

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marcela Šálková

Proměna kvality života u osob po CMP

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Jeřábková Kateřina, Ph. D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, a že jsem použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

Marcela Šálková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych velmi poděkovala paní Mgr. Kateřině Jeřábkové, Ph. D. za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytnutí cenných informací a za ochotu a trpělivost, kterou mi projevila.

OBSAH

Úvod.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 Cévní mozková příhoda.....	7
1.1 Obecná charakteristika CMP.....	7
1.2 Základní dělení.....	8
1.3 Faktory vzniku.....	10
1.3.1 Diagnostika CMP.....	13
2 Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě.....	16
2.1 Následky po CMP.....	16
2.2 Léčba osob po CMP.....	20
2.3 Rehabilitace a možnosti terapie.....	21
3 Kvalita života osob po CMP.....	25
3.1 Kvalita života.....	25
3.2 Kvalita života po CMP.....	26
3.3 Motivace pacienta.....	27
3.4 Podpora osob po CMP.....	28
II. Praktická část	
4 Proměna života lidí po CMP.....	30
4.1 Hlavní cíl, dílčí cíle a výzkumné otázky.....	30
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31

4.3 Metoda sběru dat.....	32
4.4 Vlastní výzkumné šetření	33
4.4.1 Kazuistika č. 1	33
4.4.2 Kazuistika č. 2	34
4.4.3 Získaná data	36
4.5 Závěry výzkumného šetření.....	39
4.6 Závěr praktické části.....	44
Závěr.....	46
Seznam literatury a použitých zdrojů	48
Seznam použitých obrázků a tabulek.....	51
Seznam použitých zkratk.....	52
Seznam příloh.....	53
ANOTACE	

ÚVOD

Cévní mozková příhoda patří mezi nejčastější příčiny úmrtnosti, pacienti, kteří přežijí, zůstanou převážně do konce svého života invalidní. Cévní mozková příhoda je velkou zátěží, která je spojena se strachem a s obavami z toho, co bude dál, nejen pro samotné pacienty, ale i pro jejich rodiny, blízké okolí, pečovatele a i pro celou společnost. V nejlepších případech nezůstávají žádné zdravotní problémy, v mnoha jsou ovšem životy lidí po cévní mozkové příhodě závislé na pomoci druhých. Cévní mozková příhoda postihuje čím dál častěji obyvatele v produktivním věku. Velkou roli, mimo jiné, má především dnešní uspěchaná doba, stres, životní styl a další ohrožující faktory. A právě mladí lidé se nejvíce zajímají o to, jak to bude dál. Kariéra? Rodina? Koníčky? Je můj starý život nenávratně pryč? Míra utrpení u mladých lidí je daleko vyšší než u starších pacientů. Následky mrtvice se neliší podle věkových skupin, i mladí pacienti mohou zůstat ochrnuti. Již ale existují nové efektivní metody a terapie po cévní mozkové příhodě, které přinášejí dobré léčebné výsledky. Vždy však záleží na rozsahu poškození mozku. U mladých lidí mozek reaguje dynamičtěji než u starších pacientů, proto se velmi často stává, že rehabilitace u mladých pacientů může začít dříve. Mladí lidé jsou také častěji mnohem více motivováni, chtějí se v co nejkratší možné době vrátit ke svému starému životu a jít dál, musí si ale stále uvědomovat, že jediné co teď potřebují je trpělivost a čas. Nový život bude s jistotou vypadat jinak než ten doposud, ale to neznamená, že by měl být méně kvalitní, než ten který žili.

„Život není aktivní síla – jsme to my, kdo z něj učiní, co si přejeme.“

(Henry Handel Richardson)

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá obecnou charakteristikou cévní mozkové příhody. Druhá část je praktická, která obsahuje vlastní výzkumné šetření. Pro výzkumnou část byli záměrným výběrem osloveni dva participanti. Sběr dat byl uskutečněn pomocí dvou kazuistik a polostrukturovaných rozhovorů. Cílem bylo seznámit se s životem dvou osob po cévní mozkové příhodě, kterým se podařilo vrátit se zpět do běžného života, zjistit k jaké změně u nich došlo.

1 Cévní mozková příhoda CMP

1.1 Obecná charakteristika

Cévní mozková příhoda je náhle vzniklé závažné poškození mozkových krevních cév. Je známá také pod názvem mozková mrtvice, mozkový infarkt, krvácení, mozková hemoragie, encefaloragie, z latinského ictus – rána ji známe pod názvem iktus, z řečtiny pochází název apoplexie. (Orszák, Káš, S., 1995)

K mozkové mrtvici dojde tehdy, jestli se sníží dodávka kyslíku do mozku. K tomu dochází za předpokladu, že se céva zásobující mozek krví ucpe, nebo pokud dojde k protržení zásobující cévy a následnému krvácení do mozku. Snížený přísun kyslíku se projeví ztrátou funkce mozkové tkáně nebo buňky odumřou. (ibid)

Cévní mozkové příhody jsou druhou nejčastější neúrazovou příčinou úmrtí a hlavní příčinou invalidity. Současné epidemiologické studie v evropských zemích i USA prokazují stoupající trend morbidit této nemoci ve střední a mladší věkové kategorii. Patří mezi nejzávažnější a velmi častá neurologická onemocnění. Charakterizovat CMP můžeme jako náhle vzniklý ložiskový neurologický deficit způsobený poruchou cévního zásobení mozkové tkáně. (ibid)

„Cévní mozkové příhody (CMP) jsou dle WHO definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu“ (Nevšímalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, s. 171).

„Protože každá polovina mozku řídí a kontroluje činnost opačné strany těla, jakékoliv poškození jedné strany mozku povede k invaliditě opačné strany těla.“ (WHO, 2004, s. 13)

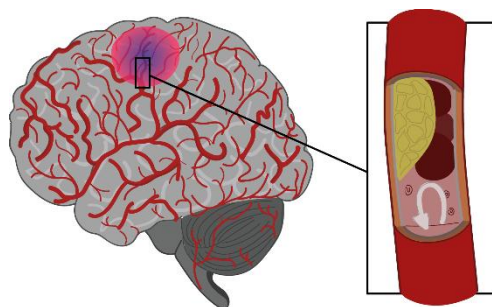
1.2 Základní dělení CMP

- ischemická CMP (nedokrevnost) je nejčastější, vyskytuje se v 80%. Vzniká pokud dojde k náhlému přerušení krevního zásobení mozku a je tedy zamezen přísun kyslíku a živin do postižené části mozku, postižená část přichází o svoje funkce. Nejčastější příčinou bývá ateroskleróza (kornatění tepen), kdy sraženina ucpe cévu, dále to velmi často bývá poškozením drobných, tzv. penetrujících mozkových tepen, dále pak jsou to vmetky, které pochází ze srdce při poruše srdečního rytmu, zřídka vzniká při úrazu cév na krku, méně časté je, pokud pacient trpí vrozeně zvýšenou srážlivostí krve, mohou to být i následky infekčních onemocnění jako je syfilis, tuberkulóza. (Vokurka, Hugo, 2011)

Horáček (2006) podle průběhu rozlišuje:

1. tranzitorní CMP (TIA) – příznaky do 24 hodin odezní, nazýváme také miniiktus neboli malá mrtvice
2. reverzibilní CMP (RIND) – trvá déle než 24 hodin a odeznívá do 14 dnů, někdy s drobným funkčním deficitem
3. progredující CMP (SE) – klinické příznaky pozvolna progredují
4. ireverzibilní CMP (CS) – dokončená příhoda představuje ložiskovou hypoxii mozku s trvalým funkčním deficitem

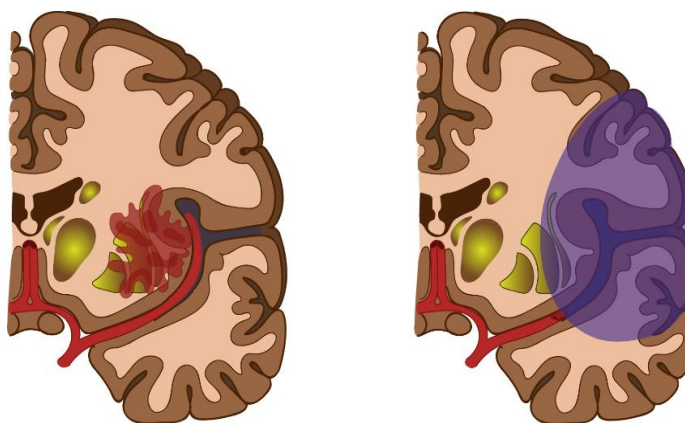
Obr. č. 1.: Cévní sraženina ucplala cévu a způsobila ischemii.



(Dostupné z: www.fnusa.cz/cévní-mozková-příhoda-detailně)

- hemoragické CMP (krvácení), výskyt 17%, častou příčinou vzniku hemoragické CMP bývá neléčený vysoký krevní tlak, kdy tepna poškozena hypertenzí následně praskne, nebo náhlé zvýšení tlaku vede k prasknutí nepostížených tepen, další možnou příčinou bývá protržení malých tepének, dalším faktorem zvyšujícím pravděpodobnost jsou vrozená a získaná krevní onemocnění, užívání léků ovlivňujících krevní srážlivost. (Edukační příručka CMP)

Obr. č. 2.: Vlevo krvácení do mozku, vpravo mozkový infarkt v důsledku přerušení krevního zásobení.



(Dostupné z: www.fnusa.cz/cévní-mozková-příhoda-detailně)

- subarachnoidální krvácení (krvácení do mozkových obalů), výskyt 3%, jedná se o zvláštní typ cévní mozkové příhody, který vzniká prasknutím tepenné výdutě, postihuje zcela nečekaně zdravé jedince, asi polovina umírá okamžitě, nebo jim zůstávají vážné následky, důležitý je včasný neurochirurgický zákrok a i tak zůstává prognóza vážná. (Edukační příručka CMP)

1.3 Faktory vzniku

Ke vzniku cévní mozkové příhody přispívají rizikové faktory. Týkají se nás všech, bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, aj.. Vyvolávajících momentů může být mnoho. Některé se vzájemně ovlivňují, jeden může zesilovat účinek druhého a naopak.

„Začátek bývá náhlý. Pocit lupnutí v hlavě, spíše vzadu, pocit horka, které se rychle rozlévá po celé hlavě. Často závratě, nevolnost, zvracení. Úplná ztráta vědomí je vzácná, lehké změny vědomí a bdělosti však jsou časté.“ (Országh, Káš, 1995, s. 65)

Faktory vzniku cévní mozkové příhody lze rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Ovlivnitelné faktory

Ovlivnitelné faktory může, do jisté míry, eliminovat každý sám. A to buď změnou svého životního stylu, nebo užíváním léků.

- **Vysoký krevní tlak**

Vysoký krevní tlak (arteriální hypertenze) je hlavním rizikovým faktorem pro vznik CMP. V Česku jím trpí asi 2,5 milionu lidí, čtvrtina z nich o tom ani neví. Vysoký krevní tlak dá poprvé o sobě vědět až prostřednictvím závažné zdravotní komplikace. Může být jednou z mnoha příčin CMP. Za vysoký krevní tlak se považují hodnoty 140/90 a vyšší, které jsou naměřeny při dvou návštěvách v ambulanci. Krevní tlak se měří v klidu, v sedě, na paži ve výši srdce. V ambulanci bývají hodnoty vždy vyšší, než v domácím prostředí. Aby tedy byly výsledky měření opravdu prokazatelné, doporučuje se opakované měření. (Kalvach, 2010)

Tab. č. 1: Klasifikace hodnot krevního tlaku (Kalvach, 2010, s. 64)

kategorie	systolický TK(sTK)	diastolický TK(dTK)
optimální TK	< 120	< 80
normální TK	120 - 129	80 - 84
vysoký normální TK	130 - 139	85 - 89
hypertenze 1. stupně	140 – 159	90 - 99
hypertenze 2. stupně	160 - 179	100 -109
hypertenze 3. stupně	>180	>110
izolovaná systematická hypertenze	>140	<90

- **Srdeční choroby**

Ztráta srdeční funkce může výrazně snížit prokrvení mozku, nepravidelná srdeční činnost vede ke krátkodobým stavům bezvědomí. Ke zjizvení chlopní a následnému vzniku krevní sraženiny vedou revmatické srdeční vady. U srdečních chorob se nejčastěji vyskytuje fibrilace síní, která vzniká v důsledku porušené funkce srdce při arytmií, srdce tedy běží rychleji než normálně a ztráta čerpacích schopností síní vede k zpomalenému toku krve. Velmi vzácné jsou nitrosrdeční nádory, které mohou být taktéž příčinou mozkových příhod. (Kalvach, 2010)

- **Cukrovka (diabetes mellitus)**

Jedná se především o diabetes mellitus 2. typu, který souvisí se správným životním stylem. Často bývá doprovázena obezitou. Způsobuje změny v krevních cévách, v srdci a podporuje vznik aterosklózy. Cukrovka je velmi častým onemocněním a v populaci postihuje přibližně 1 z 30 dospělých. (Feigin, 2004)

- **Kouření**

Mezi rizikové faktory nejlépe ovlivnitelné řadíme kouření. Patří sem všechny formy kouření, kouření tabáku, cigarety, dýmky i doutníky. Pasivní kouření zvyšuje pravděpodobnost vzniku cévní mozkové příhody až o 80%. U žen se riziko znatelně zvyšuje společným užíváním s hormonální antikoncepcí. Skoncovat s kouřením je u mnohých však problematické. Nikotin je návyková látka a často u některých slouží např.

jako pomůcka k zakrytí rozpaků, hračka pro nervózní prsty, nebo také jako nástroj koncentrace, symbol relaxace a mnoho dalších. Kouření podporuje vznik aterosklerózy, způsobuje zúžení a ztvrdnutí tepen. Pravděpodobnost vzniku cévní mozkové příhody je tím větší, čím více let se kouří. (Kalvach, 2010)

- **Nezdravá strava, obezita, nedostatek pohybu, stres**

K rizikovým faktorům zvyšujícím vznik cévní mozkové příhody přispívá také způsob života. Hektický životní styl, vysoká hladina cholesterolu a tuků, nedostatek fyzické aktivity, to vše zvyšuje riziko vzniku iktu. (Kalvach, 2010)

- **Alkohol**

Konzumace alkoholu je jiná u ischemických příhod a jiná u hemoragických příhod. U ischemických iktů mírná konzumace alkoholu (pod 30g/den pro muže a méně než 15g/den pro ženy) snižuje riziko vzniku, vysoká konzumace alkoholu má účinek opačný. U hemoragických iktů alkohol riziko výskytu pouze zvyšuje. Přemíra alkoholu zvyšuje krevní tlak a nepříznivě ovlivňuje koagulaci. (Šamánek, Urbanová, 2010)

- **Další rizikové faktory**

Kalvach (2010) mezi další faktory, které mohou přispívat ke zvýšenému riziku vzniku cévní mozkové příhody, přidává následující:

- substituční hormonální léčba
- migréna
- některé krevní poruchy
- povzbuzující drogy
- úrazy krku
- prodělaná virová či bakteriální onemocnění
- naprasklé nitrolební výdutě (aneurysma)
- počítá se i tranzistorní ischemická ataka, která je však varovným příznakem, nikoli příčinou
- cévní malformace

- Feigin (2004) k uvedeným příznakům přidává spánkové apnoe - stav, při kterém dochází k opakovanému zadržení dechu déle jak 10 sekund, týká se především osob s oslabenou srdeční funkcí

Neovlivnitelné faktory

- **Věk**

Riziko vzniku cévní mozkové příhody se zvyšuje v závislosti s věkem. Není ovšem vyloučeno, že CMP může onemocnět i dítě. I tak představuje mrtvice nejvyšší hrozbu pro osoby po padesátém roce života, stále více však postihuje osoby v mladším věku. (ibid)

- **Pohlaví**

Po 65 roce je u mužů riziko vzniku ischemické nebo hemoragické CMP vyšší asi o 20% než u žen. U mladých dospělých jsou muži i ženy postiženi téměř stejně. (Feigin, 2004)

- **Genetická dispozice**

Geny hrají významnou roli u některých rizikových faktorů CMP, např. vysoký krevní tlak, cukrovka, cévní malformace, existuje také spousta jiných vzácných genetických poruch, které jsou spojeny se zvýšeným rizikem iktu, je to např. leidenská mutace, vrozený nedostatek faktorů zvaných protein C a protein S. (Ambler, 2011)

1.3.1 Diagnostika CMP

Důležitou součástí diagnostického postupu u akutní cévní mozkové příhody je klasické neurologické vyšetření. Jeho součástí je i získání důležitých anamnestických dat, jaké okolnosti vedly ke vzniku příznaků, údaje o rizikových faktorech, prodělaných CMP aj. K definitivnímu stanovení, zda se jedná o ischemickou CMP či hemoragickou CMP je vždy nutné neurozobrazovací vyšetření. *Zobrazovací metody* [online]. *Fnusa.cz* [cit. 28. 1. 2018]

Mezi nejdůležitější zobrazovací metody ke stanovení typu CMP se řadí:

Počítačová tomografie CT – jde o nejrozšířenější zobrazovací metodu u diagnostiky CMP, která je široce dostupná. Počítačová tomografie umožňuje snadno a rychle vyšetřit pacienty i v těžkém stavu, vyšetření je bezbolestné a trvá obvykle 15-20 minut, během vyšetření je nutné nehybně ležet, pohyby hlavy by mohly vést ke zhoršení kvality snímků. Počítačová tomografie je vyšetřovací metoda, která speciálním způsobem využívá rentgenových paprsků, umožňuje podrobné zobrazení různých částí mozku v tenkých vrstvách. Z výsledných snímků je lékař schopen vyčíst rozsah a stáří poškození mozkové tkáně a rozhodnout tak o nejlepším léčebném postupu. Rozlišujeme nativní (prosté) CT, kde před jeho podstoupením není nutná žádná zvláštní příprava a tzv. CT angiografii, což je detailní zobrazení mozkových cév, kdy sestřička před zahájením zavede do žíly kontrastní látku pro lepší zobrazení vybraných cév. (ibid)

Magnetická rezonance MR – je velmi moderní metoda nezastupitelná při neurologických vyšetřeních. Přístroje zde využívají silného magnetického pole, MR je stejně jako CT, vyšetření bezpečné a nebolestivé, které dokáže snímkovat strukturu mozkové tkáně do nejmenších detailů. Je citlivější než CT ke zjištění malých ischemických iktů, méně citlivá je k odhalení malých nitrolebních krvácení. Vyšetření běžně trvá asi 30 minut, během vyšetření je taktéž důležité ležet v klidu a nehýbat se, pokud se v těle nachází kovové předměty, nebo ty, které by mohly způsobit komplikace, magnetická rezonance se nemůže použít. (ibid, Feigin, 2004)

Neurosonologické vyšetření – je zobrazovací metoda ultrazvukem, jejíž speciální funkcí je zobrazení průtoku krve v krčních tepnách. *Zobrazovací metody* [online]. *Fnusa.cz* [cit. 28. 1. 2018]

SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) – neboli jednofotonová emisní výpočetní tomografie, je zobrazovací metoda, která dokáže v těle zobrazit prostorové rozložení radioaktivně označené látky. Výpočetní systém SPECT zvládne z mnoha obrazů zrekonstruovat trojrozměrný obraz. *Nukleární medicína* [online]. *Vysetreni.vitalion.cz* [cit. 10. 6. 2018].

Ostatní diagnostické metody:

- **digitální subtrakční angiografie (DSA),**
- **sonografické vyšetření,**
- **nukleární metody, EKG, oční vyšetření, vyšetření krevního obrazu, vyšetření jaterních a ledvinových funkcí, EEG. *Zobrazovací metody*** [online]. *Fnusa.cz* [cit. 28. 1. 2018]

2 Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

2.1 Následky CMP

Následky CMP závisí na konečném rozsahu a lokalizaci postižené mozkové tkáně. Ne všichni pacienti se vrací do běžného života bez omezení. Lidé po prodělané CMP často potřebují dlouhodobou rehabilitační péči. Ta je prováděna multidisciplinárním týmem, který tvoří lékaři, fyzioterapeutové, ergoterapeutové, zdravotní sestry, logopedi, psychologové, protetici, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Rehabilitační péči je důležité směřovat vždy individuálně. I tak jsou ale vyhlídky pacientů na uzdravení různé. Často záleží, jak rychle je obnoven průtok krve postiženou oblastí mozku. Třetina cévních mozkových příhod bývá smrtelná, jiné způsobí trvalé nebo dočasné postižení. Ne zřídka se také komplikace po CMP navzájem kombinují. (Boháček, Polcarová, 2007) (Kalita, 2006, s. 516) udává: „*Nemocný po prodělané cévní mozkové příhodě nemusí být jen postižen motorickou, nebo jinou poruchou symbolických funkcí ale také jinými následnými stavy, které ovlivňují život nemocného, jeho prognózu a kvalitu jeho života.*“

Mezi nejčastější poruchy řadíme:

- **těžká porucha hybnosti různého rozsahu**

K nejčastějším obtížím patří centrální parézy (paréza neboli obrna je částečná neschopnost nebo větší slabost aktivního volného pohybu), důsledkem tohoto postižení dochází ke snížení svalové síly a zároveň ke zvýšení svalového napětí. Zvýšenému svalovému napětí se říká spasticita, neboli křeč (latinsky: spasmus, řecky: hyperkinesis) stav, kdy dochází k nadměrnému či dlouhodobému stahu kosterní nebo hladké svaloviny. Křeč může postihovat jeden sval, nebo celé svalové skupiny. Pohyb je omezený, někdy bývá bolestivý, pro pacienta je těžké pohnout částí svého těla, protože svaly jsou příliš pevně napnuté, i když ve skutečnosti je dotčený sval velmi slabý. Spasticitu doprovází často tzv. spasmy. Spasmy jsou neúmyslné pohyby svalů, záškuby, křeče v postižených částech těla, nad kterými nemá pacient žádnou kontrolu, mohou vznikat náhle, jsou silné a intenzivní. U většiny pacientů po CMP dochází k částečné, nebo k úplné ztrátě hybnosti jedné poloviny těla. Částečná ztráta se nazývá hemiparéza, a úplnou ztrátu hybnosti nazýváme hemiplegií. Ztráta bývá většinou patrnější u horní končetiny. Pokud dochází k návratu hybnosti, probíhá od kořenových svalů směrem akrálním (svalstvo jemné motoriky). Nejdéle tedy

trvá obnova jemné motoriky. K dalším potížím řadíme bolestivé rameno. Někdy dochází k tak zvané algodystrofii neboli k chronickému onemocnění postižené ruky, pro které jsou charakteristické silné bolesti, otoky, kožní změny, ruka může být zarudlá, mramorovaná, teplejší, nebo studenější. Často bývá postiženo svalstvo v obličeji – fatální paréza. (Feigin, 2004, Kalvach, a kol. 2010)

- **poruchy fatických funkcí**

Fatickými funkcemi nazýváme schopnost mluvit a rozumět slyšené a psané řeči, číst, psát a počítat. Stačí malé poškození v zadní třetině levé mozkové poloviny a pacienti vykazují zvláštní poruchu řeči. Ta se projevuje neustálým opakováním, nejčastěji dvou slabik, a namáhavou mluvou. Pacient rozumí, co mu říkáte, ale snaha odpovědět končí např. opakováním „nou nou nou nou“. Poruchu nazýváme expresivní afázií. Mezi další poruchy řeči patří senzorická afázie. Pacient ve svém projevu vyjadřuje něco jiného, než sám chce. Chybí mu kontrola řeči. (Boháček, Polcarová, 2007, Orságh, Káš, 1995)

- **poruchy gnostických funkcí – agnózie**

Agnózií rozumíme poruchu poznávání a chápání smyslu okolních věcí, často zahrnuje neschopnost rozpoznávat objekty, osoby, zvuky, tvary, pachy apod. Pacienti mají potíže s určováním barev, tvarů, poznáváním tváří. Podle druhu vypadlého smyslového vjemu rozlišujeme několik typů agnózií. Agnózie zraková, kdy pacient nerozpozná předmět pomocí zraku, se dále může dělit na podskupiny, podle toho, co nepoznává např. prozopoagnozie se projevuje u pacientů, kteří trpí poruchou poznávání tváří. Sluchovou agnózií trpí pacienti, kteří nejsou schopni identifikovat a třídit slyšené zvuky a to jak verbální tak nonverbální (štěkání psa, cinkání klíčů aj.). V běžném životě má tento handicap vliv na bezpečnost. Taktilní agnózie znamená ztrátu schopnosti a dovednosti poznávat předměty hmatem. (Kalvach a kol. 2010)

- **neglect syndrom (syndrom opomíjení)**

„Je charakterizován poruchou orientace v prostoru s ignorováním levé poloviny prostoru. Nemocný tak vráží do předmětů v levé polovině zorného pole, při čtení vynechává počáteční písmena nebo počáteční část slov“. Neglect syndrom [online]. Wikiskripta.eu [cit. 21. 11. 2016]. Někdy je současně přítomna levostranná hemiplegie, kdy pacient

považuje levé končetiny za cizí, patřící někomu jinému. Většinou dochází k postižení nedominantní, tedy pravé hemisféry, a jedná se tedy o neglect syndrom vlevo. (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2005)

- **následky neurobehaviorální**

Představují poruchy psychických funkcí a poruchy chování. U pacientů po CMP je jednou z nejčastějších pozorovaných poruch deprese. Podle některých studií bývají deprese pozorovány u pacientů s poškozením levého frontálního (čelního) laloku, nebo také je přirozenou reakcí, kdy se pacient vyrovnává s tím, že ztrácí své zdraví. Deprese může mít několik podob, může se jednat o změny nálad, pocity bezcennosti, viny. Pacient může být podrážděný, agresivní, zlomyslný, ale i tichý a klidný, negativistický. Deprese je velice vážný stav, který komplikuje léčbu, v některých případech ji může i zcela znemožnit. Dalším symptomem je spastický pláč nebo smích. Pacient upadá do usedavého pláče téměř při jakémkoli verbálním podnětu. Jedná se o vůli neovlivnitelné emoční projevy, dostavující se při běžném hovoru případně i spontánně. Hovoříme o emoční inkontinenci. Mezi další poruchy patří apatie (rezignace, netečnost), agresivita, úzkost, iritabilita (podrážditelnost, člověk se snadno rozzlobí, je netrpělivý), impulzivita. (Boháček, Polcarová, 2007, Kalvach a kol. 2010)

- **poruchy autonomních funkcí**

Autonomní funkce jsou funkce, které jedinec vykonává bez vědomé činnosti. Dochází k inkontinenci, regulace stupně vědomí, ovlivnění rytmu spánku a bdění, často bývají narušeny sexuální funkce, může docházet k nadměrné slinění u pacienta, pocení aj. (Kalvach a kol. 2010, Boháček, Polcarová, 2007)

- **poruchy hlavových nervů**

Dysartrie – motorická porucha řeči, kdy je postižena fonace, respirace a artikulace.

Dysfonie – porucha tvorby a užití hlasu, typickými projevy jsou např. tlacený, hrubý až přerušovaný hlas, typický je také tichý, šeptavý hlas. (Kalvach, P. a kolektiv, 2010)

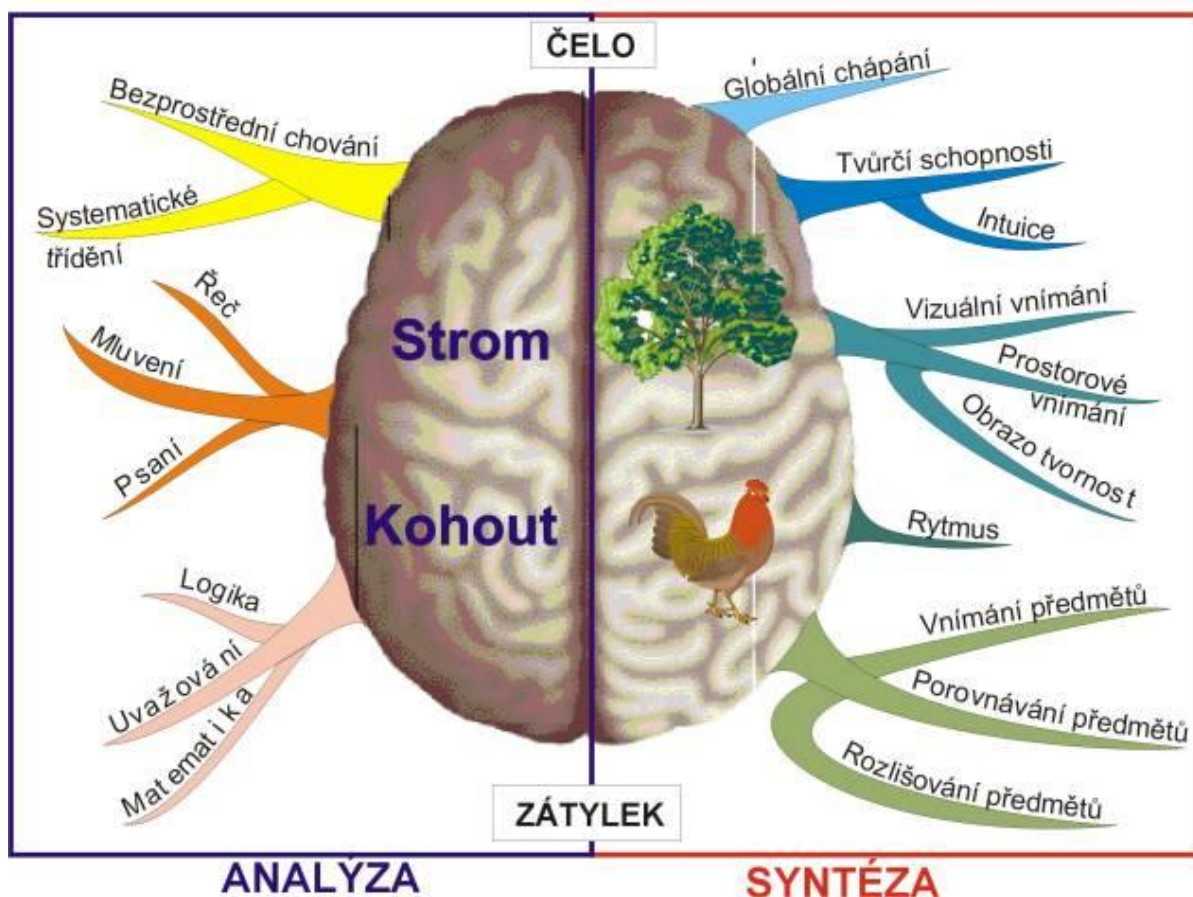
Dysfagie - problémy s polykáním. Je narušena koordinace svalstva a reflexů polykacího, kašlacího a dýchacího. Porucha projevující se obtížemi v příjmu stravy jak tekuté, tak i tuhé, pacient mívá také problémy s polykáním slin. (Kalvach, P. a kol., 2010)

Diplopie – jinak řečeno dvojité vidění.

Hemianopie – pacient nedokáže vidět předměty v jedné polovině zorného pole. (Feigin, V. 2004)

„Obecně platí, že levá hemisféra je zaměřena na zpracování informací přijímaných řečí, psaním, čtením a na vnímání komplexních celků a vytváření konceptů a strategií. Pravá hemisféra zpracovává zejména nonverbální informace, melodie, orientaci v prostoru a nese konstrukční schopnosti.“ (Kalvach, a kol. 2010, s. 366)

Levá hemisféra **Pravá** hemisféra



(Dostupné z: http://nemoc-pomoc.cz/?page_id=1572)

2.2 Léčba osob po CMP

Při podezření na CMP je nejdůležitější převést pacienta, v co nejkratší možné době, do specializovaného iktového centra, kde může být zahájena léčba. Každá léčba je vždy velice individuální, závisí na typu iktu, jeho rozsahu, lokalizaci, ale i příčině. Cílem léčby je plné uzdravení pacienta, případně minimalizace jeho postižení tak, aby byla zachována v největší možné míře soběstačnost pacienta. *Cévní mozková příhoda* [online]. *Spektrumzdravi.cz*, [cit. 28. 10. 2017]

K léčbě ischemické cévní mozkové příhody se používá tzv. trombolýza, pacientům je nitrožilně podáván lék na rozpuštění krevní sraženiny. Trombolýzu je možné zahájit maximálně 4,5 hodiny od vzniku příznaků. Do 6-8 hodin po projevu prvních příznaků je možné využít novější metodu tzv. mechanickou trombektomii, ta spočívá v zavedení vodícího drátu a katetru přes cévní přístup v třísle až do postižené mozkové tepny. Mikrokatetr krevní sraženinu prorazí skrz a speciální síťka sraženinu vytáhne z těla ven. Předností trombektomie je, že může odstranit i větší sraženinu, kterou by se pomocí trombolýzy nepovedlo rozpustit. Prasknutí mozkové cévy, nebo-li hemoragická cévní mozková příhoda, při které dochází ke krvácení do mozku, se léčí podáním léků na srážlivost krve. Pokud se jedná o vážnější formu hemoragické mozkové příhody, musí být proveden operační zákrok. *Péče o pacienta* [online]. *Casjemozek.cz*, [cit. 28. 10. 2017]

2.3 Rehabilitace po CMP

Jednou z velice důležitých věcí po cévní mozkové příhodě je rehabilitace, která by se měla začít v co nejbližší možné době po CMP. Cílem rehabilitace je dosažení maximálního stupně fyzické a psychické nezávislosti u osob potýkajících se s následky CMP. *Život po mrtvici* [online]. *Casjemozek.cz*, [cit. 9. 3. 2017]

Rehabilitace v nejširším smyslu znamená obnovení původního stavu, soběstačnosti, pohyblivosti (lat. *re-* opakování, *habilitas* schopnost). (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Dle WHO (2006) je rehabilitace definována jako „*soubor opatření, směřujících co nejrychlejší resocializaci jedince s postiženým zdravím nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik anebo přecvičení jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti.*“

Řasová (2007, s. 3) uvádí, že „*rehabilitace využívá multidisciplinárních strategií ke zvýšení funkční nezávislosti, prevenci komplikací a zlepšení kvality života nemocných. Jde o aktivní proces, který pomáhá lidem k zotavení, k zachování optimální fyzické, smyslové,*

intelektové, psychické a sociální úrovně funkcí a k dosažení co nejvyšší úrovně nezávislosti navzdory omezení, které onemocnění způsobuje.“

Včasná rehabilitace u pacientů po CMP, která trvá několik měsíců, někdy dokonce i let, může pacientovi obnovit některé postižené funkce. Nejčastěji bývají těžce ochrnuty různé končetiny, častá bývá porucha řeči, postižený sluch, nebo zrak. Následky se liší, podle zasažené části mozku. Pacient sám, by měl být, co se týče cvičení, důsledný a vytrvalý. Pokroky po cévních mozkových příhodách přichází velmi pomalu. *Život po mrtvici* [online]. *Casjemozek.cz*, [cit. 9. 3. 2017]

Rehabilitace pacientů po CMP začíná na iktové jednotce ihned, jakmile to jeho stav umožní. Vždy bývá individuálně zaměřená a za velmi důležité se považuje i její pokračování po propuštění. Rehabilitace by měla vést k dosažení maximálního stupně funkční soběstačnosti, nejenom v rehabilitačních a nemocničních prostorách, ale hlavně v domácím prostředí. Diagnostiku funkčních poruch provádí už na lůžkovém rehabilitačním oddělení multidisciplinární rehabilitační tým. Množství specialistů, kteří se budou podílet na rehabilitaci pacienta, je různá. Záleží na rozsahu mozkové příhody, na postižení nemocného. Rehabilitační tým obvykle tvoří lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, logopedi, sociální pracovník, protetici a spousta dalších. Cílem rehabilitace je zvládnout bazální úkony tak, aby byl pacient co nejdříve soběstačný. U pacientů v dlouhodobém bezvědomí je nutná aktivizace již v bezvědomí. Provádí se stimulace čichových vjemů, sluchových receptorů, vertikalizace pacientů v bezvědomí. Mnohé studie prokazují, že plasticita mozku je obrovská, ale s aktivizací se musí začít co nejdříve. (Kalvach a kol., 2010)

Lidský mozek má zvláštní schopnost se přizpůsobit změnám nejenom svého okolí, ale i změnám způsobeným traumatem. Při poškození mozku se sice žádné nové neurony nevytváří, ale v každém mozku se nachází velký počet spících, zásobních neuronů, které jinak během života podléhají tzv. buněčné smrti. Již v roce 1936 Otfried Foerster, známý německý neurolog, psal ve svých pracích o možnostech reorganizace mozkových funkcí a význačných možnostech plasticity centrálního nervového systému. (ibid) Kalvach (2010, s. 363) udává, že „v moderní rehabilitaci patří optimální využití spontánní regenerace a neuronální plasticity k nejdůležitějším cílům“.

V průběhu rehabilitace u osob po CMP lze využít různé terapie. Mezi známe se řadí např. mirror box therapy, robotickou terapii, nuceně navozenou terapii CIMT, apod.

- Mirror Box – Therapy neboli terapie pomocí zrcadla

Její princip je založen na využití zpětné vizuální vazby a obnovení či znovuvytvoření jistých spojů v mozku. V podstatě jde o tzv. oklamání mozku pacienta. Pacient provádí pohyb se zdravou končetinou a v zrcadle sleduje, jak obě končetiny vykonávají stejné pohyby, i když poraněná končetina normálně není této práce schopná. Při tomto vizuálním vjemu dochází k aktivaci poškozené části mozku pacienta, prováděný pohyb mu začíná připadat blízký a aktivita zbylých mozkových buněk poškozené části postupně vytváří pohyb postižené končetiny. (Kovář, 2014)

- Robotická terapie

V rehabilitaci se dnes čím dál více používají rehabilitační roboti. Výhoda asistované rehabilitace je především v tom, že umožňuje časté opakování pohybu, a to navíc bez projevů únavy, jak bývá u člověka vykonávajícího terapii časté. Přístroj využívá tzv. robotickou rukavici, která umožňuje pohyb prstů a ruky v libovolných pozicích. Zpočátku rukou pohybuje robot, postupně přebírá pohyb postižená ruka. Tím dochází ke zlepšení funkce ruky a zároveň se aktivizuje mozek. (Kalvach, 2010)

- Nuceně navozená terapie CIMT (Constraint Induced Movement Therapy)

Nuceně navozená terapie je zaměřena na kombinaci dvou základních principů a to na omezování nepostižené končetiny a tím vynucení aktivity končetiny postižené. V praxi to vypadá tak, že se pacientovi zafixuje zdravá končetina pomocí speciální rukavice a současně je intenzivně zapojena ruka nemocná. Výsledkem je pak zlepšení rozsahu pohybu a zvýšení svalové síly handicapované končetiny a především její častější užívání. (ARCADA NeuroMedical, 2017)

- Stimulace proudem a magnetickým polem

Stimulace, při níž se využívá zákonů elektřiny a magnetizmu. (ibid)

- Spacecurl

Spacecurl je přístroj konstruovaný ze tří nestabilních otočných kruhů, cvičící je tak nucen plně zapojovat všechny části těla pro to, aby udržel své tělo v rovnováze. Cílem tedy je dosáhnout automatické aktivace svalů bez výraznější korové kontroly. (Jandová, 2010)

Ačkoli mrtvice způsobuje vážné neurologické poškození, ostatní zdravé mozkové buňky a svaly mohou pomoci část poškození kompenzovat. Ve skutečnosti je tělo každého člověka plné nástrojů, které mohou komplikace vzniklé cévní mozkovou příhodou zmenšit a nastartovat tak proces uzdravování.

Nové metody využívané u pacientů po CMP, nám sice zajistí dosáhnout co nejvyšší možnou soběstačnost, ale tu nejdůležitější úlohu vždy budeme hrát my sami a náš aktivní přístup ke cvičení. Rehabilitace po prodělané cévní mozkové příhodě představuje nekončící proces, u něhož je potřeba pravidelně a dlouhodobě cvičit. Kalvach, (2010, s. 361) udává: „*plasticita mozku je obrovská, ale musí se aktivizovat co nejdříve.*“

3 Kvalita života osob po CMP

3.1 Kvalita života

To, jak se bude pacient se svou chorobou vyrovnávat, závisí na mnoha faktorech. Jsou to především intenzita, trvání a dynamika klinických symptomů onemocnění, přítomnost bolesti, prognóza apod. V uspokojování potřeb je každý jedinec individualita, proto tedy i vnímání kvality života bude zcela individuální. Jedinec, který trpí onemocněním, ne vždy vnímá kvalitu svého života jako nedostatečnou, a naopak není pravidlem, že ten, kdo je zdravý, považuje kvalitu svého života za dobrou. (Linková a kol. 2010)

Musilové in Farkašová (2009, s. 212) definuje kvalitu života dle WHO „...jako jedincem vnímanou vlastní pozici v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Takto chápáná kvalita života je ovlivňovaná zdravím jedince, jeho psychickým stavem, osobními postoji, sociálními podmínkami a vztahy k životnímu prostředí.“ Jako podstatný aspekt udává WHO tělesný a psychický stav, stupeň nezávislosti a kvalitu sociálních vztahů.

Brůnová (2010) jako vlivy, které mohou ovlivnit kvalitu života v nemoci, uvádí:

- **tělesné funkce:** stupeň omezení fyzických aktivit zdravotním stavem (soběstačnost, chůze, ..)
- **tělesná bolest:** jak velký vliv má bolest na fyzické aktivity
- **obecné vnímání zdraví:** osobní posouzení zdravotního stavu
- **vitalita:** osobní posouzení, zda se cítím vyčerpaný nebo plný sil
- **sociální schopnost:** míra, do které fyzické nebo emoční problémy omezují normální sociální aktivity
- **emocionální role:** míra, v níž se uplatňují emocionální problémy
- **psychická pohoda:** obecné duševní zdraví
- **změny zdraví:** vývoj aktuálního zdravotního stavu

Definovat kvalitu života je velmi obtížné. Je to složitý, široký a těžko uchopitelný pojem. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Křivohlavý (2002, s. 162) uvádí známý Aristotelův výrok, který říká: „*Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.*“ Pojem kvalita života v sobě

odráží pocit pohody, který vychází z tělesného, ze sociálního, ale i z duševního stavu každého jedince. Často se také setkáváme s hodnocením kvality života, které vychází z uspokojování potřeb v Maslowově pyramidě potřeb. Vaňásková, Bednář, (2013, s. 133) vyjadřují kvalitu života související se zdravím jako „*míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují pacientovu schopnost a možnost žít život, jenž by mu dal uspokojení*“.

Bergsma a Engel in Křivohlavý (2002) popisují kvalitu života jako soud, který je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Problematiku kvality života dále pak popisují ve třech odlišných rovinách v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině:

- V makro-rovině jde o otázky velkých společenských celků, o absolutní smysl života. Problematika se tak stává součástí základních politických úvah (např. problematika boje s chudobou, s terorismem, ..).
- V mezo-rovině popisují kvalitu života v malých sociálních skupinách. Tady jde především o respekt k morální hodnotě života člověka, důležité je i uspokojování potřeb, existence sociální opory, sdílených hodnot, atd.
- Osobní (personální) rovina se týká každého z nás jednotlivě, je zaměřena na život jednotlivce, jde o subjektivní hodnocení kvality života. Důležité je také nastavení osobních hodnot jednotlivce, jeho naděje, očekávání, atd.

Kvalitu života Bergsma a Engel in Křivohlavý (2002, s. 164) definují: „*kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experenciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodným srovnáním a motivací (hybnou silou) žít.*“

3.2 Kvalita života osob po cévní mozkové příhodě

Kvalita života je určena rozdílem mezi nároky jedince a skutečností, vyjadřuje míru do jaké léčba a nemoc ovlivňují pacientův život. Mezi nejdůležitější však patří samotný postoj nemocného, především to, jak sám chápe a přijímá svoji situaci.

Fadrná, Školoudík (2017) se zabývali v r. 2016 studií, v níž hodnotili kvalitu života u soběstačných pacientů po cévní mozkové příhodě. Do studie byli zařazeni soběstační pacienti s cévní mozkovou příhodou v anamnéze a dispenzarizovaní (dispenzarizace – aktivní sledování, či dohled nad osobou, která má určitý rizikový faktor) pacienti, kteří v posledním roce neprodělali cévní mozkovou příhodu ani jiné závažné onemocnění. Do studie bylo vybráno 504 pacientů, kteří splnili vstupní a vylučující kritéria. Pro zjištění jak

obecných aspektů kvality života respondentů, tak i specifických aspektů u pacientů po CMP byl pro hodnocení kvality života vybrán jeden obecný dotazník World Health Organization Quality of Life short version (WHOQOL-BREF), mapující celkovou kvalitu života, který obsahuje 26 otázek zaměřených na faktory ovlivňující kvalitu života a jeden specifický dotazník pro pacienty po CMP EuroQol-5D (EQ-5D-3L), který obsahuje pět domén kvality života respondenta – pohyblivost, sebeobsluha, zvládání běžných činností, bolest a deprese. Ženy hodnotily kvalitu života v doméně sociálních vztahů význačně lépe než muži. Naopak muži hodnotili lépe než ženy zvládání běžných denních činností. Pacienti žijící s partnerem hodnotili lépe jak celkovou kvalitu života, tak kvalitu života v doméně fyzické zdraví než pacienti, kteří žili sami. Ve studii bylo prokázáno, že neinvalidizující CMP nezhoršuje významně kvalitu života. Kvalitu života může také ovlivnit tíže i charakter přetrvávajícího deficitu. V dalších studiích hodnotili svou kvalitu života hůř také pacienti se zřakovým deficitem nebo hemiparézou po iktu. Také recidiva iktu zhoršuje kvalitu života. Ve studii Fadrné a Školoudíka měla většina pacientů jen minimální nebo žádný přetrvávající deficit, takže nebylo možno vliv jednotlivých typů neurologického postižení posoudit. Velmi důležitým faktorem je doba od prodělaného iktu. Výsledky studie prokázaly, že u pacientů po CMP, kteří zůstali soběstační a neměli demenci ani depresi, nedošlo k významnému zhoršení kvality života a zdraví. Pro zachování kvality života, je vždy velmi důležité, pacientům po CMP pomoci s jejich co největší soběstačností a tím i nezávislostí na okolí. (Fadrná, Školoudík, 2017)

CMP v roce 2015 postihla celosvětově 15 miliónů lidí, každý šestý pacient na následky CMP umírá, dalších 50% pacientů zůstává po CMP nesoběstačných a jen 10% pacientů přežívá zcela bez následků. Míra úmrtnosti a nesoběstačných pacientů se díky pokroku v léčbě snižuje, přesto šance na úplnou soběstačnost a plnohodnotný život je jen okolo 50%. (ibid)

3.3 Motivace pacienta

Síla vlastní motivace jít dál patří mezi zásadní ukazatele, které mají vliv na celkovou kvalitu života. Lidé jsou odlišní a s problémem jako je nemoc se vyrovnává každý sám. To jak člověk onemocnění prožívá, záleží z velké části na osobnosti a motivaci jedince. Důležitou úlohu v motivaci pacienta hraje také rodina a přátelé i ti mu dodávají sílu a jistotu. Osamělí lidé snášejí onemocnění mnohem hůř, chybí jim motivace, chuť vrátit se zpět do života, hledají důvod a smysl života. Silná motivace

a pevná vůle jsou vždy důležitou součástí, každého jedince bojujícího s nemocí, pro úspěšný návrat do aktivního života.

Šamánková (2011, s. 16) definuje motivaci jako: „*hybnou sílu našeho jednání a konání.*“ Je to jakási schopnost jedince překonávat překážky. Čím větší je motivace, tím větší bývá síla člověka dosáhnout cíle. Dalo by se říci, že motivace je jakási vnitřní hnací síla, vůle něčeho dosáhnout, která nás žene k naplnění našich potřeb, přání, která nás podporuje k činnosti.

Říčan (2010) zase uvádí, že motivace je souhrnné označení pro motivy a definovat je třeba motiv. Slovo motiv pochází z latiny, kde *motus* znamená pohyb. Říčan (2010, s. 96) definuje motiv jako: „*faktor uvádějící do pohybu jakoukoli činnost či proces. Motiv je tedy cokoli, co vede k aktivitě, počínaje potřebou potravy a konče touhou obětavého idealisty zachránit celé lidstvo.*“

Onemocnění znamená vždy negativní zásah do života každého jedince, silná motivace, chuť něčeho dosáhnout, často bývá naší vnitřní hnací silou, která dokáže lidské tělo aktivovat k uspokojení nenaplněných cílů.

3.4 Podpora osob po CMP

Návrat osob po CMP do aktivního a pracovního života může být dlouhý a komplikovaný proces, ale určitě ne nemožný. V současné době může jedinec využívat různé organizace, které mu mohou být nápomocny s návratem do aktivního života. Velice důležitou úlohu má také blízká rodina a přátelé, kteří jedince podporují a zároveň mu jsou silnou motivací. Podpora rodiny a přátel také znamená to, že má v rodině stále své místo, že se má kam vrátit, a není tedy nucen skončit v ústavní péči. Návrat do domácího prostředí, pocit sounáležitosti je pro postižené osoby velmi důležitý. Má významnou roli pro úspěšný návrat do aktivního života a zároveň jim umožňuje si opět najít své místo ve společnosti.

Pro opětovné zapojení jedince po CMP do aktivního samostatného života, nemusí být vždy podmínkou úplný návrat poškozených funkcí. Důležité je maximální využívání

zbylých funkcí a veškerých zdrojů, které povedou k návratu původně vykonávaných aktivit, k jejich možné obměně nebo k nelezení aktivit nových.

Sdružení a neziskové organizace

Organizace nabízející lidem po CMP rady, např. na co všechno má člověk po CMP nárok, kdy a kde si o něj může zažádat, jak správně vyplnit formuláře, dále pak rady v oblasti péče.

Informace jsme čerpali z webových stránek jednotlivých sdružení.

Jsou to například:

CEREBRUM – sdružení osob se získaným poškozením mozku a jejich rodin

<http://www.cerebrum2007.cz/>

Ictus o. p. s – obecně prospěšná společnost pomáhající lidem postiženým mrtvicí při návratu do plnohodnotného života

<http://www.ictus.cz/>

ERGO Aktiv, o. p. s. – organizace, která vznikla jako reakce na nevyhovující situaci v řešení následné péče o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě

<http://www.ergoaktiv.cz/>

Sdružení CMP – sdružení občanů, které vzniklo za účelem zlepšování péče o občany po CMP

<http://www.sduzenicmp.cz/>

4 Proměna života lidí po CMP

Cévní mozková příhoda mívá často dopad v soukromém i v profesním životě. Spousta činností a aktivit se stává minulostí. Často také doprovází osobnostní změny, bývají jimi např. deprese, rezignace, emoční výkyvy jako nečekaný pláč, smích, výbuchy zlosti. Mnoho změn je přechodných, ovšem některé poruchy mohou trvat léta nebo být trvalé. Záleží, jak těžce a která oblast mozku byla poškozena. Pokud člověk chce opět získat ztracené schopnosti nebo alespoň snížit následky cévní mozkové příhody hraje roli v první řadě rychlá zdravotní péče, nejlépe na specializované jednotce, a mimo to, je velmi důležitá připravenost a ochota člověka pracovat sám na sobě, dokázat změnit své návyky. Člověk, který chce opět všechno zvládnout sám, v sobě často objeví skrytý talent, kterým bývá až překvapen při uvědomění si, co všechno jeho tělo dokáže. Nutnost, potřeba, pocit opět něco dokázat, dokáže být někdy pěkně vynalézavá.

Výzkumné šetření zkoumá následky cévních mozkových příhod, které ovlivňují kvalitu života. Poukazují na to, jak moc, je mimo jiné, důležitá vlastní motivace, podpora rodiny a nejbližších přátel.

4.1 Hlavní cíl, dílčí cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je v praktické části zhodnotit, zda je jedinec po prodělané cévní mozkové příhodě schopen vrátit se do běžného života. Dosažení cílů proběhlo formou kvalitativního výzkumu, kde bylo použito polostrukturovaných rozhovorů. Otázky do rozhovoru, v této bakalářské práci, byly připraveny na základě tří okruhů a to: – kvalita života, motivace a změny v životě. Všechny otázky, které budou použity v rozhovorech s participanty, jsou otevřené, a nabízí tedy kompletní odpovědi na výše zmíněné okruhy.

Na základě hlavního cíle v praktické části byly zvoleny cíle dílčí, na které navazují konkrétní výzkumné otázky.

Dílčí cíle:

Cíl 1. : Zjistit, které následky po CMP nejvíce ovlivňují kvalitu života participantů.

Cíl 2. : Zjistit, co bylo motivací, která participantům pomohla vrátit se života.

Cíl 3. : Zjistit, k jakým zásadním změnám u participantů došlo.

Hlavní výzkumná otázka: Je jedinec schopen se po CMP vrátit se do běžného života?

Dílčí výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1., **VO1** : Jaké následky po CMP nejvíce ovlivnily kvalitu života participantů?

Výzkumná otázka 2., **VO2** : Jaká motivace pomohla participantům k návratu do života?

Výzkumná otázka 3., **VO3** : K jakým zásadním změnám u participantů došlo?

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro téma bakalářské práce „*Proměna kvality života u osob po cévní mozkové příhodě*“, byli vybráni dva participanté po prodělané CMP. Jedna žena, ve věku 48 let, doba od vzniku CMP jsou 4 roky a jeden muž ve věku 45 let a od vzniku CMP 5 let. Participanté do výzkumného šetření byli vybráni metodou záměrného výběru. Výběr byl nenáhodný, participanté jsou přátelé autorky bakalářské práce a především díky přátelskému vztahu se byli ochotni účastnit rozhovoru. Kriteria pro záměrný výběr bylo profesní hledisko – návrat do původního zaměstnání. Sama autorka této práce také prodělala cévní mozkovou příhodu, po které jí zůstaly následky.

Rozhovory do výzkumného šetření probíhaly po domluvě s participanty v jejich domácím prostředí, tak aby došlo k co nejmenšímu stresovému zatížení participantů a tím i k co nejvěrohodnějším odpovědím na položené otázky. Volbu času pro rozhovor jsme nechali na participantech.

Se způsobem získávání dat byli participanté seznámeni, k nahrávání rozhovoru byl poskytnut informovaný souhlas a zároveň byli také informováni o možnosti kdykoliv odstoupit. Rozhovory probíhaly přibližně 45 minut a ihned po jejich transkripci byly smazány. Pro zachování anonymity jsou níže uvedena jména fiktivní.

Vzorek je menší a jsme si tedy vědomi, že výsledek nelze zobecnit na větší populaci. Pokud by měl mít výzkum význam i pro širší populaci, bylo by třeba použít větší množství participantů.

4.3 Metoda sběru dat

Pro praktickou část této bakalářské práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumu. Švaříček, Šedřová, (2014) uvádí, že úmyslem výzkumníka, který provádí kvalitativní výzkum, je za použití celé řady postupů a metod reprezentovat to, jak lidé rozumějí a prožívají sociální realitu.

V rámci tohoto výzkumu jsme použili polostrukturované rozhovory, do kterého byly připraveny otázky na základě tří hlavních témat. Hendl (2016) označuje polostrukturovaný rozhovor za střední cestu, která se vyznačuje definovaným účelem, specifickou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor byly vypracovány z vlastní zkušenosti autorky s cévní mozkovou příhodou, kterou sama před časem prodělala. Na základě svého vlastního prožitku dokáže předpokládat, které otázky je třeba položit, aby byla zodpovězena výzkumná část této práce. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, záznamy do záznamových archů nebyly v průběhu rozhovoru prováděny, jelikož by narušovaly atmosféru rozhovorů. Po utřídění získaných dat, byla na závěr provedena sekundární interpretace, která vedla k zodpovězení výzkumných otázek.

Dále byla ve výzkumu použita metoda kazuistika, která se ve výzkumu zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Někdy také bývá nazývána případovou studií. Hendl (2005, s. 104) přirovnává kazuistiku k mikroskopu: „*její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřená.*“ Pro kazuistiky jsme použili lékařské dokumentace, které nám byly poskytnuty k nahlédnutí účastníky rozhovoru, a informace získané v průběhu rozhovoru.

4.4 Vlastní výzkumné šetření

4.4.1 Kazuistika č. 1

Jméno: Jana
Pohlaví: žena
Rok narození: 1968
Diagnóza: I60.1, D50.9, G81.9

12/2014 masivní subarachnoidální krvácení při rpt. aneurysmatu ACM/M1 vpravo s následnou levostrannou hemiparesou s akcentací na LHK do plegie

Rodinná anamnéza: Jana pochází z čtyřčlenné rodiny, otec zemřel v 63 letech na mozkovou příhodu a také prarodiče z matčiny strany byli oba postiženi cévní mozkovou příhodou. Nyní paní Jana žije se svými třemi dcerami a manželem v RD na vesnici.

Sociální anamnéza: učitelka hry na klavír, před CMP ředitelka školy, od září 2017 již opět částečně pracuje. Vdaná, 3 děti – 2 dospělé, bydlí v rodinném domě s jedním patrem na polosamotě, město vzdálené cca 12 km. Rodinné prostředí i vztahy v rodině jsou velice dobré.

Osobní anamnéza: dětské infekční nemoci (plané neštovice v 10 letech), anemie od dětství až do dospělosti, časté krvácení z nosu. Paní Jana byla velmi aktivní žena, o vše se ráda starala sama, v práci trávila spoustu času, vyřizovala většinu administrativy a zařizování, zbylý čas věnovala žákům, z práce se vracela většinou večer, kde se dále věnovala své rodině na 100%. Jana je silně věřící žena a během dne si nacházela chvílky i na modlitby. Z výše uvedeného vyplývá, že jedním z rizikových faktorů pro CMP bylo velké vytížení paní Jany, které sebou neslo i zatížení organismu stresem. Dalším rizikovým faktorem jistě bylo Janino celoživotní kuřáctví, které ukončila až prodělaná CMP.

Nemoc a její průběh

Paní Jana byla postižena v prosinci 2014 náhlou CMP na podkladě subarachnoidálního krvácení. Cévní mozková příhoda ji postihla v práci, při menším stresovém vypětí na poradě, kde pocítila silnou, palčivou bolest hlavy, která neustupovala, a brnění a slabost

v levé dolní končetině. Okamžitě ji byla přivolána rychlá záchranná služba a paní Jana byla převezena na neurochirurgickou ambulanci v Novém Jičíně, po CT vyšetření byla ihned převezena do městské nemocnice v Ostravě, kde musela podstoupit těžkou operaci. Operace trvala 5 hodin a následně byla tři dny udržována v umělém spánku.

V nemocnici strávila paní Jana necelé tři měsíce, z toho jeden měsíc na jednotce intenzivní péče. Asi po 6 týdnech byl na přání rodiny domluven překlad na neurochirurgickou kliniku FN v Ostravě. Po tříměsíčním pobytu ve fakultní nemocnici navazovala šestiměsíční rehabilitace v RÚ Hrabyně. V současnosti paní Jana pravidelně rehabilituje, 1x do roka využívá možnost komplexní lázeňské péče a již 2x podstoupila klim terapeutii se zlepšením.

Nynější onemocnění

Paní Jana je po masívním subarachnoidálním krvácení 12/2014, přetrvává klinicky těžká levostranná spastická hemiparesa, pravidelně dochází na aplikace botulotoxinu s efektem. V současnosti opakovaně rehabilituje ústavně i ambulantně, s částečným zlepšením vertikalizace a lokomoce, stále přetrvává spasticita LHK a LDK. Zlepšení hybnosti v 11/2017, schopna chůze na kratší vzdálenosti se čtyřbodovou vycházkovou holí, užívá peroneální ortézu, schopna pomocí zábradlí a vycházkové hole chůze po schodech, jinak mobilní na invalidním vozíku, ADL (Activities of Daily Living) s dopomocí. Levá horní končetina je zatím bez zlepšení – používá dynamickou dlahu na předloktí i loket.

4.4.2 Kazuistika č. 2

Jméno: Radek

Pohlaví: muž

Rok narození: 1973

Diagnóza: I639 mozkový infarkt NS 9/2013

Rodinná anamnéza: pochází z čtyřčlenné rodiny, rodiče ani prarodiče cévní mozkovou příhodu nikdy neprodělali. Momentálně žije pan Radek se svojí ženou a dcerou v rodinném domě, v okrajové části města.

Sociální anamnéza: dříve pracoval jako celník v terénu, od roku 2016 opět pracuje jako celník v kanceláři na plný úvazek. Ženatý, 1 dcera 9 let, bydlí v rodinném domě s jedním patrem v okrajové části města. Vztahy v rodině jsou velice dobré.

Osobní anamnéza: prodělal běžné dětské choroby. Pan Radek byl a je velký milovník všech druhů sportů, v životě nekouřil, alkohol požíval v malém množství a to pouze příležitostně. Za rizikový faktor by se mohlo u pana Radka považovat snad jen jeho vysoké nasazení při sportovních aktivitách.

Nemoc a její průběh

13. září 2013, kdy bylo respondentovi 40 let, prodělal náhlou cévní mozkovou příhodou. Pan Radek uvádí, že 14 dnů před CMP měl menší nehodu v lanovém centru, kde došlo k prudkému pohybu hlavy, lékaře ale tehdy nenavštívil, nepovažovat to za nutné. 14 dnů po nehodě v lanovém centru uklízel s ženou zahradní nábytek a hned poté si jeho žena všimla povislého koutku úst, pan Radek částečně přestával cítit pravou horní končetinu a začal mít problémy s chůzí. Manželka ihned vyhodnotila vážnost situace a přivolala záchrannou službu. Panu Radkovi byla poskytnuta okamžitá lékařská pomoc a hned byl převezen do iktového centra v Olomouci, celou cestu byl pan Radek při vědomí a s lékaři komunikoval.

V nemocnici pan Radek strávil čtyři měsíce, kdy z toho byl deset dnů na jednotce intenzivní péče, poté byl přeložen na lůžkovou rehabilitaci. Následně navazoval pobyt v rehabilitačním ústavu Hrabyně, kde pan Radek strávil další čtyři měsíce. Z počátku chodil o vycházkové holi, potom zkusil, zda zvládne jízdu na koloběžce a to byl jeho první, malý návrat ke sportu, kterým před CMP vyplňoval svůj veškerý volný čas.

Po třech letech soustavné rehabilitace se opět vrátil na svoje pracovní místo, i nyní v intenzivní rehabilitaci pokračuje, stále navštěvuje lázeňské a rehabilitační ústavy, chodí do fitness centra, jezdí na kole, výborně lyžuje a i přes svůj handicap - má stále ochrnutou pravou polovinu těla - se snaží žít běžný život. Je zaměstnán na plný úvazek na celním úřadu, kde vykonává veškerou administrativní činnost. Nárok na invalidní důchod nikdy nepřijal a všechny výhody z něj vyplývající odmítnul.

Pan Radek byl a stále je velice aktivní člověk. Miloval různé druhy sportů. K většině z nich se dokázal vrátit, i když po prodělané CMP, stále má určité fyzické omezení.

Nynější onemocnění: Po mozkovém infarktu (9/2013), přetrvává spastická pravostranná hemiparesa. Pravidelně je mu aplikován botulotoxin, po aplikaci následuje vždy intenzivní rehabilitace s efektem.

4.4.3 Získaná data

V této části práce jsme se zaměřili na analýzu získaných dat metodou otevřeného kódování výpovědí. Strauss (1999, s. 43) popisuje otevřené kódování jako: „...část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údajů reprezentovaných.“

Participant č. 1, **P1:** paní Jana, 48 let, od CMP 4 roky.

Participant č. 2, **P2:** pan Radek, 45 let, od CMP 5let.

K VO1: „Jaké následky po CMP nejvíce ovlivnily kvalitu života participantů?“

Z analýzy záznamů rozhovorů bylo zjištěno, že k této výzkumné otázce se vztahují odpovědi č. 1, 2, 4, 8 a 16.

1. V čem Vás postižení následky CMP nejvíce omezilo?

P1: Největší následky CMP paní Jana shledává v oblasti hybnosti levé ruky, sama k tomu uvádí, že důvodem je, že: „Jsem pianistka, to je jediné, co umím.“ Také neschopnost řídit automobil považuje za svou velikou ztrátu. Dříve byla hodně aktivní a možnost řídit automobil ji dával pocit nezávislosti.

P2: Pan Radek za svoji největší ztrátu považuje omezení hybnosti, které mu nedovoluje se dále věnovat všem sportům, nedovoluje mu být aktivnější. „Hrát tenis, věnovat se

sportu, vykonávat věci, které pro mě dřív byly samozřejmostí. ..., teď mi to omezení nedovolí. “

2. Která oblast života (rodinný, profesní, koníčky) je následkem CMP nejvíce ovlivněna?

P1: Nejvíce byl po CMP u paní Jany zasažen rodinný a profesní život. „...nejvíce mě trápí ta oblast rodiny a práce. Práce byla zároveň i mým koníčkem. “

P2: Pan Radek se stále nemůže smířit s tím, že už není tak aktivní, že se všemu nemůže věnovat jako dříve. Sám udává: „...ovlivnila moji profesi a koníčky, ...rodina je v pohodě, pořád mám skvělou rodinu. “

4. Ovlivnilo získané postižení Vaše vztahy (s rodinou, s přáteli)? Jestli ano, jak?

P1: Paní Jana udává: „...z manžela se stal můj nejlepší přítel. “ Zároveň, se smutným výrazem dodává, že ne všichni přátelé dokázali její postižení přijmout.

P2: Z rozhovoru vyplývá, že vztahy v rodině a s přáteli byly velice dobré, pevné již dříve. Sám k tomu pouze dodává: „V rodině se vztahy utvrdily, kamarádi mi hodně pomáhají. “

8. Je možné některé deficity vlastního těla využívat jako plusy?

P1: Z rozhovoru plyne, že paní Jana se stále snaží a hledá způsob, jak vlastní deficity využít tak, aby ji usnadnily aktivity každodenního života. Sama k tomu dodává: „...druhé nenutím, aby mi pomáhali, jen tak si můžu poradit sama. “

P2: „Na kole, když se ruka chytí řídítka, tak v ní mám takovou výhodu, že ta ruka drží a můžou být kopce, nemusí a ta ruka se pořád drží, pokud bych upadnul, tak se pustí. Já jsem to ale nezkoušel, radši nepadám. “ Pan Radek je velmi aktivní, své pohybové deficity se snaží využívat. Vždy to ale nejde. K tomu aby mohl být i nadále fyzicky aktivní, však často musí svůj pohybový deficit kompenzovat.

16. Máte plány, plánujete budoucnost (práce, zdravotní stav, více/méně rehabilitace), nebo žijete teď a tady a věci řešíte v okamžiku, kdy přijdou?

P1: Paní Jana budoucnost neplánuje, plánuje ji nanejvýš na týden dopředu a to s ohledem na rodinu, na svůj stav se dívá reálně. Ví, že některá postižení mohou být již nevratná. Uvědomuje si, jak rychle se může život změnit. „*Snažím se žít přítomným okamžikem. ...překonávat, dosud nepřekonané.*“

P2: „*Třeba rehabilitace jsou naplánovány a jinak to řešíme, jak to přijde.*“

K VO2: „Jaká motivace pomohla participantům k návratu do života?“

Z analýzy záznamů rozhovorů bylo zjištěno že, se k této výzkumné otázce vztahují odpovědi v otázkách č. 6, 7, 10, 11, 15.

5. Uvědomujete si ten moment, kdy jste se rozhodla to nevzdát?

P1: Paní Jana je silně věřící žena. Sama říká: „*Stalo se to právě v konfrontaci s Bohem, s vírou.*“ Považuje nemoc za Boží plán, který ji má ukázat jakým směrem jít, na co se má více zaměřit. „*Nezlobím se za to, ...cítím vděčnost.*“

P2: Pan Radek bez váhání odpovídá, že to bylo hned. „*...u mě to bylo hned, hned jsem se chtěl vrátit...*“

6. Co bylo tím hnacím motorem?

P1: Na otázku paní Jana odpovídá bez přemýšlení: „*Manžel a děti...*“ Po chvíli také dodává, že motivací jí je i přítelkyně, která po prodělané CMP, udělala veliký pokrok. Hnacím motorem byla, pro paní Janu, zcela určitě i touha vrátit se ke své profesi, ke svým žákům.

P2: Pro pana Radka byla hnacím motorem jeho žena a dcera. Chtěl by dceru všechno sám naučit „*Hnacím motorem je pro mne stále dcera. Štve mě, že ji nebudu moct učit na kole,...*“ Veliký význam má pro pana Radka i jeho profese. Vedení mu tehdy nabídlo novou pracovní pozici, a pan Radek věděl, že se vrátit musí.

10. Kdy přišlo to rozhodnutí vrátit se do práce, to odhodlání, ta chuť, že tam musíte? Dodává ti práce sílu?

P1: Z rozhovoru vyplývá, že rozhodnutí vrátit se do zaměstnání, přišlo v okamžiku, když se paní Jana zvládla pohybovat po pracovišti bez invalidního vozíku. „...*do práce jsem nemusela, ale chtěla jsem. Cítím velké uspokojení, když mi žáci vystoupí na koncertě, ...baví mě hledat nové cesty, metody a formy v práci, ...chci motivovat učitele a vytvářet nové věci užitečné pro děti...*“ Na závěr také dodává, že by byla ráda, kdyby mohla zúročit své dlouholeté zkušenosti ve školství.

P2: Pan Radek si nepřipouštěl možnost, že by se do práce nevrátil, práce byla a je pro něj velmi důležitá. „*Já jsem se nerozhodoval, já jsem makal na tom, abych se vrátil, co nejdříve.*“

9. Jak jste se vypořádala s reakcemi lidí z okolí (jejich pohledy, přístup)?

P1: Negativním reakcím lidí se snaží paní Jana nejdříve porozumět, je zklamaná lidskou lhostejností a nevšímavostí. V rozhovoru uvádí: „*Dosud jsem se zcela nevypořádala s falešným soucitem. Musím ho nejprve pochopit,...*“

P2: Pan Radek je silná osobnost, to že intaktní lidé mohou vnímat jeho postižení různě, si nepřipouští. „*Pohledy cizích lidí jsem nevnímal. Lidé v mém okolí spíše reagovali tak, že se mě ptali, jak je možné, že se to stalo právě mně.*“

15. Chápete své postižení jako výzvu?

P1: Své postižení paní Jana chápe jako výzvu ke spolupráci s Bohem. „*Nikdy jsem se nehněvala a nestěžovala na to, co se mi přihodilo. Šlo mi o život, Bůh mi ho zachoval... Nejde ani tak o to zlepšit svůj stav, ..., jako o to mít radost ze života ...*“

P2: „*Nakládám si všeho jako zdravý člověk a až pak řeším, jestli to zvládnu.*“

K VO3: K jakým zásadním změnám u participantů došlo?

Z analýzy záznamů rozhovorů bylo zjištěno že, k této výzkumné otázce se vztahují odpovědi v otázkách č. 3, 9, 13, 14.

3. Přinesla Vám zkušenost prodělané CMP i něco pozitivního? Pokud ano, co?

P1: Za pozitivní zkušenost prodělané CMP považuje větší pochopení s postiženými lidmi. „*Dokážu více soucítit, mít soucit s druhým člověkem.*“

P2: U téhle otázky, oproti jiným, pan Radek chvíli přemýšlel. Poté odpověděl: „*Pozitivního nevím, spíš ne.*“

11. Ovlivnila CMP Vaši profesi? V čem?

P1: „*Výrazně. Nemohu zastávat funkci ředitelky školy. ...ale na práci dětí to vliv nemá, ..*“ Podle paní Jany působí postižený člověk ve vedoucí funkci nedůvěryhodně. Vždy také před výukou žáka, paní Jana o svém handicapu informuje rodiče a výuka probíhá pouze se souhlasem rodičů. Změnila se hlavně náplň její práce.

P2: V pracovní pozici u pana Radka došlo ke změnám, přešel od aktivní práce v terénu k méně fyzicky náročné práci v kanceláři. S mírnou lítostí k tomu pouze dodává: „*... už nemůžu pracovat v terénu, jsem v kanceláři*“. Práce v kanceláři ho však také naplňuje, poznává práci celní správy i z jiné stránky.

13. Na které věci v životě se Váš pohled změnil?

P1: Paní Jana se v životě více těší z maličkostí, přestala dělat zásadní rozhodnutí a uvědomila si, že peníze v životě nejsou až tak důležité. „*Více přemýšlím o druhých, ..snažím se a dokážu jim více porozumět.*“

P2: „*...mám větší pochopení s handicapovanými lidmi, ale to jsem měl i před tím.*“

14. Zůstaly Vaše hodnoty stejné? Změnily se?

P1: *Jsem věřící a snažím se žít z víry. Ta dává možnost vidět věci úplně jinak, z pohledu věčnosti. Chápu to jako Boží řízení. Nic v mém životě se neděje náhodou, v žádném případě moje CMP není Boží trest. Tak to chápu, .. Je to úplně jiný pohled.*“

P2: „*Ano, moje hodnoty zůstaly stejné.*“

4.5 Závěry výzkumného šetření

Na začátku výzkumného šetření byl stanoven hlavní cíl bakalářské práce, kterým jsme měli zhodnotit, zda jedinec po prodělané CMP je schopen vrátit se do běžného života. Pro naplnění hlavního cíle jsme postupně dospěly odpověďmi na vytyčené otázky.

K tomuto šetření byli vybráni dva participanti, a to žena ve věku 48 let a muž ve věku 45 let. Participantku postihla cévní mozková příhoda před čtyřmi roky a participanta před pěti lety. V popředí klinického obrazu dominovala u obou osob těžká spastická hemiparesa s následným funkčním deficitem v oblasti všedních denních aktivit. Postupem času se však situace díky jejich silné vůli a nemalé motivační složce upravila a oba se vrátili ke své práci, která se pro ně stala také silným stimulem.

Dílčí cíl 1.: Zjistit, které následky po CMP nejvíce ovlivňují kvalitu života a jak.

Určit, které následky nejvíce ovlivňují kvalitu života participantů je velmi obtížné. Oba dva vnímají svou situaci z určitého úhlu, který se v některých bodech střetává a v jiných zase rozchází. Paní Jana považuje za svou velkou ztrátu, ovlivňující její kvalitu života momentální neschopnost řídit automobil. Tato aktivita jí dávala pocit samostatnosti a nezávislosti. Dříve žila velmi aktivním životem. Byla zvyklá si vše sama zařídit či obstarat. V současné době potřebuje často pomoc a podporu jiných fyzických osob (nákupy, vaření, péče o domácnost, návštěva lékaře). Využívá, ale v rámci možností, různé služby, které jí každodenní činnosti ulehčují a opět dávají pocit soběstačnosti. Za největší ztrátu, výrazně zasahující do jejího profesního života, považuje neschopnost provádět jemné pohyby levou rukou, neboť je pianistkou a pracovala v hudební škole. Denně se věnovala individuální výuce na piano, či psala dětské muzikály. Její profese se stala i jejím koníčkem. Do školy se po prodělané CMP vrátila, ale věnuje se již převážně koncepční činnosti. Pár hodin týdně stále vyučuje hru na piano. Sníženou schopnost hrát, nebere jako prohru, i když ji to trápí. Vnímá ji jako výzvu k hledání nových možností ve své profesi.

Pan Radek se po prodělané CMP k řízení automobilu vrátil. Za velikou ztrátu však pan Radek na rozdíl od paní Jany považuje omezení hybnosti a tím i částečnou neschopnost vykonávat sporty, které pro něj dříve byly jistou samozřejmostí a nezbytností. Svého

koníčku se však také nevzdal. Svůj pohybový deficit vhodně kompenzuje a snaží se být stále fyzicky aktivní. Možnost být fyzicky aktivní se v jeho pojetí ztotožňuje s kvalitním způsobem života.

Pan Radek ani paní Jana nevnímají své postižení jako negativní změnu způsobu jejich života. Paní Jana nejvíce vnímá limit v péči o domácnost, pan Radek zase u svých sportovních aktivit. Naučili se, a stále se učí, vhodně své nedostatky kompenzovat, využívat možnost služeb a současnou kvalitu života považují pouze za odlišnou od té předešlé nikoli za špatnou, jak se většině intaktním jedinců může zdát.

Dílčí cíl 2.: Zjistit, co bylo tou motivací, která participantům pomohla vrátit se do života.

Pro paní Janu byla velkou motivací její rodina, manžel, děti, její žáci ve škole, představa znovu se k nim vrátit a učit, ji velmi povzbuzovala. Jistou roli zde sehrála i její víra, která pro ni byla, je a bude zdrojem vnitřní životní síly. Svoje onemocnění vnímá jako Boží plán. Bůh v ní má důvěru a CMP má být příležitostí k jejímu růstu. Ve všem se snaží najít něco pozitivního a to jí dodává velikou sílu a chuť jít dál.

Pan Radek měl velkou motivaci ve své ženě a dceři. Chtěl svou dceru všechno sám naučit, nepřipouštěl si, že by to tak nemohlo být. Věděl, že to musí zvládnout. Oporou mu samozřejmě byla také jeho rodina, jeho kamarádi, kteří mu pomáhali v návratu ke sportu. To vše mu dodávalo sílu v náročné a dlouhé rehabilitaci. Velikou motivací, byla pro něj možnost, vrátit se do zaměstnání. Zaměstnavatel držel Radkovi, celé tři roky, místo. Díky podpoře zaměstnavatele měl Radek velkou stimulaci na sobě i v této oblasti pracovat.

Dalo by se říci, že k nejdůležitější motivačním faktorům patří zcela jistě podpora rodiny a přátel. Vědomí toho, že se máte o koho opřít, že se máte kam vrátit. Za velmi podstatné shledáváme také možný návrat do zaměstnání, pocit jedinečnosti, pocit, že je člověk, i přes svá omezení, nenahraditelný, důležitý.

Dílčí cíl 3.: K jakým zásadním změnám u participantů došlo?

K zásadním změnám paní Jana řadí změnu ve své profesi, a to konkrétně v náplni práce. Již netráví hodiny u piana, ale pracuje na koncepci školy. V zaměstnání tedy netráví tolik času jako dříve. Nyní se věnuje zejména rodině a svým dětem. Ke změně došlo i v její domácnosti. Dříve byla zvyklá se o vše starat sama, aby tomu bylo tak i nadále, začala využívat služeb, které ji práci v domácnosti usnadňují. Změnila také pohled na podobně postižené lidi, snaží se o druhých více přemýšlet, začala žít přítomným okamžikem a více se těší z každodenních radostí i maličkostí.

Pan Radek, uvádí stejně jako paní Jana, považuje za podstatnou změnu ve své profesi. Přešel od aktivní práce v terénu k méně fyzicky náročné činnosti v kanceláři. Dále zmiňuje, že postrádá svou předešlou výkonnost a fyzickou kondici v některých sportovních disciplínách. Nevzdává se, ale místo toho neustále hledá možnosti vhodné kompenzace. Z rozhovoru také vyplývá důraz na větší pochopení osob s handicapem.

Z výše uvedeného textu plyne, že přeměna jejich profesního života představuje pro oba participanty zásadní změnu. Omezení vyplývající z jejich nynějšího stavu, nepovažují však za limitující. Ve své profesi setrvali i nadále, jen obměnili náplň práce. Ke shodě dochází také nejen ve větším porozumění stejně či jinak postižených osob, ale také ve snížené mobilitě s následným omezením v rodinném a osobním životě. Ve svém nynějším stavu se snaží nespátrovat pouze negativa, ale pokouší se najít pozitiva motivující k překonání nebo kompenzování omezení a právě v tomto aspektu vidíme přínos práce.

Hlavní cíl: Je jedinec po prodělané CMP schopen vrátit se do běžného života?

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je jedinec po CMP schopen vrátit se do běžného života. Toho se podařilo dosáhnout postupným odpovídáním výzkumných otázek. Na počátku musíme konstatovat, že zmíněná fakta v obou případech dokazují možnost návratu do běžného života s jistými limity, které však lze vhodnou motivací a adekvátní mírou podpory ze strany nejbližšího okolí velmi dobře kompenzovat. Paní Janu i pana Radka postihla CMP zcela nečekaně, bez varování. Ani na chvíli nesměřovaly jejich myšlenky k ukončení jejich dosavadního způsobu života. Během několika málo let, se

dokázali vrátit ke své profesi, svým koníčkům a čelit i starostem každodenního života. Paní Jana ve většině situací vidí výzvy. Baví ji hledat nové cesty, ať už v zaměstnání nebo v osobním životě. Pan Radek si zase nerad připouští některá svá omezení. Oba se snaží vždy najít způsob, který by korespondoval s jejich postižením a vedl k překonání jistých překážek. V průběhu výzkumu se tedy potvrdilo, že případná omezení lze postupem času vnímat, jako příznivou situaci, stimulující ke změně úhlu pohledu a to nejen na samotné postižení.

4.6 Závěr praktické části

Hlavním cílem výše uvedeného výzkumného šetření bylo zjistit, zda je jedinec po prodělané cévní mozkové příhodě schopen se vrátit k běžnému životu, k tomuto účelu byly vypracovány dvě kazuistiky muže a ženy a použita data z polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky výzkumného šetření se týkají pouze těchto dvou případů. Druhy a rozsah cévních mozkových příhod jsou tak rozmanité, že vždy záleží na osobních dispozicích daného člověka, jeho kondici a adekvátní míře pomoci a podpory ze strany nejbližšího okolí. Obsah této práce lze tedy vztahovat pouze k těmto dvěma případům.

Cílem práce bylo, mimo jiné, poukázat na důležitost motivace během onemocnění, ukázat, že i člověk s následky může i nadále žít kvalitní, plnohodnotný život. Považujeme za nezbytné dodat, že velkou roli zde sehrává také věk daného jedince, jeho zdravotní stav a postoj k životu v období vzniku postižení. Většina prací je soustředěná na deficity, které zůstávají po cévní mozkové příhodě v oblastech všedních denních aktivit a ukazují, jak dalece došlo k negativnímu progresu kvality života. Přínos práce spatřujeme v tom, že dokazuje, že i přes veškerá rezidua se život vhodnou motivací a kompenzací ztracených funkcí příliš nezmění. Vždy však záleží na druhu a rozsahu postižení, od kterého se následně rozvíjí i možnosti člověka. Současný trh nabídky služeb je v tomto směru již více příznivý než v předešlých letech, a napomáhá tedy výrazně k tomu, aby člověk mohl žít kvalitním životem. Také společnost v dnešní době chápe člověka s postižením jinak, než před léty. Dnes je citelnější snaha, chápat postižení jako diverzitu, která může být i obohacením a ne jen problémem. Důležitá se tedy jeví i podpora zaměstnavatelů ve vztahu k postiženým občanům v rámci jejich integrace do plnohodnotného společenského života.

V bakalářské práci neuvádíme srovnání se staršími výzkumy, vzhledem ke specifčnosti úhlu pohledu na kvalitu života po tomto prodělaném onemocnění.

ZÁVĚR

Bakalářská práce *Proměna kvality života u lidí po CMP* je zaměřena na problematiku lidí po CMP. Poukazuje na důležitost podpory rodiny, na sílu víry v sebe samotného, na důležitost motivace. V odborné literatuře nalezneme, že po CMP někdy bývají zasažena centra mozku, která jedinci nedovolí v sobě silnou vůli a motivaci nalézt. Mlčoch (2013) uvádí, že různě závažná formu CMP postihuje ročně až 40.000 lidí v České republice. Z prostudovaných statistik vyplývá, že třetina osob umírá hlavně z důvodu pozdního příchodu do nemocnice, u 15% je diagnostikována porucha řeči a u 22% dochází k porušení pohybového stereotypu chůze. Čtyřicet pět procent pacientů je v různém stupni ochrnu na polovinu těla a čtvrtina až polovina, z celkového počtu zasažených osob, je doživotně závislá na cizí pomoci.

Cílem teoretické části bylo definovat závažné onemocnění jako je cévní mozková příhoda, srozumitelně i pro laickou veřejnost. Popisujeme zde varovné signály, které jsou nejčastější příčinou nemoci a invalidity. Dále se zde zaměřujeme na nejčastější lokalizaci jednotlivých druhů CMP, poukazujeme na důležitost včasné zahájené léčby a rehabilitace. Zmiňujeme zde také důležitost motivace.

Cílem praktické části v bakalářské práci bylo seznámit se s životem dvou osob po cévní mozkové příhodě, kterým se podařilo vrátit se zpět do běžného života. Zjistit k jaké změně u nich došlo, co bylo tou hnací silou, která jim pomáhala překonávat těžká období, spojená s tímto onemocněním. Na základě polostrukturovaných rozhovorů a dvou kazuistik byla s paní Janou a panem Radkem zpracována data, která nám odpověděla na výzkumné otázky. Ukázali nám, že pokud člověk má vhodnou motivaci, dobré zázemí a podporu nejbližších, tak zvládne překonat i veškerá úskalí a nástrahy tak těžké nemoci, jako je CMP. Oba participanti nám dokázali, že i po prodělané cévní mozkové příhodě lze žít běžný život, nebo alespoň velmi podobný tomu před vznikem onemocnění. Některé věci teď sice stojí Janu a Radka neporovnatelně větší úsilí než předtím, rozhodně to ale pro ně neznamená konec plnohodnotného života. I přes své postižení, se dokázali vrátit do běžného života, do svého zaměstnání, pan Radek dokonce i k většině sportů. Dělají i na dále to, co je baví, to co bylo a stále je jejich smyslem života. I když jsou to zcela rozdílní lidé, pojí je silná motivace a vůle. Tu v sobě člověk často objeví, až když si sám sáhne na

dno. Svůj život žijí i dále naplno. Možná je teď trochu odlišný, ale určitě ne méně kvalitní, jako ten dřív.

Touto prací bychom rádi inspirovali i ostatní jedince, kteří se potýkají s následky cévní mozkové příhody a paní Janě a panu Radkovi popřáli spoustu dalších pokroků v rehabilitaci.

„Nemožné je jen silné slovo.

Nemožné není fakt. Je to postoj.

Nemožné není tvrzení. Je to výzva.

Nemožné je nevyužitá síla.

Nemožné je dočasný stav.

Nemožné neexistuje.“

(Muhammad Ali)

Seznam literatury a použitých zdrojů

- AMLER, Z. Základy neurologie. Praha: Galén, 2011. 341 s. ISBN 97-88072-62707-3.
- BOHÁČEK, P., POLCAROVÁ, D. (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody. Sestra, Praha: 2007. roč. 17, č. 4, 41-42 s. ISSN 1210-0404.
- CAKIRPALOGLU, P. Úvod do psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing a. s., 2012. 287 s. ISBN 97-88024-74033-1.
- DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum, 2002. 376 s. ISBN 80-246-0139-7.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. Ošetrovatel'stvo – teória. Martin: Osveta, 2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6.
- HORÁČEK, O. Rehabilitace u cévní mozkové příhody. Sanquis, WALD Press s. r. o., 2006. č. 47. ISSN 1212-6535.
- HENDL, J. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- JANDOVÁ, D. Třídemnzionální cvičení. Sanquis, WALD Press s. r. o. 2010. č. 74, ISSN 1212-6535.
- KALVACH, P. a kol. Mozkové ischemie a hemoragie. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 366 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
- KOVÁŘ, J. Bakalářská práce. Využití Mirror terapie u pacientů po cévní mozkové příhodě. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 2014.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing a. s. , 2002. 198 s. ISBN 97-88024-70179-0.
- LINKOVÁ, M., KIMÁKOVÁ, T., RÁČZ, O. Kvalita života chronicky chorého člověka. Bedeker zdravia. 2010, roč. 6, č. 3, s. 72-74. ISSN 1337-2734.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická a ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. a kol. Neurologie. Praha : Galén, 2002. 345 s. ISBN 80-7262-160-2.
- ORSÁGH, J., KÁŠ, S. Cévní mozkové příhody. Praha : Brána, 1995. 144 s. ISBN 80- 901783-8-3.
- ŘASOVÁ, K. Fyzioterapie u neurologicky nemocných. Praha: CEROS, 2007. 135 s. ISBN 978-80-239-9300-4.

- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*, 10 aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2011. 520 s. ISBN 978-80-7345-262-9.

Elektronické zdroje

- *Cévní mozková příhoda – iktus* [online]. *Iкта.cz*, [cit. 21. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/index.php?pg=home--cevní-mozkova-prihoda-iktus>
- *Cévní mozková příhoda (CMP) – statistiky v ČR a prevence* [online]. *Zbynekmlcoch.cz*, [cit. 2. 5. 2018]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/poradna/medicina-pravo/cevní-mozkova-prihoda-cmp-statistiky-cr-a-prevence>
- *C. I. M. Therapy* [online]. *Arcada-center.com*, [cit. 27. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.arcada-center.com/citherapyx.html>
- *Co je mozková příhoda mrtvice* [online]. *Cmp – brno.cz*, [cit. 21. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.cmp-brno.cz/Co-je-mozkova-prihoda-mrtvice.html>
- *Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění* [online]. *Neurologiepraxi.cz*, [cit. 29. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.neurologiepraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/05.pdf>
- *Kvalita života a vidění* [online]. *4oci.cz*, [cit. 4. 2. 2018]. Dostupné z: http://www.4oci.cz/kvalita-zivota-a-videni_4c127
- *Kvalita života u soběstačných pacientů po cévní mozkové příhodě* [online]. *csnn.eu*, [cit. 23. 5. 2018]. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/kvalita-zivota-u-sobestacnych-pacientu-po-cevní-mozkove-prihode-60743?confirm_rules=1
- *Mrtvice – příznaky, léčba, rizikové faktory a prevence* [online]. *zbynekmlcoch.cz*, [cit. 21. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/mrtvice-priznaky-lecba-rizikove-faktory-a-prevence>
- *Neglect syndrom* [online]. *Wikiskripta.eu*, [cit. 21. 11. 2016]. Dostupné z:

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Neglect_syndrom

- *Neuropsychologické následky cévní mozkové příhody* [online]. *Zdraví.euro.cz*, [cit. 21. 11. 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/neuro-psychologicke-nasledky-cevni-mozkove-prihody-301153>
- *Život po mrtvici* [online]. *Casjemozek.cz*, [cit. 9. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.casjemozek.cz/zivot-po-mrtvici>

Seznam použitých obrázků a tabulek

Obrázek č. 1: Cévní sraženina ucpala cévu a způsobila ischemii.....	9
Obrázek č. 2: Vlevo krvácení do mozku, vpravo mozkový infarkt v důsledku přerušení krevního zásobení.....	10
Obrázek č. 3: Funkce hemisfér.....	21
Tabulka č. 1: Klasifikace hodnot krevního tlaku.....	12

Seznam použitých zkratk

ADL	activities of daily living
CMP	cévní mozková příhoda
CT	computed tomography
DSA	digitální subtrakční angiografie
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiogram
EQ-5D-3L	EuroQol-5D
FN	fakultní nemocnice
LHK	levá horní končetina
LDK	levá dolní končetina
MR	magnetická rezonance
P	participant
RD	rodinný dům
RÚ	rehabilitační ústav
SPECT	single photon emission computed tomography
VO	výzkumná otázka
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life short version

Seznam příloh

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor k bakalářské práci

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Otázky na paní Janu:

1. V čem Vás postižení následky cévní mozkové příhody nejvíce omezilo?

„Já jsem byla velmi aktivní člověk, měla jsem k dispozici auto, které určovalo, kde smím a kde se nedostanu. Za můj velký handicap, kromě omezené samostatnosti, je pro mě ztráta hybnosti prstů na levé ruce. Jsem pianistka, je to jediné, co umím. Už nikdy si ne zahraji obouručně.“

2. Která oblast života (rodinný, profesní, koníčky) je následky CMP nejvíce ovlivněna?

„Myslím, že všechny, nejvíce mě trápí ta oblast rodiny a práce. Práce byla zároveň i mým koníčkem. Nyní, po CMP si do důsledku uvědomuji svou roli matky a manželky. A sebereflexí docházím k tomu, jak jsem ji svým životem před CMP žila a naplňovala. Taková sonda do života a svědomí člověka není špatná. Někdy vyléčí z naivity a iluze až taková životní zkušenost. Člověk není schopen vidět tyto věci sám od sebe, dokud mu to neřeknou druzí nebo nevstoupí do života nemoc, tragédie apod.“

3. Přinesla Vám zkušenost prodělané CMP i něco pozitivního? Pokud ano, co?

„Setkání s podobně nebo stejně postiženými lidmi - mohla jsem poznat, jak s tím bojují také druzí lidé. Také zkušenost bezmoci a odkázání na pomoc druhého člověka je pro mě cenná. Dokážu více soucítit, mít soucit s druhým člověkem. Tím, že si dokážu představit utrpení na vlastním těle. Zpočátku se to projevovalo přílišnou přecitlivostí a lítostivostí.“

4. Ovlivnilo získané postižení Vaše vztahy (s rodinou, s přáteli)? Jestli ano, jak?

„Ty dobré vztahy se ještě více utužily, z manžela se stal můj nejlepší přítel. Naše manželství teď žije jinou úroveň vztahu, víc duchovní. Nejbližší přátelství prošla a prochází zkouškou. Někteří nedokázali mé postižení přijmout. Velmi mě zraňovalo, jak se někdo snažil mě "vylepšovat" a opravovat, abych tzv. vypadala lépe. Kondice se zlepšuje velmi pomalu. Trpělivost je lékem. Mám radost, když mě lidé i za nepatrný pokrok pochválí, všimnou si ho.“

5. Změnily se Vaše koníčky? ANO – Jaké máte záliby nyní?

NE – Je to vůbec možné?

„Mým koníčkem byla hudba - hra na klavír. Skládala jsem - písně pro děti, psala scénáře

a hudbu k dětským muzikálům. Je to pro mě velká ztráta. Levá ruka mi v tom výrazně chybí.

V současné době si víc užívám věcí, činností, na které nezbyval čas. Teď se věnuji převážně koncepční práci, hodně času strávím s rodinou. Zahrádka na terase domu - je malá, ale tak, abych ji dokázala denně obhospodařovat a starat se o ni. Ráda čtu, ráda se dívám na filmy. Člověk i přes svou omezenost stále hledá, čím by si udělal radost. Jsou to pro mě i výzvy - např. zkus to udělat i jen s jednou rukou, i když je to nepohodlné a obtížné.“

6. Uvědomujete si ten moment, kdy jste se rozhodla to nevzdát?

Stalo se to právě v konfrontaci s Bohem, s vírou.

7. Co bylo tím hnacím motorem?

Manžel a děti - jsme věřící rodina. Přítelkyně Marcela, na které jsem viděla, že udělala velký pokrok a naučila se chodit.

8. Je možné některé deficity vlastního těla využívat jako plusy?

„Hlídám se, abych nezneužívala své nemohoucnosti, druhé nenutím, aby mi pomáhali, jen tak si můžu poradit sama.“

9. Ovlivnila CMP Vaši profesi? V čem?

„Výrazně. Nemohu zastávat funkci ředitelky školy. Postižený člověk působí dle mého názoru nedůvěryhodně v nějaké funkci.“ V práci, když chci učit nějakého žáka - nejprve promluvím s rodiči, aby věděli o mém postižení a ptám se, jestli s tím souhlasí. Omezení pociťuji, ale na práci dětí to vliv nemá, dokážu vysvětlit, aby děti rozuměly, co nemohu ukázat, natočím s kolegou na video. Používám video-ukázku jako metodickou pomůcku. Žákům ji dávám i na domácí cvičení.

10. Kdy přišlo to rozhodnutí vrátit se do práce, to odhodlání ta chuť, že tam musíš?

Dodává ti práce sílu?

„Když jsem zvládla dojít na pracoviště bez invalidního vozíku a zvládla se tam pohybovat jen o holi, do práce jsem nemusela, ale chtěla jsem. Vybírala jsem pro žáky skladby na youtube – moc se mi líbily a já jsem zase dostala touhu zkusit to zrealizovat. Oslovila jsem nejprve rodiče žáků, zda budou souhlasit s tím, že by jejich děti učila invalidní učitelka s jednou funkční rukou – ze tří oslovených 1 odmítli, souhlas těch dvou mě velmi povzbudil /dodnes ale stále pociťuji i komplex méněcennosti, se kterým bojuji/. Cítím velké uspokojení, když mi žáci vystoupí na koncertě a zahrají dobře, pracuji ve škole také v jiných oblastech – učitelé u nás pracují na osobních projektech, dělám koordinátora těchto projektů – řídím tyto jejich aktivity, pracuji na koncepci školy, baví mě hledat nové cesty, metody a formy v práci učitelů – tj. naplnit záměr být alternativní základní uměleckou školou, chci motivovat učitele a vytvářet nové věci užitečné pro děti, mohu tak zúročit zkušenosti – 25 let práce ve školství, dříve jsem na tuto koncepční práci neměla čas, vytíženost v práci ředitelky mi to nedovolovala. Nemoc mi vlastně pomohla, abych měla čas právě na toto. Chápu to i jako věřící člověk. Bůh si mě povolal k tomuto úkolu a já jsem na to vlastně neměla čas. Tak se mnou zařídil jinak. Nezlobím se za to, naopak přijímám věci tak, jak přicházejí v důvěře, že je to tak správné, že je to Boží plán se mnou. Za to cítím vděčnost.“

11. Jak jste se vypořádala s reakcemi lidí z okolí (jejich pohledy, přístup)?

Dosud jsem se zcela nevypořádala s falešným soucitem. Musím ho nejprve pochopit, snažím se porozumět, proč a s jakým úmyslem mě lidé litují. Většina reakcí lidí z mého okolí byla však upřímnou snahou pomoci. To jsem s vděčností přijala. Jsem zklamaná z lidské lhostejnosti a nevšímavosti. Ještě když jsem byla na invalidním vozíku, stávalo se, že o mě lidé zakopávali, to bylo ponižující. Vůbec si nevšimli, že před nimi stojí člověk s handicapem.

V obchodě se mi stalo - to už jsem chodila o holi, že do mě vrazila paní, která byla tak zaujata sebou a nakupováním, že se vůbec nerozhlédla, narazila do mě a trapně, teatrálně, se mi „před všemi omlouvala“.

12. Jak dlouho jste potřebovala na „přijmutí“ tak těžké životní situace, jako je CMP?

Byla jsem dlouho v šoku, že se to přihodilo právě mně. Měla jsem představu, že CMP postihuje staré lidi. V rodinné anamnéze máme případy CMP až v pozdějším věku. To, že je to skutečnost i pro mě, s tím se vyrovnávám dodnes. Záleží na situacích. Nežiji již z velkých

plánů do života, ale den ke dni, okamžik po okamžiku si uvědomuji život v přítomnosti. Žiji přítomným okamžikem

13. Na které věci v životě se Váš pohled změnil?

Na lidi podobně postižené, snažím se a dokážu více porozumět. Už nedělám zásadní rozhodnutí. V žádném případě neřeším peníze. Dokážu se víc těšit z maličkostí. Více přemýšlím o druhých.

14. Zůstaly Vaše hodnoty stejné? Změnily se ?

To chápu jako velmi důležité. Jsem věřící a snažím se žít z víry. Ta dává možnost vidět věci úplně jinak, z pohledu věčnosti. Chápu to jako Boží řízení. Nic v mém životě se neděje náhodou, v žádném případě moje CMP není Boží trest. Bůh dává člověku v životě příležitosti k růstu. Tak to chápu, že Bůh má ve mně důvěru. Je to úplně jiný pohled. Několikrát za tu dobu po CMP se mi potvrdilo, že tomu tak skutečně je. Např. nebylo náhodou, že se v tom roce, kdy se mi to stalo, rekonstruovala budova, ve které sídlí naše škola. Velmi jsem se z toho radovala. Budova patří městu a rekonstrukce probíhala po dobu, kdy jsem již byla v RÚ Hrabyně. Řešila jsem v té době hlavně možnost, jak se do školy, která měla sídlit ve 3. patře, dostanu. Manžel mi radostně oznamoval, že v části, kde sídlí naše škola je nainstalovaná plošina - zařízení, které by jinak stálo spoustu peněz a které bychom si vůbec nemohli dovolit. Podotýkám, že budova má vchody dva, že se mohlo rozhodnout, že plošina bude umístěna v druhé části budovy, kde je umístěna mateřská škola.

Další situací, ve které jsem četla „Boží řízení“ byla záležitost s hypotékou. V r. 2008 jsme si s manželem vzali hypotéku na RD. Hypotéku nám pojistili, mj. také pro případ CMP. Byla jsem v úžasu, jak rychle pojišťovna přistoupila k pojistnému plnění. Manžel a děti měli ihned příjem, takže nebylo nijak znát, že do domácnosti nemohu přispívat pravidelnou mzdou. Onu hypotéku mi pojišťovna splatila až po roce, kdy mi posudkový lékař stanovil invaliditu

3. stupně. Dům je už náš, jsme zcela zproštěni dalšího splácení. .Nezůstali jsme v tom sami, ne náhodou jsme to pojištění uzavřeli právě na mě. Také v tom vidím Boží plán. Bůh má s člověkem svůj plán a ten je vždy dobrý. I když bych vše vyměnila za zdraví, jsem ráda, že má rodina nemusí trádat starostmi o střechu nad hlavou. Nechce se tomu věřit, ale já přesto věřím a to mě naplňuje vnitřním pokojem a nadějí.

15. Chápete své postižení jako výzvu (ke změně způsobu života, ke změně názorů, ke změně životního stylu, ke změně žebříčku hodnot)?

Ano je to výzva ke spolupráci s Bohem. Nikdy jsem se nehněvala a nestěžovala na to, co se mi přihodilo. Šlo mi o život, Bůh mi ho zachoval a já se musím dál snažit, bojovat, žít smysluplný život. Nejde ani tak o to- zlepšit svůj stav, rozhýbat ochrnuté končetiny, jako o to mít radost ze života a naplňovat druhé lidi, žít ve vzájemné lásce a za všechno děkovat, např. za to, že mohu mluvit, zůstala mi paměť a řeč, mohu tedy dál pracovat.

16. Paní Jano, máte plány, plánujete budoucnost (práce, zdravotní stav, více/méně rehabilitace,..), nebo žijete teď a tady a věci řešíte v okamžiku, kdy přijdou?

„Plánuji, s ohledem na rodinu. Plánujeme s manželem, ale tak nanejvýš na týden dopředu. U rehabilitace vždy přemýšlím, co by šlo ještě zlepšit, reálně se dívám na svůj stav a na postižení, která již mohou být nevratná. Snažím se překonávat doposud nepřekonané – např. dnes jsem zkusila to, co mi doposud nešlo a čeho jsem se bála – chůze ze schodů jen o holi – zvládla jsem – strach je zas o něco menší. Mohu tím pádem chodit na zahradu. Snaží se žít přítomným okamžikem, jako věřící se snažím vidět Boha ve všech věcech a tak je pro mě život velké dobrodružství, mám čas na modlitbu, což také dřív nebylo. Tak se snažím mluvit s Bohem a ptát se, co si on přeje ode mne, nepropadám panice ze své bezmocnosti. Život z víry mi přijde mnohem zajímavější a plnější. Před CMP jsem to tak neprožívala, proto dokážu svůj současný stav brát i jako dar. Objevuji nové „obzory“. Mám zase radost ze života, díky víře. Sdílím to s manželem je taky věřící.“

Otázky na pana Radka:

1. V čem Vás postižení následky cévní mozkové příhody nejvíce omezilo?

„Hrát tenis, věnovat se sportu, vykonávat věci, které pro mě dřív byly samozřejmostí. Na celnici jsem dříve pracoval v terénu, byl jsem aktivnější, teď mi to omezení nedovolí.“

Vlastní komentář autora:

Pan Radek byl dříve velice aktivní člověk. Miloval snad všechny sporty a to mu teď chybí. Ovšem i přes svoje omezení se dokázal vrátit k většině sportů. V létě jezdí na kole, dokonce používá SPD boty na kolo, které musí za jízdy zacvaknout a vycvaknout pokud chce zastavit, rád také jezdí na sportovní koloběžce, s ženou jezdí na in-line bruslích a místo tenisu teď hraje badminton, říká: „*u badmintonu nemusím běhat, badminton se dá hrát skoro z místa.*“ V létě také rád seče trávnik na zahradě. V zimě zůstal věrný lyžování, dříve v zimě dělal instruktora. Ted' s kamarády pravidelně jezdí lyžovat do italských Alp, lyžuje bez hůlek, nebo pouze s jednou. Opět učí děti svých kamarádů a známých lyžovat.

2. Která oblast života (rodinný, profesní, koníčky) je následky CMP nejvíce ovlivněna?

„*Mozková příhoda nejvíce ovlivnila moji profesi a koníčky. Moje rodina je v pohodě pořád, mám skvělou rodinu.*“

3. Přinesla Vám zkušenost prodělané CMP i něco pozitivního? Pokud ano, co?

„*Pozitivního nevím, spíš ne.*“

4. Ovlivnilo získané postižení Vaše vztahy (s rodinou, s přáteli)? Jestli ano, jak?

„*V rodině se vztahy utvrdily, kamarádi mi hodně pomáhají. Už jenom k tomu, abych mohl sjíždět kopce, potřebuji pomoc při zapínání bot u lyží, sám to stále nedokážu. Utažené boty jsou hodně důležité.*“

5. Uvědomujete si ten moment, kdy jste se rozhodl to nevzdát?

„*Tak u mě to bylo hned, hned jsem se chtěl vrátit do práce, za rodinou, abych se o ně mohl postarat.*“

Vlastní komentář autora:

Tady si autorka myslí, že z pana Radka mluví mužská ješitnost, hrdost. Sama autorka CMP prodělala, a tudíž ví, že najít v sobě sílu dál bojovat nepřichází ihned.

6. Co bylo tím hnacím motorem?

„Manželka, dcera. Hnacím motorem je pro mne stále dcera. Štve mě, že ji nebudu moct učit na kole, protože na kole je potřeba běžet za kolem. Na lyžích ji ale budu učit já. Taky se chci co nejdříve vrátit do práce ,musím.“

7. Změnily se Vaše koníčky? ANO – Jaké máte záliby nyní?

NE – Je to vůbec možné?

„Některé koníčky mi zůstaly, kromě tenisu, ten jsem ale vyměnil za badminton, ten je pomalejší a tam stíhám.“

8. Je možné některé deficity vlastního těla využívat jako plusy?

„Na kole, když se ruka chytí řídítka, tak v ní mám takovou výhodu, že ta ruka drží a můžou být kopce, nemusí a ta ruka se pořád drží, pokud bych spadnul, tak se pustí. Já jsem to ale nezkoušel, radši nepadám.“

9. Ovlivnila CMP Vaši profesi? V čem?

„Ovlivnila, už nemůžu pracovat v terénu, jsem v kanceláři.“

10. Kdy přišlo to rozhodnutí vrátit se do práce, to odhodlání ta chuť, že tam musíš?

Dodává ti práce sílu?

„ Já jsem se nerozhodoval, já jsem makal na tom, abych se vrátil, co nejdřív. To bohužel nevyšlo, čím víc jsem se snažil, tím víc to nešlo. Vedení celnice mi ale vyšlo vstříc a celé tři roky mi drželi místo. Já jsem si tehdy ani jinou možnost nepřipouštěl, věděl jsem, že se vrátit musím. Invalidní důchod jsem tehdy odmítl, s tím, že ještě není ten správný čas.“

11. Jak jste se vypořádal s reakcemi lidí z okolí (jejich pohledy, přístup)?

„Lidé v mém okolí spíše reagovali tak, že se mě ptali, jak je možné, že se to stalo právě mě. Nikdy jsem nekouřil, vlastně ani nepil, byl jsem sportovec. Pohledy cizích lidí jsem nevnímal.“

12. Jak dlouho jste potřeboval na „přijmutí“ tak těžké životní situace, jako je CMP?

„Já se s tím vyrovnávám do teď, pořád přemýšlím, co jsem mohl udělat jinak.“

13. Na které věci v životě se Váš pohled změnil?

„Můj pohled zůstal na vše stejný. Možná mám větší pochopení s handicapovanými lidmi, ale to jsem měl i před tím.“

14. Zůstaly Vaše hodnoty stejné? Změnily se?

„Moje hodnoty zůstaly stejné.“

15. Chápete své postižení jako výzvu (ke změně způsobu života, ke změně názorů, ke změně životního stylu, ke změně žebříčku hodnot)?

„Jako výzvu? Nakládám si všeho jako zdravý člověk a až pak řeším, jestli to zvládnu, většinou to zvládnu, potřebuji na to ale delší dobu.“

16. Máte plány, plánujete budoucnost (práce, zdravotní stav, více/méně rehabilitace,..), nebo žijete teď a tady a věci řešíte v okamžiku, kdy přijdou?

„Třeba rehabilitace jsou naplánovány a jinak to řešíme, jak to přijde.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Marcela Šálková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Jeřábková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Proměna kvality života u osob po cévní mozkové příhodě
Název v angličtině:	The changes of the quality of life of people after stroke
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá proměnou života jedinců po cévní mozkové příhodě. Obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretické část předkládá základní poznatky onemocnění, charakteristiku onemocnění, jaké mohou být příčiny, příznaky, nejčastější následky. Praktická část je zaměřena kvalitativně, prezentuje výsledky výzkumného šetření na základě sběru dat dvou participantů. Cílem šetření bylo zhodnotit, zda je jedinec po prodělané CMP schopen vrátit se do běžného života.
Klíčová slova:	CMP, rizikové faktory, léčba, následky CMP, kvalita života, motivace

Anotace v angličtině:	Bachelor thesis deals with change of life of individuals after stroke. The thesis contains two parts, theoretical and practical. Theoretical part presents the basic knowledge and characteristic about disease, cause and symptoms of disease and the most common consequences. Practical part is focused qualitatively, presents results of research investigation on the base of data collection of two participants. The goal of the research was evaluate wheter is an individual after stroke able to return to the normal life.
Klíčová slova v angličtině:	stroke, risk factors, therapy, stroke consequences, quality of life, motivation
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor
Rozsah práce:	63 s.
Jazyk práce:	Český