jako je glukóza, říkáme tepny. Naopak cévy odvádějící vyčerpanou krev a odpadové produkty se nazývají žíly. Počet neuronů u lidí se přibližně neliší – je to asi 100 miliard, avšak počet spojení mezi jednotlivými neurony se liší. Na to, že mozek tvoří přibližně jen 2 procenta celkové tělesné hmotnosti dospělého člověka (přibližně 1,4kg), tak spotřebovává velké množství kyslíku – 20% a glukózy – 50% z tepenné krve.

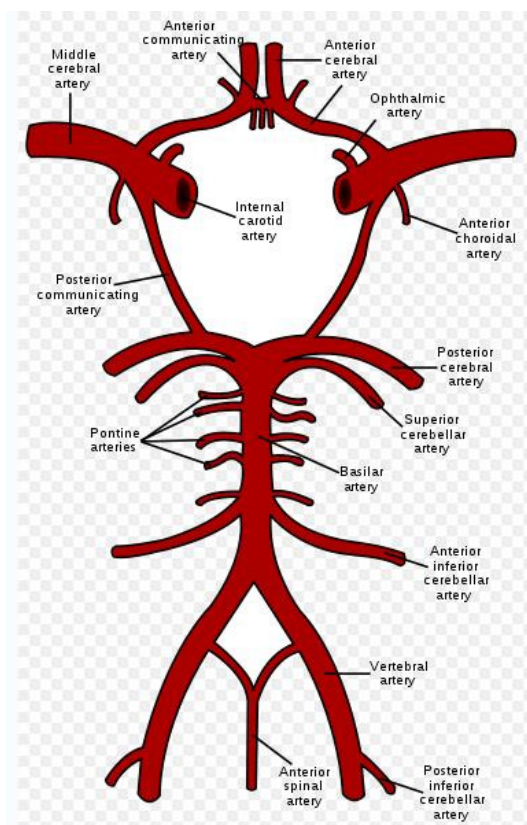
Podstatné je to, že mozek neshromažďuje kyslík ani jiné živiny, a proto pro jeho správnou funkci je nezbytná nepřetržitá 24hodinová dodávka všech potřebných látek z cirkulující tepenné krve. Aby mozek správně fungoval, tak potřebuje obdržet přibližně 1 litr krve za minutu, to odpovídá asi 15% celkové krve, kterou srdce za klidových podmínek pumpuje. Žádný jiný orgán v těle nedostává soustavně tak intenzivní krevní dodávku. (Feigin, 2007)

1.2. Cévní zásobení mozku

Mozek je zásobován dvěma velkými cirkulačními systémy, které přivádějí tepnami do mozku tepennou krev. První systém známý jako přední mozková arteriální cirkulace se skládá ze dvou tepen, kterým říkáme karotické. Těmito tepnami je vyživována čelní partie mozku. Druhý systém je vertebrobazilární, ten zásobuje zadní část a také je označován jako zadní mozková arteriální cirkulace. Oba systémy jsou propojeny navzájem tepnami. (Feigin, 2007)

Tyto tepny vytvářejí na spodině mozku tzv. Willisův okruh, což je nesmírně důležitá spojka nejen mezi karotickým a vertebrobazilárním povodím, ale i mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace. Tento okruh umožňuje redistribuci krve z dobře zásobených oblastí mozku do oblastí insuficientních, tím vzniklou insuficienci kompenzuje a zabraňuje vzniku lokálních ischemií. Z Willisova okruhu vycházejí dva arteriální systémy, po povrchu mozku probíhají velké párové tepny a zásobují kortikální a subkortikální oblasti mozkové tkáně. Z přední karotické i zadní vertebrobazilární části Willisova okruhu odstupují drobné perforující tepny a zásobují centrální mozkové struktury, především bazální ganglia, thalamus, hypotalamus a dráhy vnitřního pouzdra. Mozkový kmen je zásoben větévkami z vertebrobazilárního povodí, mozeček třemi párovými mozečkovými tepnami.

Obr. č. 1: Willisův tepenný okruh v mozku (www.wikipedia.org)



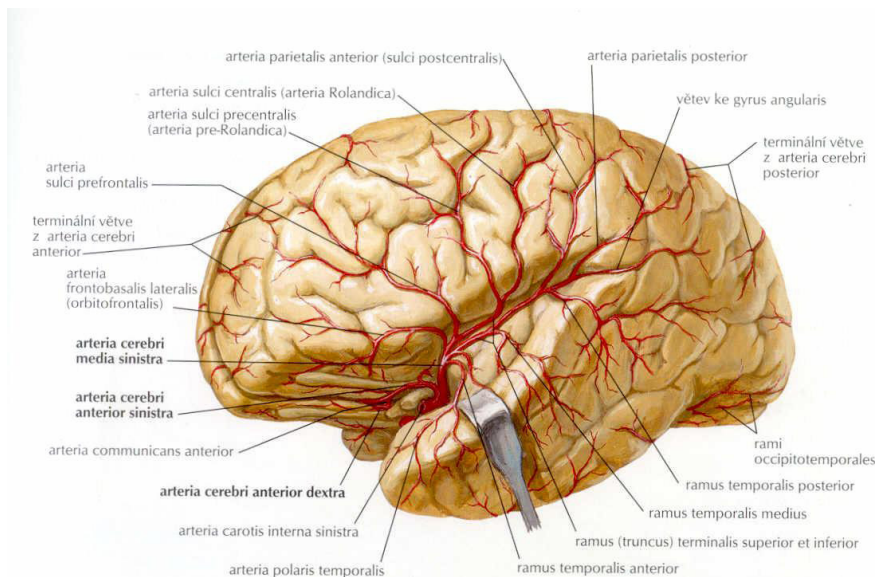
Ke každé oblasti mozku náleží konkrétní zásobující tepna, každá tepna má své cévní teritorium. Jak mezi povrchními a hlubokými arteriálními systémy existují, tak i mezi jednotlivými sousedními povodími existují spojky, avšak jsou velmi variabilní, obvykle

malého funkčního významu. Důležité jsou ovšem spojky mezi větvemi zevní a vnitřní karotidy, které se mohou příznivě uplatnit za jistých patologických stavů. (Nevšimalová, 2002)

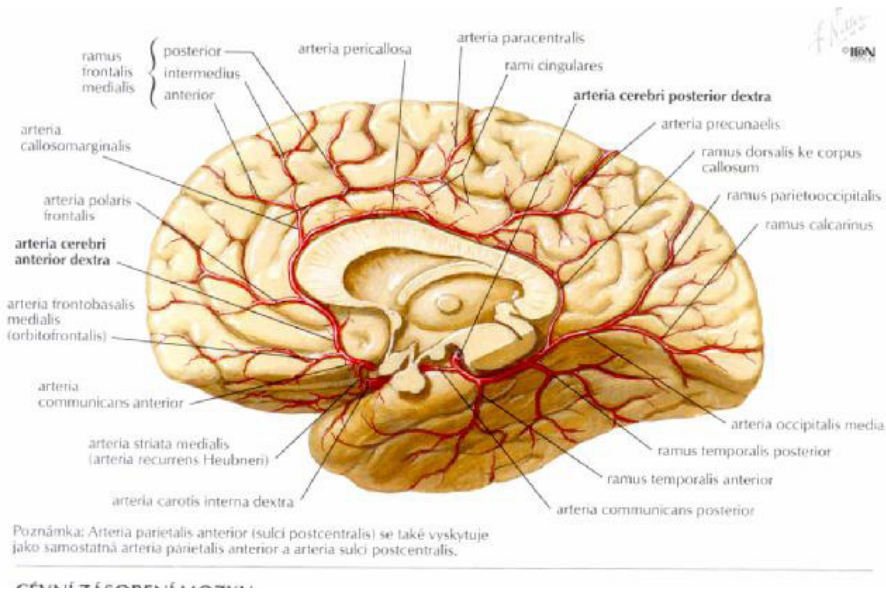
Arteria cerebri media a její uzávěr vedou k rozsáhlému teritoriálnímu infarktu s minimem možností pro uplatnění kolaterálního oběhu. Velmi rychlý uzávěr je zapříčiněn embolií. Zdroj embolie může být kardiální, aortální a zejména karotický.

Mortalita na teritoriální infarkt v povodí ACM je vysoká, u nemocných s rozsáhlým nálezem a potřebou řízené ventilace dosahuje až 80-90%, U lehčích forem, které byly dříve stejně považovány prognosticky za velmi nepříznivé, se ukazuje, že s vývojem kvalitní akutní péče je nález sdružen s 30-40% mortalitou a lze očekávat další pokles s příchodem modernější léčby. (Kalina, 2001)

Obr. č. 2: Arteria cerebri media (<http://portal.lf1.cuni.cz>)



Obr. č. 3: Mozkové arterie (<http://portal.lf1.cuni.cz>)



Žilní systém se skládá jednak z hlubokého systému venae cerebri internae, spojující se v nepárovou vena cerebri magna, která odvádí krev z centrálních struktur mozku a z povrchových žil odvádějících krev z mozkové kůry a z podkorových oblastí. Venae jugulares internae jsou hlavní odvodné žíly z intrakraniální oblasti.

Funkčně zdatný a morfologicky normální cévní systém mozku je podmínkou pro optimální mozkovou cirkulaci. (Nevšímalová, 2002)

Ze všech buněk v organismu jsou právě neurony nejcitlivější na nedostatek kyslíku v krvi. Již pouhých 7-10 sekund přerušeni tepenné dodávky krve do mozku může vyústit v nevratné poškození části mozku- smrt neuronů. Mozkovému poškození mohou v jisté míře zabránit určité mechanismy, které také pak pomáhají usnadnit zotavení. Na rozdíl od ostatních orgánů v těle má mozek vlastní systém autoregulace. Tento systém zajišťuje trvalost krevní cirkulace za určitých fyziologických limitů. Pokud ale dojde k překročení těchto limitů, autoregulační systém selhává a nastupuje cévní mozková příhoda (CMP), iktus. (Feigin, 2007)

2. CMP

2.1. Definice CMP

Světová zdravotnická organizace definuje CMP jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, které trvají déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení. Synonymem pro CMP je iktus. (Herzig, 2008)

2.2. Epidemiologie CMP

Cévní mozkové příhody zaujímají ve vyspělých zemích přední místo mezi příčinami smrti. V roce 2005 figurovaly CMP v ČR u mužů na 5. a u žen na 3. místě mezi příčinami úmrtí. V roce 2006 byla v ČR standardizovaná úmrtnost na u mužů 113,4 a u žen 90,8 na 100 000 obyvatel. S prodlužováním délky života a nárůstem počtu osob ve vyšších věkových kategoriích lze očekávat zvýšený počet CMP. Tyto příhody tak představují významný nejen zdravotní, ale i socio - ekonomický problém. (Herzig, 2008)

2.3. Etiopatogeneze

CMP vznikají jako důsledek poruchy prokrvení části nebo celého mozku (ischémie), krvácením do mozkové tkáně (hemoragie) nebo krvácením do subarachnoideálního prostoru (subarachnoideální krvácení). Postižení žilního systému (intrakraniální tromboflebitidy a trombózy splavů) je vzácné. V etiopatogenezi CMP mají hlavní postavení cévní zásobení mozku a regulační mechanismy mozkové cirkulace.

Etiopatogeneze mozkové ischémie je taková, že tento druh CMP vzniká v důsledku kritického snížení mozkové perfúze části mozku nebo celého mozku a tvoří asi 80% všech CMP.

Etiopatogeneze mozkové hemoragie je následná, krvácení do mozkové tkáně vzniká jako důsledek ruptury cévní stěny některé z mozkových arterií. Tento druh je zatížen větší mortalitou než ischemické CMP. (Nevšímalová, 2002)

2.4 Klasifikace CMP

CMP se dělí na příhody ischemické a hemoragické. Ischemické ikty se dále dělí dle jejich etiologie a dle lokalizace (postižení cévních teritorií).

Klasifikace ischemických iktů dle jejich etiologie má tři hlavní příčiny – první příčinou je aterotromboembolismus velkých a středních tepen (50%), druhou příčinou je onemocnění malých penetrujících tepen – lakunární iktus – (25%) a třetí příčinou je kardiogenní embolizace – (20%). Tyto příčiny představují 95% všech ischemických iktů.

Klasifikace ischemických iktů dle postižení cévních teritorií je následující – iktus při úplném postižení přední cirkulace – TACI, iktus při částečném postižení přední cirkulace – PACI, lakunární iktus – LACI, iktus při postižení zadní cirkulace – POCI. (Polívka, 2000)

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vymezuje mozkový infarkt takto:

I63.0 – Mozkový infarkt způsobený trombózou přívodných mozkových tepen

I63.1 – Mozkový infarkt způsobený embolií přívodných mozkových tepen

I63.2 – Mozkový infarkt způsobený neurčenou okluzí (uzávěrem) nebo stenózou (zúžením) přívodných mozkových tepen

I63.3 – Mozkový infarkt způsobený trombózou mozkových tepen

I63.4 – Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen

I63.5 – Mozkový infarkt způsobený neurčenou okluzí nebo stenózou mozkových tepen

I63.6 – Mozkový infarkt způsobený mozkovou žilní trombózou, nehnisavou

I63.8 – Jiný mozkový infarkt

I63.9 – Mozkový infarkt, NS

Nepatří sem: následky mozkového infarktu (I69.3). (Herzig, 2008)

Klasifikace hemoragických iktů – krvácení může být buď tříštivé, nebo ohraničené (globózní) a to v závislosti na velikosti ruptury cévní stěny, na odporu okolní tkáně a na výši krevního tlaku. (Nevšimalová, 2002)

Dle MKN se hemoragické příhody dělí takto:

I61.0 – Intracerebrální krvácení do hemisféry, podkorové (hluboké intracerebrální krvácení)

I61.1 – Intracerebrální krvácení do hemisféry, korové, mozkové lalokové krvácení, povrchové intracerebrální krvácení

I61.2 – Intracerebrální krvácení do hemisféry, NS

I61.3 – Intracerebrální krvácení do mozkového kmene

I61.4 – Intracerebrální krvácení do mozečku

I61.5 – Intracerebrální krvácení do mozkových komor

I61.6 – Intracerebrální krvácení mnohočetně lokalizované

I61.8 – Jiné intracerebrální krvácení

I61.9 – Intracerebrální krvácení, NS (Kalita, 2006)

2.5. Ischemické CMP a jejich klinický obraz

U ischemických mozkových příhod je jejich klinický obraz značně variabilní v závislosti na lokalizaci hypoxie, rychlosti jejího vzniku, jejím rozsahu, kompenzačních mechanismech makro i mikrocirkulace, celkovém zdravotním stavu nemocného, preventivní léčbě i kvalitě a včasnosti urgentní intenzivní péče v samém počátku onemocnění. Ischemická CMP je většinou náhle vzniklé onemocnění, avšak postupný rozvoj klinické symptomatologie rovněž není vzácný. Je zapříčiněn pokračujícím uzavíráním přívodné arterie, selháváním kompenzačních mechanismů nebo spoluúčastí celkové mozkové hypoxie. (Nevšímalová, 2002)

2.6. Hemoragické CMP a jejich klinický obraz

Klinické příznaky krvácení záleží na jeho lokalizaci, rozsahu, příčině, rychlosti vzniku, kompenzačních mechanismech mozkové tkáně a celkovém zdravotním stavu nemocného. Prognóza může být podle typu krvácení jak příznivá (subkortikální globózní hemoragie), tak i bohužel nepříznivá (centrální tříštivé hemoragie, mozečková krvácení), u krvácení do mozkového kmene bývá prognóza většinou infaustní. (Nevšímalová, 2002)

U pacientů s nekontrolovaným krevním tlakem dochází k hemoragickým CMP dvakrát častěji, nejběžnější typ mozkové hemoragie vzniká v důsledku vysokého krevního tlaku, proto jako prevence je velmi důležité mít pravidelně kontrolovaný a popřípadě krevní tlak medikamentózně kompenzovaný. (Spence, 2008)

2.7. Rizikové faktory CMP

CMP většinou vzniká jako následek kombinace medicínských příčin jako je například vysoký krevní tlak a příčin návykových jako je kouření. Takové příčiny jsou nazývány rizikovými faktory.

Tyto faktory se dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Faktory první skupiny mohou být regulovány, někdy i zcela eliminovány, a to buď prostředky nemedicínskými (změna životního stylu), nebo prostředky medicínskými (léky). Udává se, že až 85% CMP lze předcházet kontrolou těchto ovlivnitelných rizikových faktorů.

Nicméně existují i faktory, které změnit nelze, mezi tyto neovlivnitelné rizikové faktory patří dědičné dispozice, stárnutí a rasový původ.

Do skupiny medicínských rizikových faktorů patří hypertenze, ateroskleróza, vysoká hladina tuků např. cholesterolu v krvi, migrény, různé srdeční poruchy, diabetes, neprasklé mozkové aneurysma, výskyt CMP v rodině a další genetické faktory.

Výše uvedené rizikové faktory se mohou vzájemně ovlivňovat, jeden může zesilovat účinek druhého a naopak (cukrovka podporuje aterosklerózu a vysoký krevní tlak, lidé s vyšším krevním tlakem mají častěji srdeční choroby a aterosklerózu). S počtem kombinovaných rizikových faktorů narůstá riziko vzniku iktu, nicméně většiny rizikových faktorů se můžeme vyvarovat nebo je alespoň účinně kontrolovat.

Ty rizikové faktory, které vyplývají z chování jedince a ze životního stylu, se nazývají návykové. Nejvýznamnější jsou kouření, nezdravá strava, zvýšená konzumace alkoholu a sedavý způsob života. Také užívání antikoncepce, drog s povzbuzujícím účinkem, noční chrápání a spánková apnoe a nadváha zvyšují nebezpečí vzniku CMP. (Feigin, 2007)

2.8. Jak poznat, že se jedná o mrtvici

Jednoduchým testem, který může kdokoliv při podezření udělat, je vyzkoušení tří úkonů. Tyto tři zkoušky mohou ozřejmit, zda se může jednat o iktus. První zkouškou je vycenění zubů. Varováním je, pokud se jeden koutek nezvedá vůbec nebo je pohyb asymetrický. Druhou zkouškou je předpažení obou horních končetin se zavřenými očima, kdy asymetrické postavení nebo pokles je podezřelý a ukazuje na poruchu mozkové funkce. Poslední zkouškou je opakování rozvité věty. Nemocný se pokusí zopakovat například větu typu: „Na každém šprochu je pravdy trochu.“ Pokud nemocný nerozumí, není schopen opakovat, nebo má problémy s výslovností, je nutné okamžité vyšetření. V případě, že se zjistí problém při provádění třeba jen jednoho z úkonů, je nutné co nejdříve volat lékaře. Cévní mozková příhoda je závažný akutní stav, který vyžaduje okamžité vyšetření a léčbu na specializovaném pracovišti. Každá minuta, kdy je mozek nedostatečně prokrven, vede k poškození, které může být nevratné, proto je nutné jednat rychle. I lehké a přechodné příznaky, které po čase odezní,

mohou znamenat jakousi varovnou příhodu, po které velmi často do několika týdnů dojde k opakování, většinou se závažnějšími následky. (online)

2.9. Odhad rizika vzniku CMP

V případě, že se u někoho vyskytuje nějaký rizikový faktor, tak u něj stoupá pravděpodobnost vzniku mozkové příhody. Čím více rizikových vlivů, tím větší je riziko. Například dvacetkrát většímu riziku vzniku CMP se vystavuje kuřák s hypertenzí než nekuřák s normální hodnotou krevního tlaku. Hodně lidí má více než dva rizikové faktory.

Pro odhad osobního rizika CMP můžeme využít jednoduchý výpočet. K výpočtu svého celkového rizika se sčítají body za každý přítomný rizikový faktor (viz tab. 1.).

Nízké riziko má osoba v případě, pokud se jeho součet pohybuje v rozmezí 1–4 body, ale je to o 5-10% vyšší riziko pravděpodobnosti vzniku iktu než u jiné osoby stejného věku bez těchto rizikových faktorů. Součet mezi 5-9 body označuje středně nízké riziko, ale je to o 10-20% vyšší riziko než u osoby stejného věku bez rizikových faktorů. Součet 10-13 vyjadřuje středně vyšší riziko CMP a to o 20-40% vyšší pravděpodobnost a součet 14 a více představuje vysoké riziko vzniku iktu, více jak o 40% vyšší pravděpodobnost. (Feigin, 2007)

Tab. 1.
Osobní riziko
iktu

Rizikový faktor	Skóre rizika				Aktuální skóre
	0	1	2	3	
Věk	0-44	45-64	65-74	nad 75	
Kouření	Nikdy nebo přestal před více než 5 lety	Přestal před méně než 5 lety	Kuřák do 20 cigaret denně	Kuřák přes 20 cigaret denně	
Krevní tlak (mm Hg)	Normální < 120/80	Hraniční až mírná hypertenze 120-159/80-94	Střední hypertenze 160-179/95-109	Těžká hypertenze 180+/110+	
Cukrovka	Nepřítomna	Nelze posoudit	Rodinná zátěž	Potvrzený diabetes	
Rodinná zátěž iktem	Žádná	Pokrevný příbuzný měl iktus po 65 letech	Pokrevný příbuzný měl iktus před 65 lety	2 nebo více příbuzných mělo iktus	
Cholesterol	Pod normou (< 5,2 mmol/l nebo < 200 mg/dl)	Průměrný (5,2-6,1 mmol/l nebo 200-239 mg/dl)	Středně zvýšený (6,2-7,8 mmol/l nebo 240-300 mg/dl)	Silně zvýšený (> 7,8 mmol/l nebo >300 mg/dl)	
Alkohol (standardní dávky denně)	Žádná přemíra (0-2 muž, 0-1 žena)	Lehké nadužívání (3-4 muž, 2 žena)	Střední abúzus (5-6 muž, 3-4 žena)	Těžký abúzus (> 6 muž, > 4 žena)	
BMI	Normální (18,5-24,9)	Lehká nadváha (25-26,9)	Střední nadváha (27-29,9)	Obézní (> 30)	
Fyzická aktivita	Normální (1 h energické aktivity alespoň 3x týdně)	Lehce snížená (1 h energické aktivity 1-2x týdně)	Středně snížená (< 1 h energické aktivity 1x týdně)	Minimální (téměř žádná energická aktivita)	
Celkové skóre:					

3. Rehabilitace pacientů po CMP

3.1. Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF)

Tato klasifikace má pro rehabilitaci značný význam, její anglický název zní *International Classification of Functioning, Disability and Health*.

54. shromáždění Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 2001 schválilo klasifikaci MKF a doporučilo ji k mezinárodnímu používání, zároveň vybídlo členské státy WHO, aby tuto klasifikaci ve svých zemích co nejdříve zavedly.

Jde o konečné znění usilovné dlouhodobé a náročné mezinárodní práce, která nabídla již v roce 1980 první pokusnou verzi Mezinárodní Klasifikace Poruch Disabilit a Handicapů MKPDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ICIDH), která měla být potvrzena po desetiletém zkušebním užívání. Tato zkušební doba se ovšem protáhla na celých 21 let a schválena byla až v roce 2001.

Klasifikace MKF je velmi významná moderní hodnotící technika. Někdy se jí také říká nástroj, který bude ovlivňovat celosvětové zdravotně- sociální myšlení. Lékaři a jiní odborníci si uvědomovali, že stejná nemoc nebo úraz může způsobit velmi rozdílné obtíže a příznaky a ty mohou být různě závažné. A naopak tyto příznaky a obtíže mohou být zapříčiněny odlišnými diagnózami.

Proto původní MKPDH (ICIDH) byla vytvořena jako požadavek vyjádřit, utřídit a klasifikovat následky etiologicky definovaných onemocnění a úrazů, které jsou uvedeny v Mezinárodní Klasifikaci Nemocí (MKN 10), která se běžně využívá v komunikaci s pojišťovny. (Votava, 2003)

Rehabilitace podle MKF zahrnuje tři stupně a to funkci a strukturu orgánu, projekci do úrovně osobnosti (v praxi se používá výraz aktivita a jejich limity) a participaci (hodnocení výkonu) a faktory prostředí (facilitující, bariérové). V ČR se tato výrazná změna pohledu na RHB zatím nebere příliš v úvahu. Při hodnocení funkční schopnosti se vychází z etiologie a morfologicko-funkčních změn na úrovni orgánu, ale funkční diagnostika osobnosti je bohužel značně nedokonalá a téměř vůbec se nedagnostikuje faktor prostředí.

MKF je spjata hlavně s klasifikací zdraví a zdravotních problémů, dále je využívána v oblastech, jako je pojišťovnictví, ekonomika, výchova, sociální zabezpečení, sociální politika, ve vývoji celkové legislativy a životního prostředí.

Tato klasifikace je víceúčelová, sloužící různým disciplínám. Její cíle jsou poskytnout systematické kódovací schéma pro systémy zdravotnických informací, umožnit srovnání dat

mezi zeměmi, disciplínami ve zdravotnictví, službami a časem, zavést společný jazyk kvůli zlepšení komunikace při popisu zdraví mezi různými uživateli a poskytnout vědecké baze k pochopení a studiu zdraví.

Předpokládá se, že se MKF stane operativním a smysluplným nástrojem, kterým se bude moci evidovat incidence a prevalence disability a na základě toho vznikne vytvoření a dostupnost služeb v různých oblastech například v oblasti sociální, vzdělávání i zaměstnanosti. (WHO, 2001)

3.2. Plánování rehabilitačního programu po CMP

Nejlépe je začít tím, že se provede pečlivé zhodnocení pacienta, a pak se stanoví reálné cíle. Žádní dva lidé nejsou stejní, proto je nutné schopnosti člověka posoudit, opětovně posoudit a navrhnout terapii. Terapie musí být navrhována tak, aby brala v úvahu všechny aspekty ztrát člověka, které po CMP nastaly.

Cílem rehabilitace pacienta po CMP je dosažení maximálního stupně fyzické a psychologické soběstačnosti. Pacient by měl dosáhnout stupně funkční soběstačnosti nejen na chráněných místech jako je nemocnice, ale hlavně doma a v běžném životě. Proto terapie nesmí být prováděna jen při návštěvě terapeutů, ale musí se stát součástí každodenní rutiny.

Znovunabytí funkčních schopností podporuje aktivní pohyb. Člověku po CMP je zapotřebí co nejrychleji umožnit návrat do života, tak že ho brzy po příhodě budeme zapojovat do normálních každodenních činností, i když je nedělá dokonale, například do vstávání z postele, chození na toaletu a dalších činností.

Je důležité vyhnout se frustraci z nezdaru. Proto je nutné, aby jakýkoliv postup v terapii byl proveden dle rámce možností člověka. Ten by se měl například nejprve naučit udržet rovnováhu a být stabilní v určité poloze, než s ním budeme trénovat přesuny z této polohy. (WHO, 2004)

3.3 Fyzioterapie iktu

Iktus je nejčastější příčinou invalidity a také důvodem pro rehabilitaci u nemocných nad 60 let. Záhy po jeho začátku zemře deset až dvacet procent nemocných, asi deset procent se upraví tak, že u nich není potřeba žádná rehabilitace, další asi třetina nemocných má tak těžký neurologický deficit, že u ní nelze provádět žádný rehabilitační program. Zbývá poslední asi

třetina představuje vhodné kandidáty pro intenzivní rehabilitaci. Ta může probíhat v lůžkových zařízeních nebo ambulantně.

Úprava neurologického deficitu je nejpravděpodobnější během prvních tří měsíců, může však pokračovat rok, dva roky a v některých případech i déle.

Pokud se deficit zcela neupraví, pak rehabilitaci zaměřujeme na zlepšení a náhradu postižených funkcí. (Polívka, 2000)

Zajištění soběstačnosti s možností návratu do původního bydliště je u většiny pacientů po CMP hlavním cílem ucelené rehabilitace, další cíle jsou však velmi individuální. 25% pacientů prodělá CMP ve věku do 50 let, proto je u mnoha z nich zapotřebí uvažovat o návratu do práce, dalším rozvíjení zájmové činnosti včetně sportu. Návrat do společnosti usnadňuje těmto lidem účast na rekondicích. (Trojan, 2001)

Například u centrálních hemiparéz, po kterých dochází k poruše hybnosti pravé nebo levé poloviny těla ve smyslu spasticity, ke ztrátě selektivních pohybů, k poruchám normálních posturálních mechanismů, k poruchám citlivosti, ke zvýšenému svalovému napětí a někdy i k poruchám psychiky, je metodický postup fyzioterapie následující. Využíváme polohování, pasivních pohybů, relaxace, reedukace volných pohybů trupu, hlavy a končetin, nácvik stoje a chůze a nácvik běžných denních činností. (Hromádková, 1999)

2. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Kasuistiky

4.1. 1. KASUISTIKA

Anamnéza

Jméno pacienta: T. H.

Datum narození: 7. 7. 1963

Pohlaví: muž

Diagnóza: CMP ischemická v povodí ACM I. sin.

Jméno vyšetřujícího: Zuzana Klisková

RA: otec má dyslipoproteinemii, v dispenzarizaci po operaci pro karcinom močového měchýře, babička prodělala opakovaně CMP, matka zemřela na karcinom plic

OA: bdn, 0 operace, úrazy: zlomenina pravého bérce ve 20 ti letech, dále patrně nějaké trauma vazů pravého kolene, před příhodou léčen pro dyslipoproteinemii a nepravidelně pro hypertenzi

NO: datum příhody: 24. 8. 2007 v 18:30 hod., typ: CMP ischemická v povodí ACM I. sin., délka bezvědomí: 0, vegetativní stav: 0, GCS: 0, tracheostomie: 0, 24. 8. 2007 operace v ÚVN- intraarteriální intervence, komplikovaný výkon, nepodařilo se zprůchodnit větev M2, 0 epilepsie, kognitivní funkce se postupně zlepšují, po příhodě pravostranná hemiplegie, nyní pravostranná hemiparéza, centrální paréza n. VII l. dx., přetrvává těžká fatická porucha s převahou exprese

SA: žije s manželkou, syn 7 let, bydlí v RD, do patra vede 30 schodů

PA: majitel firmy (finančnictví)

AA: na pyly

FA: Geratam 1 200mg 2-1-0, Zoloft 50 1-0-0, Lipanthyl supra 160 mg 0-0-1, Aggrenox 1-0-0, Neurontin 300 2-2-2, Rivotril 0,5 mg NN, Baclofen 10 mg 0,5-0,5-0,5

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, drogy nejuje, káva 4x denně

Zájmy: dříve sport - tenis, fotbal, golf, běh, nyní zpěv

Průběh hospitalizací a dosavadní rehabilitace: datum příhody je 24.8.2007 v 18:30, 24.8.2007 do FTN, týž den NCH ÚVN, 28.8. neurologické oddělení ÚVN, pak RHB klinika FNM, pak hospitalizace na rehabilitační klinice Malvazinky, dále byl pacient v Denním stacionáři KRL od 7.1. – 15.2. 2008, 7.1. – 9.1. byl hospitalizován na KNP, od 10.1. 2008 docházel ambulantně, na KRL pacient absolvoval v průběhu denního stacionáře individuální fyzioterapii, ergoterapii, logopedii a skupinovou ergoterapii, fyzioterapii, muzikoterapii, taneční a pohybovou terapii, arteterapii, rovněž pracoval v keramické dílně, po celou dobu pobytu dobře spolupracoval s terapeuty

Poznámka: vzhledem k fatické poruše byla anamnéza odebrána z dokumentace, od pacienta jsem se dozvěděla jen velmi málo

Kineziologický rozbor

Orientace: místem - ano, časem - ano, osobou - ano

Spolupráce: ano

Typ postavy: atletický

Barva kůže: normální, růžová

Otoky: ne

Dušnost: ne

Tonus: zvýšený na PHK a na PDK ve smyslu spasticity, Ashwort 1

Trofika: lehká hypotrofie PHK hlavně v oblasti ramenního kloubu

Svalová síla: snížena na st. 4 na PHK a na PDK, stupeň 0 u dorzální flexe zápěstí na PHK – m. extensor carpi ulnaris, m. extensor carpi radialis longus, m. extensor carpi radialis brevis, jinak svalová síla normální

Kloubní rozsahy: v normě kromě pravého zápěstí: aktivně – S 0 – 70, F 10 – 0 - 30

Hypermobilita: ne

Sed: ano, samostatně

Kompenzační pomůcky: ne

Soběstačnost: vše zvládá sám, nějaké činnosti v pomalejším tempu jako např. přesuny do vany, snaží se zapojovat i PHK

Čítí: povrchové – dotek, bolest – PHK a PDK – hypestezie

LHK a LDK, – normestezie

teplo, chlad – PHK a PDK – hypestezie

LHK a LDK, – normestezie

diskriminační – pravostranná hypestezie

propriocepce (polohocit, pohybovit) – pravostranně zhoršená, není si jistý polohou

končetin a pohyb udává s latencí několika sekund

Taxe: na postižené straně je taxe lehce paretická

Zánikové jevy: Mingazzini na PDK pokles asi o 5 cm

Iritační jevy: Juster a Babinski vyvolány

Hlavové nervy: n. olfaktorius subjektivně v normě, n. optikus - vyšetření perimetru orientačně v pořádku, okohybné nervy (n. III, IV, VI)- bulby ve středním postavení, zornice stejně velké, reagují na osvit, n. trigeminus - nebolestivé výstupy, vpravo dysestezie, n. facialis - centrální paréza na pravé straně, postranní smíšený systém (n. IX-XII)- oblouky symetrické, fatická porucha

Psychický stav: zhoršený ve smyslu depresivních nálad, pacient si uvědomuje postižení, obzvláště ho trápí fatická porucha při komunikaci s okolím

TK: 110/70mm Hg

TF: 63/min

DF: 20/min

Vyšetření

Vyšetření statické

Zezadu

Hlava ve středním postavení, pravé rameno níže, PHK v protrakci a ve vnitřní rotaci, hrudník souměrný, pravá lopatka je níž, pravý torakobrachiální trojúhelník je menší, spiny a gluteální rýhy ve stejné výši

Ze strany

PHK je ve spastickém držení, páteř normálně zakřivená, břicho nepromínuje, pánev ve správném postavení

Zepředu

Velmi lehká centrální paréza n. facialis vpravo, pravé rameno níže, PHK v protrakci a vnitřní rotaci, hrudník je symetrický, pravý m. quadriceps femoris viditelně slabší

Vyšetření dynamické

Zezadu

Schoberova vzdálenost – páteř se prodloužila na 16 cm, Stiborova vzdálenost – páteř se prodloužila o 10 cm, Čepojova vzdálenost – prodloužení o 2 cm – snížené rozvíjení Cp, Thomayerova vzdálenost – prsty na podlahu

Ze strany

Páteř se při předklonu plynule zaobljuje

Zepředu

Žebra se při dýchání pohybují symetricky

Stoj: ano, I, II- zvládne, III - lehké titubace, stoj na špičkách svede, stoj na patách - nelze, stoj na LDK- bez obtíží, stoj na PDK vydrží několik sekund, výrazné titubace, zřejmá instabilita

Chůze: chybí souhyb PHK a trupu (flekční držení v lokti a prstech), chybný odval plosky-
vázne dorzální flexe v hlezenním kloubu a je hyperextenze v kolenním kloubu

Testování pohyblivosti a rovnováhy

Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti

Z první části hodnocení pohyblivosti dle E. Tinetti - hodnocení rovnováhy získal pacient 17 bodů z 18ti možných, zvládne bezpečný a stabilní sed, vstávání ze židle plynule a bez pomoci horní končetiny, postavit se na první pokus, jistou rovnováhu ve stoji, je stabilní ve stoji, plynule se posadit ze stoje a kontinuálně se otočit kolem dokola, ale se zavřenýma očima a nohama u sebe je ve stoji nejistý.

Z druhé části - hodnocení chůze získal 13 bodů ze 14ti možných, pacient má plynulý začátek chůze, symetrickou délku kroku na obou končetinách, kontinuitu chůze neporušenou, trajektorii bez deviace, stabilní trup, při chůzi jsou nohy kladeny těsně vedle sebe, pacient se také dokáže otočit během chůze, předklon v předpažení je vyšší než 25 cm oproti vzpřímenému stoji, při švihové fázi na LDK nevynechá stojnou fázi na PDK a má odval na levé noze, ale při švihové fázi na PDK nevynechá stojnou fázi na LDK, ale chybí odval na pravé noze.

Celkem pacient získal 30 bodů z maxima 32 bodů. Výsledek vyšel stejně na začátku i na konci pobytu.

Bergova funkční škála rovnováhy

Pacient dosáhl více jak 45 bodů v tomto testu, což znamená, že je schopný bezpečné ambulance bez použití kompenzační pomůcky, není zde značné riziko pádu. Pacient zvládá

bez problémů postavování ze sedu bez použití rukou, stoj bez opory minimálně 2 minuty, sed bez opory minimálně 2 minuty, posazování ze stoje s minimálním použitím horních končetin, přesuny, stoj se zavřenýma očima minimálně 10 sekund se supervizí kvůli lehkým titubacím, stoj spojný minimálně 1 minutu bez supervize, dále se pacient dokáže natáhnout dopředu v předpažení o více než 25 centimetrů oproti výchozímu vzpřímenému stoju, zvednout bezpečně a samostatně předmět ze země, rotovat hlavu na obě strany, je schopen otočit se kolem své osy v limitu 4 sekund každým směrem, provést 8 kontaktů s nízkou židlí za 20 sekund, je schopen stát v tandemu samostatně po dobu alespoň 30ti sekund a stoj na jedné noze se liší podle toho o kterou končetinu jde, stoj na LDK zvládá samostatně déle jak 10 sekund, ale stoj na PDK vydrží samostatně pouze 3-5 sekund, to znamená že při celkovém součtu vyšly dvě hodnoty a to 53 a 55. Výsledky na začátku pobytu a na konci vyšly totožně.

Závěr

Vzhledem k tomu, že jsem se s pacientem setkala na rekondičním pobytu, nebylo možné s ním provádět individuální fyzioterapii z časových a organizačních důvodů. Pacienta jsem si ovšem vyšetřila na začátku a na konci pobytu a musím konstatovat, že z hlediska fyzioterapie k nějakému viditelnému zlepšení nedošlo. Očekávala jsem to, protože u tohoto postižení se za týden změny ve zdravotním stavu očekávat nedají. Z psychického hlediska změny nastaly, pacient byl ke konci pobytu uvolněnější, odpočatější, setkání se s lidmi, kteří jsou stejně postižení, mu určitě pomohlo.

Krátkodobý plán

polohování v antispastických polohách

relaxace, měkké techniky

trénink jemné motoriky

sensomotorika

trénink stability pomocí Bobath konceptu, balančních ploch

nácvik správného stereotypu chůze

kondiční cvičení

logopedie

Dlouhodobý plán

pokračování v kondičním cvičení, zlepšování kondice

pokračování v logopedii

snaha o resocializaci, o zapojení se do běžných denních činností

rekondiční pobyty

4.2. 2. KASUISTIKA

Anamnéza

Jméno pacienta: V. B.

Datum narození: 18. 5. 1941

Pohlaví: muž

Diagnóza: CMP hemoragická I. sin.

Jméno vyšetřujícího: Zuzana Klisková

RA: matka zemřela na karcinom žaludku, otec zemřel na CMP

OA: bdn, 9 let se léčí pro arteriální hypertenzi, v r. 1998 úraz hlavy - rozsáhlá tržná rána na hlavě, v dětství operace tříselné kýly vlevo, hyperlipoproteinemie, DM II. typu na dietě

NO: 8. 3. 2003 CMP, v den přijetí po obědě vertigo, usnul a probudil se kolem 14. hodiny a nemohl pohybovat pravostrannými končetinami, obtížně se vyjadřoval, hypertonické krvácení do thalamu a zadního raménka capsula interna vlevo s hemocefalem, klinicky v úvodu těžká pravostranná hemiparéza s plegií PHK, expresivní fatická porucha, centrální paréza n. VII l. dx., stav komplikován sepsí a masivní plicní embolizací, postupné zlepšování u neurologického hlediska

SA: rozvedený, žije s družkou, bydlí v cihlovém domě ve třetím patře bez výtahu

PA: starobní důchod, dříve kuchař, vařil i na soutěžích ve studené kuchyni

AA: negativní

FA: Lokren ½-0-0, Vasilip 0-1-1, Agrenox 1-0-1

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, káva příležitostně

Zájmy: vaření, jízda mhd, procházky, četba

Průběh hospitalizací a dosavadní rehabilitace: 8. 3. 2003 přijat na JIP FN Motol na neurologickou kliniku - tam byl do 8. 5. 2003, pak na KRL FN Motol 23. 5. - 12. 6. 2003, poté od 18. 6. 2003 měsíc na Malvazinkách

Kineziologický rozbor

Orientace: místem - ano, časem - ano, osobou - ano

Spolupráce: ano

Typ postavy: lehká nadváha

Barva kůže: normální, růžová

Otoky: ne

Dušnost: námahová dušnost

Tonus: zvýšený na PHK a PDK pro spasticitu po CMP, v loketním flektovaném kloubu spasticita, na PDK je obzvláště zvýšený tonus na svalech kyčelního kloubu

Trofika: v normě, lehká hypotrofie v oblasti pravého ramene – m. deltoideus, m. coracobrachialis, m. supraspinatus

Svalová síla: na levé polovině těla je přiměřená k věku a celkovému stavu pacienta, pravá strana je slabší, PHK stupeň 3 – 4, PDK stupeň 4, na PHK je stupeň 3 na akru, jinak 4

Kloubní rozsahy: pravé zápěstí S 50 – 0 – 60, F 10 – 0 – 40

pravý loket S 0 – 10 – 140

ostatní rozsahy v normě

Hypermobilita: ne

Sed: ano, samostatně

Kompenzační pomůcky: 1 francouzská hůl

Soběstačnost: soběstačný jeho denní program začíná snídání v 9 dopoledne, přečte si noviny, je schopen reprodukce textu, jde na několikahodinovou procházku, vaří přítelkyně, sám jezdí mhd po celé Praze, večer se dívá na TV, někdy zajde na pivo za kamarády, často využívá LHK, je pravák

Čítí: povrchové – dotek, bolest – PHK a PDK – hypestezie, téměř není schopen lokalizovat dotek

LHK a LDK, – normestezie

teplo, chlad – PHK a PDK – hypestezie, nebezpečí úrazu

LHK a LDK, – normestezie

na PDK je snížená citlivost výraznější než na PHK pro všechny typy povrchového čítí

propriocepce (polohocit, pohybovit) – pravostranně zhoršená, jak pro polohocit, tak i pro pohybovit, v ramenním kloubu je schopen přibližně napodobit polohu i pohyb, více postižená je akrum

Taxe: paretická taxe na postižené pravé polovině, nepřesná, bez tremoru

Zánikové jevy: Mingazzini na PHK pokles asi o 2 cm, Mingazzini na PDK pokles asi o 3 cm

Iritační jevy: Justerův palcový jev vyvolán, Babinského reflex vyvolán, Chaddockův jev pozitivní

Hlavové nervy: n. olfaktorius subjektivně v normě, n. optikus - vyšetření zorného pole orientačně v pořádku, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na osvit, výstupy n. trigeminus nebolestivé, pozitivní masseterový reflex, lehká centrální paréze n. facialis, jazyk plazí více vpravo

Kognitivní funkce: bradypsychický, porucha krátkodobé paměti, schopnost koncentrace je dobrá

TK: 135/85mm Hg

TF: 61/min

DF: 18/min

Vyšetření

Vyšetření statické

Zezadu

Výrazný hypertonus na šíjových svalech, ramena v protrakci, pravé rameno níž, dextroskoliosa, zadní spiny ve stejné výšce, gluteální rýhy souměrné, halux valgus l. dx

Ze strany

Hlava v protrakci, hyperlordóza v bederní páteři, břicho nepromíná, PHK spastické držení

Zepředu

Přetížené šíjové svaly, P rameno níž, hrudník v nádechovém postavení, oslabený m. transversus abdominis, PHK ve spastickém držení, halux valgus l. dx

Vyšetření dynamické

Zezadu

Stiborova vzdálenost – prodloužila se o 9 cm, Ottova inklinální vzdálenost – při předklonu se prodloužila o 2, 5 cm, Ottova reklinální vzdálenost – při záklonu se vzdálenost zmenšila o 2 cm, v hrudní páteři je omezená pohyblivost, Thomayer – +2

Ze strany

V bederní oblasti viditelná hyperlordóza

Zepředu

Hrudník v nádechovém postavení, pohyby žeber při dýchání jsou kaudálně omezené

Stoj: stabilní, ale III s titubací, na PDK se nepostaví, stoj na špičkách dokáže, na paty se nepostaví- obzvlášť vpravo

Chůze: hemiparetická, s cirkumdukci PDK, chybí souhyb HKK, vážne odval pravé plosky, dokáže chodit i bez hole

Testování pohyblivosti a rovnováhy

Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti

Z první části hodnocení pohyblivosti dle E. Tinetti - hodnocení rovnováhy - získal pacient 16 bodů z 18ti možných, zvládne bezpečný a stabilní sed, vstávání ze židle plynule a bez pomoci horní končetiny, postavit se na první pokus, jistou rovnováhu ve stoji, je stabilní ve stoji, plynule se posadit ze stoje, kontinuálně se otočit kolem dokola nezvládne, otočení o 360 stupňů je nestabilní, padal by bez pomoci, musí provést vyrovnávající krok, se zavřenýma očima a nohama u sebe je ve stoji nejistý.

Z druhé části - hodnocení chůze - získal 13 bodů ze 14ti možných, pacient má plynulý začátek chůze, symetrickou délku kroku na obou končetinách, kontinuitu chůze neporušenou, trajektorii bez deviace, stabilní trup, při chůzi jsou nohy kladeny těsně vedle sebe, pacient se také dokáže otočit během chůze, předklon v předpažení je menší než 25 cm oproti vzpřímenému stoji, při švihové fázi na LDK nevynechá stojnou fázi na PDK a má odval na levé noze a při švihové fázi na PDK nevynechá stojnou fázi na LDK a nechybí odval na pravé noze.

Celkem pacient získal 29 bodů z maxima 32 bodů. Výsledek vyšel stejně na začátku i na konci pobytu.

Bergova funkční škála rovnováhy

Pacient dosáhl více 44 a 45 bodů v tomto testu, což znamená, že je schopný bezpečné ambulance bez použití kompenzační pomůcky, není zde značné riziko pádu (44 bodů je hraničních). Pacient zvládá bez problémů postavování ze sedu bez použití rukou, stoj bez opory minimálně 2 minuty, sed bez opory minimálně 2 minuty, posazování ze stoje s minimálním použitím horních končetin, přesuny, stoj se zavřenýma očima nelze – neschopen udržet zavřené oči 3 sekundy, ale stojí samostatně, stoj spojný minimálně 1 minutu

bez supervize, dále se pacient dokáže natáhnout dopředu v předpažení o více než 13 centimetrů oproti výchozímu vzpřímenému stoji, zvednout bezpečně a samostatně předmět ze země, rotovat hlavu na obě strany, je schopen otočit se kolem své osy v limitu 4 sekund každým směrem, provést 8 kontaktů s nízkou židlí za 20 sekund, v tandemu nedokáže stát – ztrácí rovnováhu při nakročení a stojí, neschopen udržet rovnováhu v této pozici, stoj na jedné noze se liší podle toho o kterou končetinu jde, stoj na LDK zvládá samostatně 2 sekundy, stoj na PDK nevydrží. Při celkovém součtu vyšly dvě hodnoty a to 44 a 45. Výsledky na začátku pobytu a na konci vyšly totožně.

Závěr

Musím podotknout, že i u tohoto pacienta měl rekondiční pobyt výraznější vliv na psychiku než na jeho zdravotní stav a zlepšení po fyzické stránce, což je logické, když si uvědomíme, že příhoda se stala 5,5 roku nazpět. Pacientovi prospěla změna prostředí, pobyt mezi lidmi se stejnými problémy, výlety, celkové odreagování se od problémů běžného života. Pacient si pobyt velmi chválil a prý se mu tam velmi líbilo.

Krátkodobý plán

polohování v antispastických polohách, relaxace, měkké techniky

sensomotorika, centrace kloubů, mobilizace periferních kloubů

trénink stability pomocí Bobath konceptu, balančních ploch, nácvik správného stereotypu chůze s přípravou plosky

Vojtova reflexní lokomoce, trénink jemné motoriky, kondiční cvičení

Dlouhodobý plán

pokračování v RHB, zlepšování kondice

věnovat se zálibám – procházky, návštěvy přátel, vaření v rámci možností, tím si zkvalitňovat život a žít co nejplnohodnotněji

snaha o resocializaci, o zapojení se co nejvíce do běžných denních činností, snaha o co největší samostatnost

rekondiční pobyty

5. Rekondiční pobyt

Rekondiční pobyty v Krušných horách pořádá obecně prospěšná společnost REHALB za podpory MZ ČR a za spolupráce Kliniky rehabilitačního lékařství. V roce 2008 proběhly rekondiční pobyty dva a to v termínech od 21. 6. do 28. 6. 2008 a od 30. 8. do 6. 9. 2008. Pacienti, jak na prvním pobytu, tak i na druhém, byli ubytováni v pensionu Na Hřebečné v obci Hřebečná nedaleko města Abertamy v Krušných horách. Sraz byl vždy určen v den odjezdu v dopoledních hodinách před Klinikou rehabilitačního lékařství, odkud se jelo autobusem na místo. Pobyty trvaly vždy týden od soboty do soboty. Pestrý program pro pacienty, který se samozřejmě dotvářel a přizpůsoboval stávající situaci jako je například stav pacientů, únava, počasí, byl pečlivě připravován dopředu. Týdenní pobyt stál jednoho účastníka 2.800,- Kč, zbytek byl hrazen z grantu MZ ČR, v ceně bylo zahrnuto ubytování, doprava, vstupy do bazénu, pojištění a strava. Na programu byly aktivity jako výlety do blízkého okolí i do Karlových Varů, návštěvy bazénu, sportovní aktivity a skupinové aktivity jako je společné vaření, skupinové hry a další. Všichni přihlášení dostali také doporučený seznam věcí, který obsahoval plavky, boty na bazén, sportovní oblečení, sportovní obuv, oblečení do deště, psací potřeby, brýle, léky, peníze a batoh.

Z Prahy do Krušných hor nás jelo na oba turnusy 18, z toho 12 pacientů KRL a dalších 6 lidí, mezi kterými byli 1 fyzioterapeut(ka), 1 ergoterapeut(ka), 2 studentky fyzioterapie, 1 studentka ergoterapie a zdravotník.

Ve své práci mám zpracované dvě kasuistiky pacientů, kteří byli na druhém pobytu, takže bych se věnovala tomuto pobytu. Program obou rekondičních pobytů byl velmi podobný, proto ani z tohoto pohledu nemá cenu podrobně rozepisovat náplň obou rekondičních pobytů.

Program rekondičního pobytu od 30. 8. do 6. 9. 2008

5.1. Sobota 30. 8.

10:00 – společný odjezd autobusem od KRL

13:00 – příjezd do pensionu, ubytování se, vybalování

14:00 – pozdní oběd

V tento den jsme výjimečně obědvali přímo na chatě, jinak jsme na obědy a večere chodili do nedaleké restaurace. Jídlo měli pacienti v ceně pobytu, pití si platili sami a sami si ho objednávali, což obzvlášť pro některé pacienty s těžší CMP a s afázií nebyl zcela jednoduchý úkol. Trénovali tím komunikaci s obsluhou a práci s penězi.

14:30 - 16:00 – polední klid

Polední klid je velmi důležitý dodržovat a to platí dvojnásobně pro pacienty s diagnózami, kteří byli na pobytu, tito lidé jsou mnohem rychleji unavitelní než zdraví jedinci a odpočinek je pro ně nezbytný, aby načerpalo novou energii na odpolední program.

16:00 - 18:00 – odpolední program - seznamovací hry

Když si pacienti po obědě odpočinuli, začali jsme s programem, na řadě byly ze situace logicky vyplývající seznamovací hry. Někteří účastníci nebyli na pobytu poprvé a navzájem se znali, avšak pro jiné tento pobyt byl novinkou, proto bylo nutné začít právě se seznamováním.

Šli jsme ven před chatu, kde jsme ze židlí udělali kruh a seděli jsme v něm. Nejprve se ve směru hodinových ručiček každý představil a ve stručnosti něco o sobě řekl jako například kolik mu je let, kde bydlí a po kolikáté se účastní rekondičního pobytu.

Důsledkem CMP bývá i porucha krátkodobé paměti, to platilo u většiny pacientů, pro některé bylo téměř nemožné si jména zapamatovat za celý týden, proto opakování jmen bylo součástí v podstatě celého pobytu a touto aktivitou se i trénovala a posilovala paměť.

K seznamovacím hrám jsme využili i míč, a tak se účastníci nejen seznamovali a vybavováním jmen si posilovali paměť, ale i trénovali motoriku. Hra v různých obměnách se začala takto, sedělo se v kruhu a jeden pacient držel míč, poté co řekl jméno souseda po pravici, míč mu podal a tak to šlo celé kolo. Pak se změnil směr a říkalo se jméno souseda sedícího po levici a pokračovalo se stejným způsobem. Když se zase všichni vystřídali, pacienti vstali a navzájem si vyměnili místa, tím se i protáhli. Hra pokračovala stejně, jen s tou změnou, že teď měl každý po pravici a po levici někoho jiného. Dávali jsme si pozor a hlídali, aby pacienti uchopovali míč nejen zdravou horní končetinou, ale i tou parétickou a tím ji stimulovali a uvědomovali si ji.

Pro ztížení si míč po vyslovení jména házeli, mohlo se říct jakékoliv jméno a tomu člověku to hodit. Nebo naopak bylo možné hodit někomu míč a poté říct jeho jméno. Stejně jak u podávání si, tak i u házení a chytání míče, měli všichni za úkol používat obě horní končetiny.

18:00 - 20:00 – grilování

Grilování neznamenovalo pro pacienty jen pasivní čekání na jídlo, ale všichni se aktivně zapojili do příprav. Zjistila jsem, že někteří se doma k vaření nedostanou, proto to pro ně bylo zajímavé, měla jsem pocit, že je podílet se na přípravě jídla baví.

Pro každého se našla nějaká práce, někdo připravoval salát, někdo maso. Z KRL se s sebou vezly speciálně upravené pomůcky do kuchyně, jako jsou prkýnka, nože, škrabky. Někdo loupal zeleninu, někdo ji krájel, někdo ji v míse zamíchal, jíní chystali maso, myli nádoby. Příprava jídla trvalo podstatně déle než lidem bez postižení, ale stálo to za to, všem víc chutnalo, když si uvědomili, že si uvařili sami a opět tím zlepšovali motorickou funkci horních končetin.

20:00 – večerní program – povídání si, osobní volno

Večerní program se vždy vymýšlel s ohledem na náročnost dne, v tento den byla na pacientech znát značná únava, proto kdo chtěl, mohl si jít lehnout a ostatní se sešli ve společenské místnosti a povídali si, hráli společenské hry, koukali na televizi. Večer už byl v podstatě na každém, jak ho prožije.

5.2. Neděle 31. 8.

7:30 – budíček

Ráno se vstávalo v 7:30, většina pacientů s tím neměla problém, někteří se dokonce pravidelně budili kolem páté hodiny a pak už nespali, spíš než samotné vstávání byl problém včas přijít na rozcvičku.

8:00 – ranní rozcvička

Každý den začínal ranní rozcvičkou venku před chatou. Cvičení bylo rozděleno do dvou částí, první část obsahovala cvičení v kruhu, pacienti cvičili podle předcvičování fyzioterapeutky. Ti méně zdatní měli před sebou postavenou židli, aby se o ni případně mohli opřít nebo si na ni sednout, kdyby se jim například zamotala hlava a hrozilo nebezpečí pádu. Tyto cviky v kruhu byly zaměřeny na protažení celého těla a nastartování ho na celý den. První část trvala vždy přibližně deset minut. Od čtvrtého dne si pacienti tuto část tvořili sami a to v tom smyslu, že postupně každý v kruhu si vzpomněl na jeden cvik, ten ukázal a vedl ho (udával rytmus, řekl počet opakování, počítal). Občas bylo zapotřebí některé jedince mírnit v hlasitém rušení, ale jinak vše probíhalo pokaždé, jak mělo. Druhou část jsme se snažili pokaždé nějakým způsobem obměnit, aby se rozcvička nestala nudným stereotypem. Využívalo se různých cvičebních pomůcek například míče, tenisové míčky, overbaly, therabandy, tyče. Pacienti dostali pokyn, aby utvořili dvojice a cvičení probíhalo ve dvojicích. Těchto cviků je pro cvičení v párech je nesčetné množství, proto nebyl problém vymýšlet jednotlivé prvky až na místě. Dalo se cvičit ve stoje, vsedě na židlích, s míči, overbaly, therabandy, tyčemi. Míče si různými způsoby házeli, podávali, zdravou rukou, nemocnou, oběma. Pacienti mohli stát buď čelem k sobě, bokem, nebo zády. Z takovéto pestré škály

cviků opravdu nebyl problém vymyslet cvičební jednotku, která by pacienty nejen protáhla, ale i bavila.

8:30 – snídaně

9:00 – 12:00 - dopolední program – aktivity na zlepšování koordinace pohybů, na přesnost, na preciznost provádění pohybů

Pacienti dostali za úkol rozdělit se do dvou přibližně stejně silných družstev, ve kterých budou proti sobě závodit. Družstva utvořili sami, pouze bylo nutné dohlédnout na spravedlivé rozdělení pacientů, kde obě skupiny budou mít vyrovnané šance na vítězství.

Jako první byla na programu soutěž ve shazování 3 polínek o sebe navzájem opřených. Tato hra je velmi jednoduchá, ale myslím si, že dobře posloužila k zábavě a také k tréninku koordinace a přesnosti vykonávání pohybů. Samozřejmě vyhrálo to družstvo, kterému se podařilo posházovat víckrát polínka na zem. Vzdálenost, odkud se házelo, bylo potřeba zvolit tak, aby nebyla příliš velká, ale ani aby hra nebyla na druhou stranu velmi jednoduchá a hráči se u ní nenudili.

Druhá aktivita, která byla pro pacienty na toto dopoledne připravena, byly kuželky. Opět to je jednoduchá hra, kde jsou snadná pravidla, zná je každý, takže se nemuselo dlouze nic vysvětlovat. Příprava před hrou je také nenáročná. V neposlední řadě ani pomůcky potřebné pro toto dopoledne nezabraly moc místa v autobusu. Na toto bylo také nutné myslet, protože veškeré věci potřebné k aktivitám jsme si vezli z Prahy z KRL.

Jako třetí v pořadí si pacienti vyzkoušeli překážkovou dráhu. Opět se musela pečlivě zvážit náročnost dráhy. Většina soutěžících měla problémy se stabilitou, proto se nejednalo o nijak náročnou trať, ale spíš o takový trénink chůze mezi překážkami, kdy se překážky všelijak překračovaly, obcházely atd.

Před obědem jsme ještě stihli dvě hry s využitím ringo kroužku- to posouvání po zemi ringo kroužku tyčí ze startu k cíli a chůze s ringo kroužkem na tyči. Tyto aktivity měly za úkol zlepšovat koordinaci pohybů, přesnost, trénink motoriky. V podstatě celý program tohoto dopoledne jsme sestavili jako trénink fyzických schopností a to především kordinace,

přesnosti, preciznosti provádění pohybů, motoriky hrubé i jemné (jak je výše už několikrát zmíněno).

12:00 – oběd

13:00 – 15:00 – polední klid

15:00 – 18:30 - odpolední program – opakování jmen- trénink paměti, pétanque na hřišti

Abychom celý den nevěnovali pouze fyzickým aktivitám, tak téměř celé odpoledne jsme strávili hrami vsedě a tréninkem paměti. Hrála se hra jako v den příjezdu, kdy si pacienti vybavovali jména ostatních. Neděle byla druhým dnem pobytu, ale téměř všichni si pro své postižení jen těžko dokázali vzpomenout na jména ostatních.

Abych se neopakovala, tak nebudu znovu detailně rozepisovat, jaké hry jsme hrály, byly to stejné hry jako předchozí den odpoledne.

Když už jsme na pacientech pozorovali sníženou pozornost, únavu, vyčerpání z těchto her na “procvičování mozku“, nastal čas pro krátkou pauzu a po ní jsme zařadili do programu pétanque na nedalekém hřišti, při kterém se všichni protáhli a dali mozku odpočinout. Po návratu z hřiště jsme navázali na hry na procvičování mozkových funkcí obzvlášť paměti.

18:30 – večeře

Na večeři se docházelo do stejného penzionu jako na obědy. Díky tomu, že se pobyty uskutečňovaly na tomto místě již dříve, tak nás dobře v penzionu znali a celé to probíhala v přátelském duchu. Měli jsme dokonce i svůj salonek, do kterého nám jídlo nosili a bylo tam možné v klidu posedět tak dlouho, jak jsme potřebovali.

20:00 – večerní program – karty, společenské hry, osobní volno

Večerní program jsme nechávali na každém podle svých představ. Pokaždé jsme samozřejmě s těmi, co ještě nechtějí jít spát, byli dole ve společenské místnosti, dali jsme jim

nějaké tipy, co mohou dělat a věnovali jsme se jim, pokud o to měli zájem, ale opravdu každý měl večer ve své režii, bylo jen na něm, jak se rozhodne večer strávit. Nikoho jsme do ničeho nenutili. Uvědomovali jsme si, jak celodenní program je pro každého velmi náročný.

Tento večer si každý mohl vybrat ze čtyř možností a to mezi osobním volnem na pokoji, koukáním na televizi, hraním karet a hraním společenských her. Na 22:00 hodinu byla každý večer určena večerka.

5.3. Pondělí 1. 9.

7:30 – budíček

8:00 – ranní rozcvička – cvičení v kruhu, sed na židlích zády k sobě a podávání si míče všemi možnými způsoby

Pondělní rozcvička začala jako obvykle cvičením v kruhu. Druhá část rozcvičky probíhala tak, že utvořené dvojice si sedly na židle zády těsně k sobě a vzali si jeden míč. Toto cvičení bylo vybráno hlavně pro pacienty s hemiparézami po CMP, kdy pracovali také s postiženou horní končetinou a tím ji zapojovali do činnosti a uvědomovali si ji.

Pacienti dostávali pokyny ať ve svižnějším tempu, jak kdo zvládne, si podávají oběma rukama míč nad hlavou, průběžně jsme jim museli připomínat, ať nezapomínají zapojovat do práce i paretickou horní končetinu. Často na to zapomínali. Poté dostali za úkol si míč podávat po směru hodinových ručiček, když to natrénovali, tak se pacientům řeklo, ať změní směr a míč si předávají v protisměru hodinových ručiček oběma rukama. Dále si měli míč podávat pod židlemi a nakonec na závěr rozcvičky si měli vyzkoušet míč házet nad hlavami a ten druhý se měl pokusit ho chytit, což nebyl snadný úkol, když se několikrát vystřídali, tak byla ukončena rozcvička a všichni se mohli jít chystat na snídani.

8:30 – snídane

9:00 – 12:00 - dopolední program – hry s míčem v kruhu- (jméno, rostlina), pantomima, hra ostrov a 10 věcí

Dopolední program byl zaměřen spíše na aktivity vsedě, nejednalo se o nijak náročné činnosti, co se týče fyzické zdatnosti, nicméně po stránce psychické, to jistě pro pacienty náročné bylo. Museli se celé dopoledne soustředit, přemýšlet, vybavovat si různé informace, zapojovat představivost a mnoho dalšího.

Opět jsme opakovali jména. Všichni jsme si sedli do kruhu, vzal se jeden míč a začalo se hrát, nejprve se posílal míč ve směru hodinových ručiček a řeklo se jméno souseda, pak se změnil směr podávání míče a zase šlo o to, aby si každý vybavil jméno souseda, míč si také házeli, jak chtěli, komu chtěli, ale museli si pak vzpomenout na jméno toho, komu ho hodili. Jelikož se už všichni pomalu začali zlepšovat a jména už jim většinou problém nedělala, ztížili jsme jim to. A to tak, že každý si měl připravit nějakou rostlinu, která začíná na stejné písmeno jako jméno (např. Tomáš, topol). Vše pokračovalo stejně, pouze jediná změna byla v tom, že se říkalo jak jméno, tak i rostlina.

Velké oblibě se těšila pantomima, velmi jsme se u ní všichni nasmáli. Byla utvořena dvě družstva. Ti, co předváděli, se střídali, nejdříve šel předvádět člen družstva A, poté člen družstva B, tak se to točilo, než se všichni vystřídali v předvádění. Pravidla byly taková, že nejprve hádalo minutu družstvo předvádějícího. Když do minuty neuhodli, měli možnost hádat protihráči. Za uhodnutí se přisoval bod. Hádala se povolání a to tato- pilot, uklízečka, zedník, doktor, řidič, malíř, kominík, zahradník, chemik, kuchař, prodavač, lodní kapitán, myslivec, kytarista.

Před obědem jsme stihli ještě jednu hru, která se jmenovala ostrov. Smyslem a cílem bylo dopracovat se k deseti nejdůležitějším věcem, co si vzít na pustý ostrov. Hráčů bylo 16, nejprve všechny dvojice vymyslely deset věcí, které se jim zdají opravdu nejdůležitější a které dokážou nějak obhájit před jinými návrhy. Hra pokračovala spojením vždy dvou dvojic a utvořením čtveřic, tyto páry se musely nějakým rozumným dialogem dohodnout na deseti věcech, s kterými půjdou do dalšího kola, zbytek vyškrtali a s tím se už dále nehrálo. Nyní byly čtyři čtveřice a každá měla seznam deseti věcí, pokračovalo se stejným způsobem, spojily se dvě a dvě čtveřice, čili byla dvě družstva po osmi a každé družstvo mělo za úkol opět nějakým rozumným způsobem vytvořit ze dvou seznamů seznam jeden obsahující deset věcí. V poslední části šlo o to, aby ze dvou seznamů se utvořil jeden finální, některé věci byly stejné, ale ostatní se lišily a bylo velmi zajímavé sledovat dva týmy, jak argumentují, jak se mezi sebou dohadují a navzájem si vysvětlují svoje postoje a názory, proč jejich návrhy jsou

lepší, měli jsme možnost vidět zajímavou diskuzi, ze které vyšel seznam deseti nejdůležitějších věcí, které si vzít s sebou na pustý ostrov.

12:00 – oběd

13:00 – 15:00 – polední klid

15:00 – 18:30 – odpolední program – v kruhu s kostkou, gesta v kruhu, pohybové aktivity, hra jméno- rostlina

Odpoledne jsme začali zvesela a to hrou, kterou jsme si pojmenovali, co se hodí (na kostce, to se udělá). Pod každým číslem se skrýval nějaký úkol, který si každý musel nejdřív vybavit a co nejrychleji ho měli všichni naráz udělat. Pod jedničkou na nás čekal úkol chytit se za nos, pod dvojkou bylo obejmout se, pod trojkou se skrývaly tři dřepy, čtyřka znamenala zatleskat, pětka zakokrhat a pod šestkou na nás čekal úkol zatančit. Líbilo si mi spojení nenásilného, vtipného trénování paměti, při kterém se ještě k tomu všichni dobře baví.

Následovaly dvě hry na trénink motoriky, rychlosti, přesnosti, koordinace pohybů a vůbec celé fyzické zdatnosti. První hra obnášela strkat míček pod čtyřmi židlemi tyčí na čas, rychlejší družstvo vyhrálo. Družstva jsme ponechali, pacienti si stoupli za sebe, míč si podávali zepředu dozadu nad hlavou, v dalším kole mezi nohama, ten poslední když ho dostal, běžel dopředu a posílal ho za sebe, když se všichni vystřídali, byl konec, zas se hrálo na rychlost.

Pro zklidnění jsme na konec odpoledne zvolili program vsedě v kruhu. Zase jsme opakovali jména a rostliny, možná se to někomu může zdát zbytečně časté, ale tato hra vždy velmi nenásilně do programu zapadala a nikdo si na ni nestěžoval. Jak už jsem se zmínila, pro lidi s normální neporušenou pamětí by taková náplň pobytu vhodná nebyla, ale opakuji, že si musíme uvědomit, o jakou skladbu pacientů se jedná. Jsou to lidé, kteří mají většinou velmi porušenou schopnost hlavně krátkodobé paměti a trénování jmen jim přišlo i třetí den potřebné a rozhodně ne nezajímavé a obtěžující.

Před večerí se ještě hrála gesta, vsedě v kruhu. Tato hra je zaměřena na procvičování a zlepšování kognitivních funkcí, každý si vymyslí jakékoliv gesto (např. zamává, zadupe,

pohládí se po tváři, zatleská, zatahá se za ucho), nyní každý všem předvede svoje gesto a ostatní se ho snaží si zapamatovat, když tak učiní všichni, tak hra může začít. Ten, kdo začíná, udělá své gesto plus gesto někoho jiného. Komu patří to druhé gesto, by měl zareagovat, zopakovat ho a udělat jiné, na které bude reagovat zas někdo jiný. Gesta byla kolikrát i vtipná, takže se musím opakovat a s potěšením konstatovat, že i při této aktivitě se nikdo nenudil.

18:30 – večeře

20:00 – večer s kytarou

Večer za námi přijela návštěva, dva hudebníci, kteří nám večer zpřijemnil hudbou. Hráli na kytaru a na basu a k tomu zpívali. Tento večer snad nikdo nešel spát dřív a všichni zůstali dole a poslouchali nebo zpívali.

5.4. Úterý 2. 9.

7:30 – budíček

8:00 – ranní rozevička

8:30 - snídaně

9:00 – 12:00 – dopolední program – bazén

Na co se všichni těšili, bylo tu. Dopolední program byl návštěva bazénu. Po snídani jsme se šli chystat do bazénu, pacienti dostali instrukce, ať si zabalí plavky a ručník, pro jistotu jsme to kontrolovali, protože se prý už v předchozích letech stalo, že někteří přijeli na bazén a plavky nechali na chatě. S sebou jsme brali různé pomůcky do vody, jako molitanové desky, nafukovací míče různých velikostí atd.

Na místo nás vozili pánové z horské služby dvěma velkými auty, do kterých jsme se všichni vešli.

Ve vodě jsme například zkoušeli točení v kruhu, kdy se všichni chytanou za ruce, každý druhý zvedne nohy a nechá se ostatními točit dokola a střídání, dále plavání s molitanovými

deskami, házení si s míčem, pinkání si, vodní volejbal, před volnou zábavou jsme ještě zkoušeli jednu hru. Dvě řady stojí čelem k sobě, vždy dva proti sobě se chytanou za ruce a tím se vytvoří takový žebřík, jeden si lehne na začátku řady na záda a ostatní ho rukama posouvají na konec řady. Když se všichni prostřídali, dostali volno. Každý si mohl dělat, co chtěl. Někteří šli do sauny, jiní zůstali v bazénu. Zpátky nás zase vezla horská služba.

12:00 – oběd

13:00 – 15:00 – polední klid

15:00 – 18:30 – odpolední program – sportovní aktivity, opakování jmen – rostlin, zvířat, vymyšlení příběhu na jedno písmeno, pálky u pasu a posouvání jimi míčku

2 družstva, 2 hřiště, hráči se snaží házet míče do druhého hřiště, aby v jejich hřišti po uplynutí hrací doby tří minut, se nacházelo co nejméně míčků. Kde je po skončení limitu méně míčků, to družstvo samozřejmě vyhrává. Další, co jsme měli připravené na odpoledne, byl slalom mezi poleny na čas. Komu se míč odkutálel pryč, pokračoval z místa, kde skončil. Stejně tak ten, kdo vynechal překážku, musel se vrátit k místu pře chybou.

Hru s opakováním jmen a rostlin jsme zase o něco ztížili. To tak, že si každý přidal k tomu všemu ještě zvíře (např. Tomáš, topol, tučňák).

Vymyšlení příběhu na 1 písmeno se zprvu zdálo velmi těžké, ale některé skupiny se tohoto úkolu zhostily nad naše očekávání. Šlo o to, kdo vymyslí nejdlejší a pokud možno zajímavý a vtipný příběh s nějakým dějem, kde každé slovo začíná na stejné písmeno.

Pro odlehčení situace a protažení se si pacienti uvázali pálky provázkem k pasu a bez pomoci horních končetin dostrkali míček pálkou k cíli. Ostatní se velmi bavili, při pohledu na některé jedince, jak vrtí pánví a snaží se co nejrychleji dostat míček do cíle.

18:30 – večeře

20:00 – večerní program – věci v sáčku, diskotéka

Ještě než začala diskotéka, zahráli jsme si takovou poznávací hru. Do sáčku jsme nachystali pro každého jeden předmět, který se každý snažil podle hmatu bez použití zraku identifikovat. Hra pokračovala schováním si všech předmětů za záda, nyní měl každý svůj předmět za svými zády, aby na něj ostatní neviděli. Ten kdo hru vedl, vybral jedince a toho se zeptal, co má za zády ten a ten a on musel odpovědět, anebo se zeptal kdo má za zády to a to a opět vybraný jedinec musel odpovědět. Hra byla se zaměřením na stereognozii a na paměť.

Po krátké přestávce na občerstvení se začala diskotéka. Ty, které tanec baví, tančili, ostatní si šli po dlouhém dni lehnout.

5.5. Středa 3. 9.

7:30 – budíček

8:00 – ranní rozcvička

8:30 - snídaně

9:00 – 18:00 – Celodenní výlet do Karlových Varů

Rekondiční pobyt se nám pomalu, ale jistě přehoupnul přes půlku a v plánu byl celodenní výlet do Karlových Varů. Ráno po snídani si všichni sbalili věci potřebné na celý den jako jídlo, pití, pláštěnku, peníze, doklady - průkazku ZTP popřípadě ZTP/P pro cestu autobusem a mohlo se vyrazit.

Do Karlových Varů jsme jeli autobusem z nedalekého města Abertamy, cesta trvala asi hodinu. Hlavní náplní výletu byla prohlídka města, hlavně kolonády, ochutnávka pramenů a oběd v pizzerii. Nebyl snad nikdo, kdo by nekoupil domů svým blízkým lázeňské oplatky.

Zpátky do pensionu jsme se vraceli kolem 16:00 hodiny místním meziměstským autobusem, velmi přešlo a my měli to štěstí, že nás řidič autobusu nedovezl jen do města Abertamy, ale byl tak velkorysý, že nás vyvezl až před pension a my nemuseli jít v dešti.

Až na počasí, které nás v odpoledních hodinách zastihlo, se výlet povedl, všichni mi říkali, jak se jim návštěva Karlových Varů líbila.

18:30 – večeře

20:00 – promítání filmu – gympl

Po večeři za námi přijela návštěva, nějaký pán, který si s sebou přivezl vybavení k promítání filmů a pouštěl nám film Gympl. Dali jsme hlasovat ze tří filmů a nejvíce lidí hlasovalo právě pro tento film. Myslím, že se všem celkem líbil.

5.6. Čtvrtek 4. 9.

7:30 – budíček

8:00 – ranní rozcvička

8:30 - snídaně

9:00 – 12:00 – dopolední program – bazén

Na dopoledne od 10:00 do 11:30 jsme měli rezervovaný bazén. Opět nás po snídani na naší chatě vyzvedli pánové z horské služby, aby nás dovezli svými auty až k bazénu. Program byl téměř totožný s úterní návštěvou bazénu. Nejprve jsme si společně zahráli nějaké hry ve vodě, pak přišlo na řadu vodní pólo na mělčině a nakonec jsme všem dali volno, ať každý využije zbytek času v bazénu podle sebe.

Pobyt ve vodě je pro pacienty velmi příjemný, někteří sami, jiní s dopomocí si mohou vyzkoušet plavání. Dokážou se ve vodě uvolnit, zrelaxovat a tím si dokonce někteří zlepší rozsahy pohybů u postižených končetin.

Pár účastníkům se návštěva bazénu tak zalíbila, že uvažovali o tom, jak začnou v místě bydliště chodit plavat pravidelně.

12:00 – oběd

13:00 – 15:00 – polední klid

15:00 – 18:30 – odpolední program – výtvarné, kreativní odpoledne

Předposlední odpoledne se neslo v duchu výtvarné výchovy, umění a kreativity. Jelikož tyto činnosti mají v popisu práce ergoterapeuti, převzala vedení tohoto programu jedna ergoterapeutka, která s námi na rekondičním pobytu také byla.

K práci bylo potřeba obstarat vhodné pracovní prostředí s dostatkem místa, barvy na sklo, štětce, vodové barvy, razítka, vodu v kelímkách, papíry, čtvrtky, kůži, pájku, skleněné svícny.

Pacienti si mohli vyzkoušet namalovat záložku, výtvarně ozdobit různými razítky bílé čtvrtky na diplomy, dále si mohli vyzkoušet malování na sklo a pájení do kolečka z kůže nápis Krušné hory s velmi jednoduchým obrázkem hor, který měli nakreslený jako předlohu před sebou.

Takto strávené odpoledne bylo zas něco jiného, zajímavého. Pacienti si při této činnosti zkusili svoji zručnost, výtvarný talent, trénovali jemnou i hrubou motoriku, preciznost provádění jemných pohybů při tahu štětcem a zapojovali obě horní končetiny do práce.

18:30 – večeře

20:00 – večerní program – pantomima sloves, malování obrázků

Večer jsme začali pantomimou, opět proti sobě bojovala dvě družstva, tentokrát se hádala slovesa - myslet, mluvit, vyhrát, hádat se, zvracet, vařit, hrát fotbal, golf, hrát pc hry, skákat přes překážky, utíkat, zpívat, učit se, malovat obraz, zápasit, házet oštěpem, skákat na koni přes překážky, lézt na skálu, tetovat, krasobruslit, filmovat, marodit, tančit, plachtit, plavat, hrabat, uklízet, prodávat.

Když jsme dokončili pantomimu, na řadu přišla další aktivita – malování obrázků. Pravidla zněla tak, že obrázek hádá družstvo, čí člen maluje, časový limit je jedna minuta, pokud družstvo neuhodne do jedné minuty, co je na obrázku, šanci dostává družstvo protihráčů. Malovalo se - dům, skříň, svíčka, ostrov, golf, toaletní papír, květina, plavky, pohoří, tenis, lyže, parkoviště.

Při odchodu na večerku musel ještě každý říci své jméno, rostlinu a zvíře.

5.7. Pátek 5. 9.

7:30 – budíček

8:00 – ranní rozcvička

8:30 - snídaně

9:00 – 12:00 - dopolední program - masérský kurz, kopání míče skrz obruč, pohádkové dvojice

Týden byl za námi a my měli před sebou poslední den rekondičního pobytu. Dopoledne si zájemci mohli vyzkoušet masírování, byl pro ně připraven masérský rychlokurz, ve kterém si dvojice na sobě zkoušeli masáž zad a šíje.

Další hra byla kopání míče skrz obruč, kde si všichni mohli vyzkoušet svou zručnost v kopání na cíl, svou přesnost, schopnost míření a výkopu oběma dolními končetinami.

Poslední dopolední aktivita tohoto pobytu byla hra s názvem pohádkové dvojice. Všem účastníkům byly na čelo nalepeny cedulky se jménem nějaké pohádkové postavy, vždy tyto postavy tvořily známé pohádkové dvojice jako např. Pat a Mat, Bob a Bobek, Rumcajs a Manka, Jů a Hele. Smyslem hry bylo, aby si každý našel svého pohádkového partnera. Otázky se musely klást nepřímou (např. Jsi žena? Jsi mladá? Jsi zvíře?). Když všichni utvořili pár, hra byla skončena a šlo se na oběd.

12:00 – oběd

13:00 – 15:00 – polední klid

15:00 – 18:30 – odpolední program – olympiáda

Jak to tak na závěr všech různých pobytů bývá, tak ani tady nechyběla olympiáda. Soutěžilo se ve dvojicích v deseti různých disciplínách, které byly rozděleny do dvou kol po pěti disciplínách. Mezi oběma koly byla přestávka, ve které jsme nachystali druhou část olympiády, pacienti si zatím odpočinuli a občerstvili se. Dohlíželi jsme během celého pobytu na pravidelný pitný režim, takže přestávky na pití jsme dělali pravidelně a často. Disciplíny byly zaměřeny jak na fyzickou zručnost, tak i na mentální schopnosti. Nechyběla stanoviště,

kde se mířilo na terč, shazovala polínka, běžel slalom s míčem, házelo sirkou do dálky, přenášela voda z jednoho místa na druhé, shazovaly kuželky, jelo na upraveném kole, luštila křížovka, skládala slova z písmen a skládala rozstříhaná pohlednice.

Každá dvojice měla u sebe papír, do kterého se zapisovaly výsledky. Po ukončení olympiády se dělalo závěrečné vyhodnocení, ti nejlepší byli večer odměněni diplomy.

18:30 – 20:00 - příprava grilování

Příprava na grilování obnášela připravit maso, zeleninu a vyrobit špízy. Nachystat čaje, limonády, pečivo, omáčky ke špízům, nádobí a vše nanosit na stoly. Jako minule si všichni vyzkoušeli vaření, někdo loupal, krájel, míchal, dělal špízy, jiný myl, uklízel. Když bylo vše připraveno, mohlo se začít grilovat.

20:00 – grilování, večer s kytarou, basou, loučení, rozdávání diplomů

Na závěr celého rekondičního pobytu se grilovalo, už podruhé za námi přijela milá návštěva, která nám celý večer zpříjemňovala hudbou. Zajímavé bylo sledovat jednoho pacienta, který velmi rád zpíval, přesto, že mluvení mu dělalo potíže, tak během zpívání by nikdo jeho fatickou poruchu nehádal.

Tento večer jsme se všichni rozloučili, shrnuli si celý pobyt, hovořili jsme o celém týdnu, vyslechli si názory účastníků, jak se jim to celé líbilo, co se líbilo, co ne, co by změnili a jak. Rozdaly se diplomy a ještě asi až do půlnoci se sedělo a zpívalo.

5.8. Sobota 6.9.

7:30 – budíček

8:00 – ranní rozsvička

8:30 - snídaně

9:00 – úklid, balení a příprava k odjezdu

10:30 – odjezd do Prahy

O půl jedenácté se odjíždělo z pensionu do Prahy, cesta trvala přibližně dvě a půl hodiny a kolem 13:00 jsme dojeli na místo, kde už na pacienty čekali jejich blízcí. Tím byl pobyt u konce a všichni jsme se rozjeli do svých domovů.

6. Příprava programu

Za programy rekondičních pobytů stojí vcelku dlouhá příprava. První červnový turnus byl pro mě a mou spolužačku ze stejného ročníku Pavlínou, se kterou jsem na tyto pobyty jela, více pasivní v přípravě programu. Program z větší části připravili zkušení fyzioterapeuti a ergoterapeuti.

Druhý zářijový turnus jsme už celý připravovaly my dvě. Hodně jsme se nechaly inspirovat aktivitami, které měly v červnu úspěch. Ty jsme zařadily do připravovaného programu na září okamžitě. Méně zajímavé hry jsme se snažily zajímavě obměnit, doplnit. Nebo se na týdenním harmonogramu znovu neobjevily a byly nahrazeny hrami podle nás lepšími, zajímavějšími a pro pacienty přínosnějšími.

Dopředu byl domluvený celodenní výlet do Karlových Varů a dvě návštěvy bazénu v dopoledních hodinách, ostatní dny jsme měly s Pavlínou za úkol kvalitně vyplnit. V den odjezdu jsme neměly přesně sepsaný seznam, co se bude kdy a kde pořádat, takto by to samozřejmě nebylo možné. Vytvořily jsme si takové seznamy, z kterých se vždy den dopředu vybral program na následující den. Ohled se musel brát na předpověď počasí a na stávající situaci, jaká zrovna u pacientů panovala. Po několika dnech, když jsme se všichni lépe poznali, se dalo celkem dobře odhadnout, které aktivity budou mít větší úspěch než ty ostatní.

Pro pestrost jsme vždy prokládaly náročnější aktivity aktivitami méně náročnými, po nějaké fyzické zátěži jsme zařadily aktivity vsedě v kruhu např. na trénink paměti, návštěva bazénu obnášela vždy značné vyčerpání všech zúčastněných, proto se odpoledne nesla v klidnějším stylu. Také jsme střídaly aktivity u chaty s různými procházkami do nedalekého okolí. V podstatě naší snahou bylo připravit pestrý program plný různorodých aktivit, který bude pacienty nejen bavit, ale bude i prospěšný pro jejich fyzické, psychické a sociální zdraví.

7. Vliv programu na pacienty

Pozitivní vliv je prokázán. Zdaleka největší vliv rekondičních pobytů bych viděla z hlediska sociálního. Často se jedná o lidi, kteří pro své postižení jsou částečně či dokonce téměř zcela odtrženi od běžného denního života, jaký prožívají zdraví lidé. Nechodí do práce, jsou doma, nepřijdou tolik do společnosti, uvědomují si, jak jim poškození mozku změnilo život a mohou z toho být depresivní.

Proto možnost odjet z domova je pro mnohé velmi příjemná. Velká část účastníků nebyla tento rok na Hřebečné poprvé, berou to jako příjemné setkání se známými kamarády, na které se vždy těší. Takto jsem to opravdu od některých slyšela. Setkání se s přáteli, s novými lidmi znamená pro jejich psychiku velmi mnoho. Zde se mohou odreagovat, relaxovat, pobavit se, začlenit se do party. Nesečkala jsem se se žádnou rivalitou, závistí, pomluvami, soutěživostí. Naopak si všichni vždy navzájem pomohli a měli k sobě tak nějak blíž než zdraví lidé, alespoň tedy podle mé zkušenosti.

Pokud bych se měla zmínit o vlivu na fyzickou stránku člověka, tak si musíme uvědomit skladbu pacientů, musíme si uvědomit to, že se jedná o chronické pacienty rok až několik let po příhodě, kde týdenní rekondiční pobyt nemůže mít a nemá na tělesnou stránku výrazný vliv. Avšak k určitým zlepšením dojít může, pacienti si alespoň nepatrně zlepšují svou celkovou fyzickou kondici, v bazénu se jim uvolní přetížené svalstvo, může dojít ke zvýšení hybnosti v některých kloubech. Pacienti s fatickými poruchami se mohou lehce rozhovořit, snaží se lépe artikulovat než doma, kde jsou jejich blízcí na jejich řeč zvyklí, abychom jim na pobytu rozuměli, a tím lépe vyslovují.

Je známo, že psychický stav a sociální pohoda mají vliv na fyzickou část člověka, vše je propojené. Když není člověk ve stresu, nachází se na příjemném místě s přáteli, lépe se cítí a to má nesporný vliv na tělesnou stránku pacientů. To vše ve spojení s kvalitním programem pacienty z fyzioterapeutického hlediska pozitivně ovlivňuje. Proto je můj pohled na pobyt velmi vřelý a jsem přesvědčena o jejich významu a důležitosti.

8. Moje pozice na rekondičních pobytech

V této kapitole se pokusím uceleně shrnout to, jaká byla má pozice na pobytech- zvláště na druhém pobytu, co bylo mým úkolem, co všechno jsem tam dělala, dále bych chtěla ozřejmit, jak jsem se účastnila programu, jak jsem se podílela na jeho přípravě a na závěr bych se zmínila o skladbě pacientů, kritériích pro výběr pacientů a o mém názoru na skladbu pacientů.

Nevím, jak bych svou pozici nazvala jedním slovem, mám pocit, že to ani nelze. Má pozice byla taková, že jsem měla za úkol podílet se na přípravě programu, to obnášelo sehnat si určité knihy pro inspiraci, ze kterých se dalo čerpat a ze kterých se daly vybrat aktivity pro náš pobyt. Jak jsem již psala, na prvním pobytu byla má pozice v přípravě programu více pasivní, já a Pavlína jsme spíš pomáhaly zkušeným, kteří program vedli, než že bychom ho samy připravovaly a samy vedly. Částečně ano, ale v menší míře, například rozcvičky jsme měly na starost, hry v bazénu, aktivity na hřišti a olympiádu, ale nebyl to celotýdenní program.

Pečlivě jsem si zapisovala program každého dne a reakce účastníků na jednotlivé aktivity a nejen z knih, ale i z těchto zápisků jsem čerpala při přípravě druhého pobytu. Celé jsme to sestavovaly s Pavlínou, každá jsme vymyslela něco. Před odjezdem jsme ještě týdenní náplň konzultovaly s fyzioterapeutkou a s ergoterapeutkou, které jely také.

Co bylo mým úkolem, co všechno jsem tam dělala...Mým úkolem bylo od rozcvičky do večera smysluplně zabavit účastníky pobytu pestrým programem, být jim stále k dispozici. Pokud se šlo do pensionu na jídlo, tak mým nebo Pavlíniným úkolem bylo zajistit, abychom odešli všichni, svolat všechny, přepočítat, po cestě respektovat únavu některých, kteří celou cestu nezvládali a dát jim vozík. Někteří pacienti měli tendence k pádům, s takovými vždy raději šel někdo, kdo asistoval a v případě nestability pomohl. V bazénu jsme se měly na pozoru, musely jsme dohlížet, aby se nikomu nic nestalo. Ze sprch do vody jsme raději všem pomáhaly, aby na mokřém povrchu neuklouzli a nezranili se. Pokud bylo večer volno a každý si mohl dělat, co se mu chce, tak to pro nás neznamenal, že si také můžeme dělat, co chceme, ale byly jsme opět pacientům k dispozici.

Ještě pár informací o skladbě pacientů, kritériích pro výběr pacientů a o mém názoru na skladbu pacientů. Prvního pobytu se zúčastnilo 11 pacientů, z toho pouze jedna žena, druhého pobytu se účastnilo 12 pacientů a z toho také pouze jedna žena.

Skladba prvního turnusu byla následující, jedna žena důchodového věku po CMP, pět mladých mužů do 30 let- z toho jednou pacient s DMO a čtyři účastníci dopravní nehody a pět mužů středního až vyššího věku- z toho čtyři po CMP a jeden úraz hlavy s následným poškozením mozku.

Druhého turnusu se účastnili následující pacienti. Mladá žena po střetu s automobilem, pět mladých mužů- z toho čtyři byli účastníky dopravní nehody a u pátého muže byl diagnostikován nádor na mozku, který přes úspěšné odstranění mozek částečně poškodil a šest mužů od 45 do 60 let, všichni s diagnózou stav po CMP. Pokud porovnáme oba turnusy, tak zjistíme, že skladba obou pobytů je velmi podobná.

Kritérií pro výběr pacientů bylo několik. Nabídku, zúčastnit se rekondičního pobytu, dostali pacienti, kteří se rehabilitovali na KRL v rámci denního stacionáře. Pět pacientů se účastnilo obou pobytů.

Další podmínkou bylo, že jejich zdravotní stav jim musel dovolit, aby se o sebe dokázali sami postarat ve smyslu takovém, že si sami museli být schopni dojít na wc, museli zvládnout vlastní hygienu, obléct se, najíst se atd.

Samozřejmě pokud někomu nešla obléct pláštěnka nebo otevřít nová marmeláda ve skle, to je něco jiného, to už jsou náročnější úkony, se kterými jsme rády pomohly.

Celkem náročné kritérium bylo, že potencionální účastník musí být schopen vyjít do prvního patra po schodech, kde se nacházely pokoje. Proto se žádní vozíčkáři účastnit, bohužel, nemohli.

Podle mého názoru byli pacienti vybráni dobře. Celé mi to přišlo takové vyvážené. Mladí dokázali komunikovat se staršími a naopak možná lépe než zdraví jedinci, zřejmě proto, že je pojí podobná životní situace, podobné problémy s poškozeným mozkiem. Lépe se takto nemocní dokážou vcítit do situace někoho, kdo potřebuje pomoci a rádi mu pomůžou. Z mé zkušenosti, kdybych to zobecnila, tak handicapovaní lidé jsou klidnější, více si užívají obyčejné věci, více si váží, pro některé zdravé lidi, samozřejmostí, nejsou zákešní- alespoň lidé z rekondičních pobytů, se kterými jsem měla možnost nějakou dobu být, jsou přátelštější a neřeší nepodstatné věci.

Na pobytech se našli jedinci, kteří chvílemi odmítali poslouchat, například při rozcvičce rušili, vykřikovali, musely jsme je občas napomínat. Byli to mladí muži, kteří se pobytu

účastnili již po několikáté a zřejmě nabyli dojmu, že si mohou dovolovat víc než ti, kteří přijeli poprvé, ale i tak bylo vše v normě, nebyli zlí a vždy se po napomenutí zklidnili. Bylo těžké zvolit způsob, jak s nimi komunikovat, pokud jsme je chtěly napomínat, protože to nebyli děti, ale zároveň je bylo nutné nějakým způsobem usměrňovat, aby si nedělali, co chtějí a aby z nás měli určitý respekt. Našli se i jedinci, opět mladí muži, kteří se snažili o bližší až intimnější kontakt, těm se musely slušně ukázat hranice, co všechno si k nám můžou dovolit a co už ne.

Celkově jsem jak s červnovou, tak i se zářijovou sestavou byla upřímně spokojená a myslím, že bych nevybírala jinak, kdybych měla někdy možnost vytvořit skupinu, která pojedje na rekondiční pobyt tohoto typu.

Diskuze

Na začátku práce jsem si stanovila hlavní cíl. Ten zněl, že se pokusím svou bakalářskou práci pojmout jako takový komplexní souhrn celkové náplně týdne, jako určitý návod pro ty, kteří se chystají podobné akce organizovat. Mou snahou bylo sepsat něco, co by mohlo posloužit jako inspirace pro další ročníky rekondičních pobytů.

Ráda bych také objasnila, proč se podrobněji nezmiňuji o pánech Tomášovi a Vladimírovi, o kterých mám v praktické části práce napsané kasuistiky. Důvodů mám několik, prvním důvodem je to, že rekondičních pobytů se neúčastní tolik fyzioterapeutů, ergoterapeutů a studentů těchto oborů, aby bylo možné se pacientům věnovat individuálně. Pokud budu mluvit za mě a Pavlínu, moji spolužačku z ročníku, se kterou jsme vedly program, měly jsme každý den od rozvíčky do večerky vyplněný skupinovými aktivitami s pacienty a opravdu nebyl čas se Tomášovi a Vladimírovi pravidelně individuálně věnovat, díky tomu o nich nasbírat více informací a mít rozsáhlejší podklady pro tuto práci.

Jako další pádný důvod vidím jistou nespravedlnost v tom, že bych někomu věnovala lepší péči než ostatním. Jistě by nedělo dobrotu, když by deset pacientů zjistilo fakt, že dvěma pacientům se dostává individuální fyzioterapie, zatímco jim nic takového poskytováno není. Jsem přesvědčena, že by se toho také začali dožadovat a docházelo by k neshodám.

Několikrát jsem ve své práci zmínila, o jakou skupinu lidí se jedná, jde o dlouhodobě chronicky nemocné, kde se ani nepředpokládá z fyzioterapeutického hlediska výraznější zlepšení, což znamená, že bych potřebné údaje zřejmě nezískala. To je poslední důvod, kvůli kterému jsem Tomášovi a Vladimírovi ve své práci věnovala právě tolik prostoru. Podle mého názoru vyplývajícího z mé zkušenosti, mají rekondiční pobyty větší vliv na psychiku a sociální stránku věci než na fyzickou stránku člověka, kterou bych jako studentka fyzioterapie mohla hodnotit. Samozřejmě člověk nemá tělo oddělené od psychiky, ale obě části jsou propojené a navzájem se ovlivňují, takže pokud jsou pacienti, jak se říká v pohodě, nesporný vliv na jejich tělesné zdraví to má. Abych to uzavřela, souhlasím s názorem, že rekondiční pobyty, kterých jsem se účastnila, mají na pacienty po poškození mozku pozitivní vliv. Jsou potřebné, proto si velmi vážím všech lidí, kteří si dají práci s náročnou organizací pobytů a díky kterým se tyto akce mohou vůbec pořádat.

Závěr

Cévní mozková příhoda, těžký úraz hlavy, nádor na mozku, to vše může postihnout kohokoliv z nás. Tyto velmi nepříjemné životní situace přicházejí nečekaně. Pokud to celé neskončí letálně, pak takto postižení lidé zažívají něco, co je pro zdravého člověka, který zatím nebyl na hranici života a smrti, řekla bych až nepředstavitelné.

Tragédie to je nejen pro postiženého, ale i pro jeho rodinu, jeho blízké. Nastává zcela nová realita, kterou je zapotřebí přijmout a se kterou je zapotřebí se naučit žít. Často si u takto postižených můžeme povšimnout změny povahových rysů, takový člověk ztratí chuť do života, může být depresivní, nechce žít, dále se může uzavírat do sebe, být na své blízké nepříjemný, klade si otázky typu proč právě on a uvědomuje si, že už nikdy na tom nejspíš nebude tak dobře jako dřív.

Protože s lidmi, kteří mají poškozený mozek, se budeme ve zdravotnictví setkávat stále, tomu zabránit nikdo nedokáže, proto bych byla ráda, kdyby se neurorehabilitace stále rozvíjela, bylo zakládáno více rehabilitačních ústavů, klinik, oddělení. Dále bych si přála, aby se každému takto postiženému člověku co nejdříve dostalo komplexní kvalitní rehabilitace a aby to bylo samozřejmostí.

Seznam literatury

1. **Feigin V.:** Cévní mozková příhoda- prevence a léčba mozkového iktu, Praha, Galén 2007, ISBN 978-80-7262-428-7
2. **Herzig R.:** Ischemické cévní mozkové příhody, Praha, Maxdorf 2008, ISBN 978-80-7345-148-6
3. **Hromádková Jana a kol.:** Fyzioterapie, Praha, H a H 1999, ISBN 80-86022-45-5
4. **Kalina M.:** Cévní onemocnění mozku, Praha, Triton 2001, ISBN 80-7254-198-6
5. **Kalita Z.:** Cévní mozkové příhody, Praha, Maxdorf 2006, ISBN 80-85912-26-0
6. **Nevšimalová S., Růžička E., Tichý J. a kol.:** Neurologie, Praha, Galén 2002, ISBN 80-7262-160-2
7. **Polívka J., Ševčík P.:** Mozkové cévní příhody- stručný přehled o ischemických iktech, Brno, Apotex ČR 2000, ISBN 80-238-5636-7
8. **Spence J. D.:** Mozková mrtvice, Praha, Triton 2008, ISBN 978-80-7387-058-4
9. **Trojan S., Druga R., Pfeiffer J., Votava J.:** Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka, Praha, Grada 2001, ISBN 80-2470-031-X
10. **Votava J. a kol.:** Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením, Praha, Karolinum 2003, ISBN 80-246-0708-5
11. **WHO:** Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, Praha, Grada 1999, ISBN 80-247-0592-3
12. **WHO:** ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, WHO 2001, ISBN 92 4 154542 9
13. **WHO:** MKF, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, Praha, Grada, ISBN 978-80-247-1587-2
14. www.sdruzenicmp.cz , 11.8. 2009, 12:59

Přílohy

1. Příloha č. 1

Bergova funkční škála rovnováhy

(Upraveno Berg K, Wood-dauphinee S.L. a Williams J.L. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can. J. Public Health 83: supp 2:S7-S11, 1992.)

Stupně: Hodnoťte nejnižší kategorii (4= nejlepší, 0=nejhorší)

1. Postavování ze sedu (sed-stoj) _____

Instrukce: Prosím, postavte se. Pokuste se nepoužívat při postavování ruce.

- (4) schopen postavit se, nepoužívá ruce a stabilizuje samostatně
- (3) schopen postavit se samostatně, používá ruce
- (2) schopen postavit se přičemž používá oporu HK a to po několika pokusech
- (1) potřebuje minimální asistenci k postavení nebo k stabilizaci
- (0) potřebuje střední nebo maximální dopomoc k postavení

2. Stoj bez opory _____

Instrukce: Stoj 2 minuty bez opory.

- (4) schopen stát samostatně 2 minuty
- (3) schopen stát 2 minuty s dohledem
- (2) schopen stát 30 sek. Bez opory
- (1) potřebuje několik pokusů stát 30 sek. Bez opory
- (0) neschopen stát 30 sek. Bez asistence

Jestliže je pacient schopen stát 2 min. samostatně, bodujte plnou známkou v bodě 3 a pokračujte bodem 4.

3. Sed bez opory, nohy na podložce _____

Instrukce: Sedíte s rameny volně při těle po dobu 2 minut

- (4) schopen sedět bezpečně a samostatně po dobu 2 minut
- (3) schopen sedět 2 minuty s dohledem
- (2) schopen sedět 30 sekund
- (1) schopen sedět 10 sekund
- (0) neschopen sedět bez opory 10 sekund.

4. Stoj – sed (posazování ze stoje)

Instrukce: Posadte se, prosím.

- (4) sedá si bezpečně s minimálním použitím HK
- (3) kontroluje posazování HK

(2) používá jako oporu zadní stranu končetin

(1) sedá si samostatně, ale je nestabilní

(0) potřebuje asistenci k stabilnímu sedání

5. Přesuny _____

Instrukce: Přesuňte se z židle na postel a zpátky. Jedním směrem se posazuje na sedadlo (postel) bez opěrek, druhým na židli s opěrkami.

(4) schopen přesunů bezpečně s minimálním použitím HK

(3) schopen přesunů bezpečně s použitím HK

(2) schopen přesunů se slovní dopomocí a/nebo dohledem

(1) potřebuje asistenci 1 osoby

(0) potřebuje asistenci 2 osob nebo dohled druhé osoby

6. Stoj bez opory, zavřené oči _____

Instrukce: Zavřete oči a stůjte tak po dobu 10 sek.

(4) schopen stát 10 sekund samostatně

(3) schopen stát 10 sekund se supervizí (dohledem druhé osoby)

(2) schopen stát 3 sekundy

(1) neschopen udržet zavřené oči 3 sekundy, ale stojí samostatně

(0) potřebuje pomoc, aby neupadl

7. Stoj bez opory, stoj spojný _____

Instrukce: Stoj spojný a udržte se vzpřímeně v stoji.

(4) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta

(3) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta s dohledem

(2) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 30 sek.

(1) neschopen udržet danou polohu, ale schopen stát 15 sek. V stoji spojném

(0) potřebuje pomoc k udržení polohy a neschopen stát 15 sek.

Následující položky jsou prováděné v stoji bez opory.

8. Natahování dopředu v předpažení _____Instrukce: Zvedněte ramena do úhlu 90 stupňů. Natáhněte prsty a předpažte. Vyšetřující přiloží pravítko ke konečkům prstů. Pak se pacient natáhne dopředu, bez pohybů dolních končetin. Vyšetřující zaznamená se rozdíl mezi oběma vzdálenostmi.

(4) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost 25 cm (P.Duncanův Funkční Test)

(3) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 13 cm

(2) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 5 cm

(1) natáhne se dopředu, ale potřebuje dohled druhé osoby

(0) potřebuje pomoc, aby neupadl

9. Zvednout předmět ze země _____ Instrukce: Zvedněte pantofle ze země .

(4) schopen zvednout předmět bezpečně a samostatně

(3) schopen zvednout předmět ale potřebuje dohled

(2) neschopen zvednout předmět, ale je schopen se k němu přiblížit na vzdálenost 5 cm, je schopen udržet v této poloze rovnováhu

(1) neschopen zvednout předmět a potřebuje dohled při svém pokusu

(0) neschopen ani pokusu / potřebuje pomoc, aby neupadl

10. Rotace hlavy. Ohlédnout se přes pravé/levé rameno _____

Instrukce: Otočte hlavou doprava a ohlédněte se přes pravé rameno. Zopakujte instrukci vlevo.

(4) rotace do obou stran, schopen ohlédnout se přes obě ramena, adekvátně přenáší váhu

(3) rotace možná jenom do jedné strany; na obou stranách neadekvátní přenášení váhy

(2) rotace do stran, udrží rovnováhu, neohlédne se přes rameno

(1) potřebuje dohled při otáčení se

(0) potřebuje pomoc při otáčení, aby neupadl

11. Rotace 360 stupňů _____

Instrukce: Otočte se kolem své osy. Přestávka. Pak otočit kolem své osy opačným směrem.

(4) schopen otočit se kolem své osy bezpečně v limitu 4 sek každým směrem

(3) schopen otočit se kolem své osy bezpečně jenom jedním směrem v limitu 4 sek.

(2) schopen otočit se kolem své osy bezpečně ale pomalu

(1) potřebuje asistenci druhé osoby, nebo verbální nápovědu

(0) potřebuje asistenci druhé osoby při otáčení se kolem své osy.

Dynamické přenášení váhy, stoj bez opory.

12. Počet naměřených kontaktů _____

Instrukce: Střídavě pokládejte nohy na nízkou židli. Pokračujte, až se každá noha dotkne židle 4 krát.

(4) schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu 20 sek

(3) schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu menším než 20 sek

(2) schopen provést 4 kontakty nohy se židlí bez pomůcky nebo supervize

(1) schopen provést méně než 3 kontakty, potřebuje minimální asistenci

(0) potřebuje asistenci, aby neupadl / neschopen

13. Stoj bez opory, tandem _____ Instrukce: (Předved'te instrukci). Umístěte plosky nohou jednu před druhou. Jestliže cítíte že nemůžete udržet tuto pozici, pokuste se více nakročit .

(4) schopen provést tandem samostatně a vydržet 30 sek

(3) schopen udržet pozici tandem samostatně s větším nakročením a vydržet 30 sek

(2) schopen udržet pozici semi-tandem a vydržet 30 sek.

(1) potřebuje pomoc při nakročení, ale vydrží 15 sek.

(0) ztrácí rovnováhu při nakročení a stojí, neschopen udržet rovnováhu v této pozici

14. Stoj na jedné noze _____ Instrukce: Stojte na jedné noze bez opory tak dlouho, jak můžete.

(4) schopen udržet se na 1 noze samostatně, výdrž větší než 10 sek

(3) schopen udržet se na 1 noze samostatně, výdrž 5-10 sek.

(2) schopen udržet se na 1 noze samostatně, výdrž 3-5 sek

(1) pokus o zvednutí nohy; neschopen udržet nohu po dobu 3 sek, stoj je samostatný

(0) neschopen provést úkol/ potřebuje asistenci druhé osoby, aby neupadl

Celkové skóre: _____/56_____

> 45 Bezpečná ambulance, bez použití kompenzační pomůcky/ menší riziko pádu

> 35 Bezpečná ambulance, s použitím kompenzační pomůcky

2. Příloha č. 2

Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti

(převzato z Tinetti, M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J. Am. Geriatr. Soc 34: 119-126, 1986)

1. Hodnocení rovnováhy

Instrukce: Klient sedí na židli bez opěrek. Následující položky jsou testovány :

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Rovnováha v sedě _____ | 0 | nejistá, nespolehlivá |
| | 1 | přidrží se židle |
| | 2 | bezpečná, stabilní |
|
 | | |
| 2. Vstávání ze židle _____ | 0 | není možné bez asistence |
| | 1 | schopen jen s pomocí, používá ruce, potřebuje lehčí oporu nebo držení |
| | 2 | provádí v plynulém pohybu, bez použití HK |
|
 | | |
| 3. Pokus postavit se ----- | 0 | neschopen bez asistence |
| | 1 | schopen, vyžaduje více než 1 pokus |
| | 2 | schopen postavit se na první pokus |
|
 | | |
| 4. Rovnováha ve stoji
prvních 5 sekund _____ | 0 | nejistota (silná kolísavost, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu) |
| | 1 | jistá, jen s oporou nebo držením (kompenzační pomůcky, druhá osoba) |
| | 2 | jistá, bez opory |
|
 | | |
| 5. Rovnováha
ve stoji _____ | 0 | Nestabilní, padá |
| | 1 | závratě, musí se přidržet, vyrovnávající krok |
| | 0 | Stabilní, udrží plnou rovnováhu |
|
 | | |
| | 1 | nejistota (silné kolísání, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu) |
| | 2 | stabilní v této pozici |

6. Stabilita ve stoji

(pacient je v stoji spojném, vyšetřující vychyluje pacienta do stran dlaní tlakem na sternum 3 x)

- 0 přerušovaný, diskontinuální způsob otáčení
- 1 nestabilní, padal by bez pomoci, musí provést vyrovnávací krok
- 2 kontinuální a jistý, bez opory (plynulé otočení)

7. Rovnováha se zavřenýma očima a s nohama u sebe

- 0 nestabilní (špatně odhadne vzdálenost, prudce dosedne na židli)
- 1 používá ruce k opření se, pohyb není plynulý
- 2 plynulý pohyb, plná stabilita

8. Otočení o 360° _____

9. Stoj - sed

SOUČET : _____/17

Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti

(převzato z Tinetti, M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J. Am. Geriatr. Soc 34: 119-126, 1986)

II. Hodnocení chůze

Instrukce: Pacient se projde přes místnost, nejdřív normálním tempem, pak zpět rychleji, dbát na bezpečnost.

10. Iniciační chůze _____ 0 nerozhodnost, váhavý začátek

1 plynulý začátek

11. Délka kroku a

výška při nakročení

a. švihová fáze na pravé DK 0 vynechá stejnou fázi na levé noze

----- 1 nevynechá stejnou fázi na levé noze

0 chybí odval na pravé noze při kroku

1 odval na pravé noze

b. švihová fáze na levé DK 0 vynechá stejnou fázi na pravé noze

----- 1 nevynechá stejnou fázi na pravé noze

0 chybí odval na levé noze při kroku

1 odval na levé noze

12. Symetrie chůze _____ 0 délka kroku na obou stranách odlišná

1 délka kroku na obou stranách stejná

13. Kontinuita chůze _____ 0 diskontinuální obraz chůze, zastavení před krokem

1 kontinuita chůze neporušena

14. Trajektorie _____ 0 pozorovatelná deviace

(měřeno ve vztahu k podložce, 25cm 1 středně velká deviace, použití komp. pomůcky

průměr; pozorujte exkurzi pohybu jedné 2 bez deviace, bez komp. pomůcky

nohy přes druhou)

15. Stabilita trupu _____

0 kolísavé pohyby trupu, použití komp. pomůcky

1 bez kolísavých pohybů, pozorovatelná zvýšená flexe

v kolenních kloubech, bolest zad, nebo

nekoordinované souhyby horních končetin při chůzi

2 bez kolísavých pohybů, nepřítomné nekoordinované

souhyby horních končetin, nepoužívá komp.pomůcku

16. Chůze _____

0 paty od sebe, široká base

1 nohy kladeny těsně vedle sebe, norma

17. Otočení během chůze

0 závratě, zastavení při otočení během chůze

1 norma

18. Natahování dopředu s

předklonem (Dunkanův test) 0 > 25 cm

_____ 1 < 25 cm

SOUČET _____/13

I. a II. Část Součet _____/ 30

3. Příloha č. 3

Fotografie z rekondičních pobytů



Zpívání s kytarou



Společné vaření



Aktivity v kruhu



Pantomima



Zábavná aktivita v kruhu



Společná hra



Aktivity s míčem



Slalom



Kreativní činnost



Výlet do Karlových Varů

