

Vybrané aspekty kvality života u osob po prodělané cévní mozkové příhodě

Martin Běhunčík

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Martin Běhuncík
Osobní číslo:	H19002
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Vybrané aspekty kvality života u osob po prodělané cévní mozkové příhodě

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života a cévní mozkové příhody.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

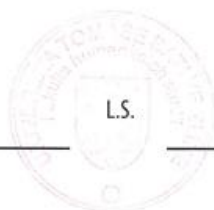
Seznam doporučené literatury:

- D'ALIBERTI, G., M. LONGONI, C. MOTTO et al. *Ischemic Stroke*. Cham: Springer, 2017. 91 p. ISBN 978-3-319-31705-2. DOI: 10.1007/978-3-319-31705-2.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- TOMEK, A. *Neurointenzivní péče*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 s. ISBN 978-80-204-5119-4.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jana Pelková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 16.5.2022

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá hodnocením kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se dělí do třech hlavních kapitol, které se zabývají pojmem cévní mozková příhoda a následně popisem ischemické a hemoragické formy. Druhá kapitola se zabývá péčí o pacienty po cévní mozkové příhodě a poslední část vymezuje pojem kvalita života. Pro praktickou část práce byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl tvořen z vlastních otázek autora zaměřujících se na informovanost o tomto onemocnění a ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF k vyhodnocení kvality života. Prezentované výsledky zjišťují, že jsou jedinci méně informováni o příznacích a možnostech následné péče. Může to být také jeden z důvodů, proč je kvalita života snížena především v oblasti fyzického zdraví.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, následky cévní mozkové příhody, ošetrovatelská péče, kvalita života, WHOQOL-BREF

ABSTRACT

This Bachelor's thesis deals with the assessment of the quality of life of patients after stroke. This thesis is divided into the theoretical part and the practical part. The theoretical part is divided into three main chapters which deal with the concept of stroke and further with the description of ischemic and hemorrhagic forms. The second chapter describes the treatment of patients after stroke and the last chapter defines the term "quality of life". In the practical part, quantitative research using a questionnaire was chosen. The survey was created using the author's questions focusing on the awareness of this illness and using the standardized WHOQOL-BREF questionnaire to assess the quality of life. The presented results show that the individuals are less informed about the symptoms and the possibilities of after-care. This might also be one of the reasons why the quality of life is reduced mainly in the area of physical health.

Keywords: Stroke, The consequences of a stroke, nursing care, the quality of life, WHOQL-BREF

Rád bych poděkoval MUDr. Janě Pelkové za odborné vedení a cenné rady při tvorbě mé bakalářské práce.

Dále bych chtěl poděkovat neurologickým ambulancím za možnost distribuce a všem respondentům za jejich čas věnovaný vyplněním dotazníku. A také všem, kteří mi pomáhali při tvorbě bakalářské práce.

V neposlední řadě chci poděkovat celé své rodině, která mi poskytovala podporu během mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	12
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	13
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	13
1.3 ISCHEMICKÁ FORMA CMP.....	14
1.3.1 Dělení.....	15
1.3.2 Příčiny.....	16
1.3.3 Klinický obraz.....	17
1.3.4 Diagnostika.....	18
1.3.5 Léčba.....	18
1.4 HEMORAGICKÁ FORMA CMP.....	20
1.4.1 Příčiny.....	20
1.4.2 Klinický obraz.....	21
1.4.3 Diagnostika.....	21
1.4.4 Léčba.....	22
2 PÉČE O PACIENTY S CMP	24
2.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	26
2.2 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ.....	27
3 KVALITA ŽIVOTA	29
3.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	30
3.1.1 Dotazník WHOQOL.....	30
3.2 KVALITA ŽIVOTA PO CMP.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
4.1 CÍLE PRÁCE.....	34
4.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ A POPIS ZPRACOVÁNÍ DAT.....	34
4.3.1 Standardizovaný dotazník.....	35
4.4 VÝSLEDKY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE.....	36
5 DISKUZE	45
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	54
SEZNAM TABULEK	55
SEZNAM GRAFŮ	56

SEZNAM PŘÍLOH.....	57
---------------------------	-----------

ÚVOD

Předložená bakalářská práce se zabývá tématem „Vybrané aspekty kvality života u osob po prodělané cévní mozkové příhodě.“ Toto téma jsem si zvolil z důvodu výskytu cévní mozkové příhody v rodině, a také proto, že cévní mozková příhoda zasahuje čím dál mladší ročníky a je často důvodem invalidity u pacientů. Cílem mé práce je zhodnotit a zaměřit se na kvalitu života osob v chronické fázi cévní mozkové příhody. Pomocí výzkumu chci zjistit, jak pacienti hodnotí kvalitu svého života a také, která z vybraných oblastí je nejvíce zasažena. Dále se zaměřuji na to, mají-li pacienti znalosti o nejčastějších příznacích nemoci, a zda jsou informováni o důležitosti přivolání odborné pomoci. Díky včasné diagnostice se zvyšuje šance úspěšné léčby, a také zmírnění následků onemocnění, což umožňuje téměř stejné zachování kvality života jako před onemocněním. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se věnuje definici cévní mozkové příhody a jsou zde popsány formy ischemické a hemoragické CMP. U každé formy jsou popsány příčiny, příznaky, diagnostika a léčba. Druhá kapitola je věnována péči o pacienty jak v akutním stádiu, tak v chronické fázi. Poslední kapitola pojednává o pojmu kvalita života nejen obecně, ale také v souvislosti po prodělané CMP.

Praktická část je zpracována formou kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníku. Dotazník je z části tvořen položkami vlastní konstrukce, zaměřené na informovanost o cévní mozkové příhodě a z části standardizovaným dotazníkem tzv. WHOQOL-BREF, pomocí kterého je vyhodnocena kvalita života. Odpovědi jsou zpracovány a vyhodnoceny pomocí grafů. V závěrečné části práce seznámím čtenáře s výsledky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Akutní cévní mozková příhoda se řadí mezi nejčastější klinické projevy onemocnění mozku. Jako definici můžeme použít „*Akutně vzniklé klinické či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (eventuálně do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny*“ (Seidl, 2015).

Při cévní mozkové příhodě, běžně zvané také jako mrtvice, dojde k poruše prokrvení části mozku a do 4–5 minut dochází ke změnám na buněčné úrovni. Dochází k vyčerpávání zásob glukózy, glykogenů a adenosintrifosfátu a ustává metabolismus. Zvyšuje se koncentrace sodíku, který způsobuje nasávání vody do buněk a vznik edému. Ten stlačuje mozkové cévy a ještě více omezuje průtok krve (Plevová & Zoubková, 2021).

Cévní mozkovou příhodu z hlediska charakteru, lze rozdělit na dvě základní skupiny. Jedná se o formu hemoragickou (15 %), která způsobuje zakrvácení do mozku z důvodu prasknutí tepny mozkové, zde se řadí intracerebrální a subarachnoidální krvácení (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

Forma ischemická – iCMP (85 %), která je nejčastěji způsobena aterotrombotickým uzávěrem v cerebrovaskulárním řečišti. Dochází k přerušení průtoku krve a následnému odumírání okolních mozkových buněk. Pro ischemické příhody trvající méně než 24 hodin, kdy dojde k jejich úpravě, se vymezil termín tranzitorní ischemická ataka, zkráceně TIA (Souček & Svačina, 2019).

Mezi druhy iCMP řadíme již zmíněnou tranzitorní ischemickou ataku. Zde se jedná se o epizodu ložiskových příznaků z důvodu nedostatečného zásobení mozku krví, které vymizí do 24 hodin bez reziduí. Obdobou TIA je RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit, kdy je úprava stavu bez následků do jednoho týdne. Oboje varianty jsou významnými příznaky hrozícího iktu (Seidl, 2015).

Nepříznivý průběh CMP lze zvrátit rychlým zahájením intenzivní terapie, a to v řádu hodin. Je velmi nutné stanovit diagnózu rychle a léčbu zahájit v časovém rozhraní 3-6 hodin od vzniku prvních příznaků. Proto je nutné znát přesný čas vzniku problémů pro zahájení včasné léčby v iktových centrech (Souček & Svačina, 2019).

Nejčastějšími příznaky nastupujícího iktu jsou motorický deficit až z 80 %, senzitivní deficit ze 45 % a bolesti hlavy s poruchou řeči z 25 %. Mezi méně časté můžeme zařadit poruchy chůze, křeče a závratě z 10 % (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

1.1 Epidemiologie

Výskyt cévní mozkové příhody se s narůstajícím věkem zvyšuje. Vzhledem ke stárnoucí populaci lze předpokládat, že prevalence CMP se bude zvyšovat. Cévní onemocnění mozku je jednou z hlavních příčin morbidity a mortality na celém světě. Jedná se o třetí nejčastější příčinu úmrtí po kardiovaskulárních a nádorových onemocněních (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

V ČR se ročně CMP diagnostikuje řádově u 30 000 pacientů, u kterých až 88 % případů představuje ischemická forma CMP. Její incidence je přibližně 22 000 pacientů ročně, prevalence se pohybuje kolem 240 000 osob (Tomek, 2018). S narůstajícím věkem se také zvyšuje pravděpodobnost vzniku CMP. Roční incidence u osob mladších 40 let je 5 až 10 případů/100 000 obyvatel. U osob nad 65 let je to 10 až 20 případů/100 000 obyvatel (Souček, Špinar, Vorlíček, & kol., 2011).

Výskyt se u nás odlišuje dle lokalit, průměrně to bývá 150–200 případů/100 000 obyvatel (Seidl, 2015). Z nichž až 1/3 umírá, u 1/3 přervávají trvalé následky a pouze u 1/3 dochází k trvalé úpravě stavu (Souček, Špinar, Vorlíček, & kol., 2011). Až 30 % osob po mrtvici potřebují pomoc při každodenních činnostech, 20 % potřebuje pomoc při chůzi a asi 16 % potřebuje celodenní ošetrovatelskou péči (Daroff, Jankovic, Mazziott, & al, 2016).

Dle statistik dochází v rozvojových zemích ke snížení úmrtnosti na cévní mozkovou příhodu. A to díky klesající incidenci, větším povědomím o příznacích v široké veřejnosti a lepšími diagnostickými nástroji (Daroff, Jankovic, Mazziott, & al, 2016).

1.2 Rizikové faktory

Výskyt mrtvice se dramaticky zvyšuje s prodlužujícím se věkem. Zvyšující se věk je také jedním z nejsilnějších rizikových faktorů vzniku mrtvice. Po 55. roce věku se riziko vzniku mozkové mrtvice každých deset let až dvojnásobně zvyšuje, avšak ve středním a starším věku je častější výskyt CMP u mužů než u žen. (Daroff, Jankovic, Mazziott, & al, 2016).

Mezi hlavní rizikové faktory se řadí hypertenze, která zvyšuje riziko CMP až čtyřikrát. Také zde zařazujeme hypercholesterolémii, stenózy karotid a fibrilace síní. Klinické studie prokázaly, že včasná léčba těchto stavů výrazně snižuje výskyt mrtvice, a proto léčba vysokého tlaku, buď farmakologicky, nebo změnou životního stylu je jednou ze zásadních primárních prevencí vzniku CMP (Hankey, 2017).

K dalším rizikovým faktorům řadíme onemocnění srdce, především fibrilace síní, nebo například infarkt myokardu. Nesmíme opomenout také diabetes mellitus, kdy dochází ke vzniku aterosklerózy velkých a malých tepen a následnému vzniku srdečních chorob nebo CMP. Také vysoké hladiny cholesterolu, které způsobují aterosklerotické změny na cévách, způsobují značné riziko vzniku CMP (Herzig, 2014).

Rizikové faktory můžeme také rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné faktory zařadíme například věk, pohlaví, rasu a genetiku. Mezi ty ovlivnitelné a zároveň ty které mají největší vliv na vznik mozkové příhody se řadí alkohol. V menší míře ho mezi rizikové faktory neřadíme, ale při větší konzumaci, zejména v kombinaci s kouřením zvyšuje riziko jak ischemických, tak hemoragických příhod až dvojnásob. Mezi další můžeme zařadit fyzickou inaktivitu a obezitu (Souček & Svačina, 2019).

1.3 Ischemická forma CMP

„Jedná se o nejčastější typ CMP. Vyskytuje se ve dvou formách: dokonaný mozkový infarkt a tranzitorní ischemická ataka. Z hlediska léčebném postupu jsou oba typy stejné onemocnění, které vyžadují urgentní diagnostiku a neodkladnou terapii“ (Tomek, 2018).

Takzvaný mozkový infarkt vzniká z důvodu uzávěru mozkové tepny, která zásobuje určitou část mozkové tkáně. Proto se jedná o ložiskové poškození mozku s klinickými příznaky trvající déle než 24 hodin a pozitivním nálezem na zobrazovacích vyšetřeních (CT, MR). Dle poškozené části se odvíjejí klinické projevy (Tomek, 2018).

V mozkových buňkách dochází k výraznému nepoměru mezi potřebou a dodávkou kyslíku. Při poklesu průtoku krve mozkovou tkání, dojde z počátku k dysfunkci mozkových buněk a projevům mozkové ischemie, které v případě obnovy mozkové perfuse jsou stavem reverzibilním. Při dalším nebo dlouhodobém poklesu průtoku krve již dochází k rozvoji ireverzibilních změn neuronů a k vzniku nekrózy. Ta se projeví jako malatické změknutí mozkové tkáně, a dojde k takzvanému mozkovému infarktu (Souček, Špinar, Vorlíček, & kol., 2011). V místě, kde je zcela nedostatečné krevní zásobení, dochází k nekróze mozkové tkáně a vzniku ischemického jádra. Oblast, kde je cévní zásobení ještě částečně zachováno, nazýváme jako ischemický polostín, tzv. penumbra. Pokud dojde k časné rekanalizaci cévního řečiště, tak tato tkáň nemusí podlehnout ischemické nekróze (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

Prognóza pacienta závisí také na tom, jak rychle se obnoví krevní průtok postiženou oblastí mozku. Každý pacient s akutními klinickými příznaky rozvíjejícího se ložiskového poškození je kandidátem na léčbu intravenózní trombolýzou. Tato léčba je na základě anamnézy, klinických příznaků, laboratorních a zobrazovacích dat buď potvrzena nebo vyloučena (Plevová & Zoubková, 2021).

1.3.1 Dělení

Mozkovou ischémii lze rozdělit podle mechanismu vzniku, podle vztahu k tepennému povodí a podle časového průběhu (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

Podle mechanismu vzniku ji dělíme na obstrukční, kdy trombus nebo embolus způsobí uzávěr cévy. Druhým typem je neobstrukční, který vzniká hypoperfúzí z příčin regionálních i systémových. V současnosti se rozlišují další 4 subtypy, řadí se zde makroarteriopatie, mikroarteriopatie, kardiogenní embolizace, koagulopatie, neaterosklerotické poruchy a infarkty z nezjištěné příčiny (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

Podle vztahu k tepennému povodí dělíme příhody na infarkty teritoriální (v povodí některé mozkové tepny), interteritoriální (na rozhraní povodí jednotlivých tepen) a lakunární (poškození malých perforujících arterií) (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

Jako poslední je dělení podle časového průběhu. Zde patří tranzitorní ischemická ataka neboli TIA, reverzibilní ischemický neurologický deficit, vyvíjející se (progredující) příhoda a dokončené ischemické příhody (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

Pokud příznaky trvají déle než 24 hodin, ale stav se úplně upraví do 3 týdnů jde o protahovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit (PRIND) (Souček, Špinar, Vorlíček, & kol., 2011). K progredujícímu CMP dochází při ischemické formě, kdy dojde k rozvoji dalších ložiskových změn, až ke ztrátě vědomí. Příčiny jsou různorodé, může být způsobena opakovanou embolizací, edémem mozku nebo také hemoragickou transformací. U dokončená příhody neboli ireverzibilní CMP dochází k ložiskové hypoxii mozku a k trvalému funkčnímu deficitu (Ehler, Kopal, & Ján, 2011).

Léčba není jednotná, je důležité jak využití zobrazovacích metod (MR, transkraniální UZ vyšetření), tak pečlivé sledování příznaků. Pokud se příznaky skokově zhoršují, jde nejpravděpodobněji o opakovanou tromboembolizaci a léčba je zaměřena na antikoagulaci. Kontinuální zhoršení příznaků, může být důsledkem například edému mozku, nebo narůstající trombotická okluze cévy. Před nasazením antikoagulační léčby se provádí

kontrolní zobrazovací vyšetření mozku. Při edému mozku nebo hemoragické transformaci je zahájení antikoagulační léčby kontraindikováno (Ehler, Kopal, & Ján, 2011).

Tranzitorní ischemický ataka

TIA vzniká na podkladě přechodné fokální mozkové ischemie, bez pozitivního nálezu na MR a klinické příznaky trvající méně než 24 hodin, převážně se pohybuje v minutách a nejčastěji vymizí do jedné hodiny (Tomek, 2018). Ataky přechodné ischemie mají stejné příčiny jako CMP, nejčastěji způsobené trombózou nebo embolizací (Plevová & Zoubková, 2021).

Tato příhoda signalizuje „malý“ iktus a varuje před možností vzniku „velkého“ iktu. Proto ji můžeme označit jako informační, ale také zařadit mezi akutní příhodu, která vyžaduje rychlou diagnostiku a terapeutickou intervenci (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010). Jedná se o diagnózu ex post a v akutním stádiu musí být pacient léčen stejně jako jiný pacient s diagnózou iCMP. U pacientů je v prvním týdnu vysoké riziko recidivy obtíží a nejméně polovina těchto pacientů utrpí do 2–5 let iCMP (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

Mezi příznaky se řadí krátkodobá ztráta motorických i sensorických funkcí. Pacient může pociťovat slabost části obličeje, nebo horní končetiny včetně prstů, to se projevuje na opačné straně, než je postižená hemisféra mozku. Dalšími projevy může být dočasná dysfagie nebo sensorická dysfunkce (Plevová & Zoubková, 2021).

TIA se mohou vracet po týdnech, měsících či letech, mezi těmito epizodami je neurologický stav pacienta normální. Pacient je informován o rizikových faktorech a seznámen s předepsanými léky a dodržováním prevence (Plevová & Zoubková, 2021).

1.3.2 Příčiny

Ischemickou CMP dělíme dle příčin do několika podskupin. Jedná se o příčiny kardioembolické, kdy se jedná nejčastěji o pacienty s fibrilací síní nebo také s infarktem myokardu, kardiální insuficiencí a chlopenní náhradou. Až 30 % případů iCMP je z důvodu kardioembolizace. Mezi další hlavní příčinu se řadí aterosklerotické onemocnění velkých tepen. CMP Vzniká z důvodu embolizace ze sklerotického plátu, nejčastěji umístěného v bifurkaci karotidy nebo proximálních úsecích vnitřních karotid. Tato příčina se podílí až na 15 % případů CMP. Jako poslední z hlavních příčin vzniku CMP je onemocnění malých tepen, takzvaná mikroangiopatie. Jedná se o postižení drobných mozkových tepen, vedoucí k intraluminálním trombózám a okluzí tepen Wilsonova okruhu s rozvojem lakunárních iktů. Na snímcích CT nebo MR jsou viditelné menší ischemická ložiska, nejčastěji v oblasti

bazálních ganglií. Tato příčina stojí za vznikem 20 % - 25 % případů iCMP (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

U ostatních, přibližně 30 % pacientů je diagnostikována iCMP bez zjevné příčiny vzniku. Označují se jako kryptogenní, nebo také z nejasných příčin. U mladších pacientů, převážně do 50 let věku je nejčastější příčinou tzv. paradoxní embolizace. Jedná se o embolizaci venózního trombu z dolních končetin, nebo pánevních žil skrz pravolevý zkrat, nejčastěji foramen ovale. U starších pacientů, nad 60 let věku, hraje hlavní příčinu nedetekovaná paroxysmální fibrilace síní. Zde je důležitá dlouhodobá monitorace srdečního rytmu (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

1.3.3 Klinický obraz

Ischemických příhody jsou velmi variabilní, od velmi lehkých až po těžké nebo smrtelné stavy. Především záleží na rozsahu a délce trvání ischemie (Ambler, 2011). Bez CT nebo MR, pouze na podkladě klinického obrazu, nelze spolehlivě diagnostikovat CMP. Ischemie může postihnout buď část jednoho povodí nebo také více povodí současně (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

„iCMP se klinicky projevuje jako náhlé vzniklý neurologický deficit, epileptický záchvat, porucha vědomí, chování a myšlení nebo bolest hlavy“ (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019). Nejčastější varovné příznaky jsou především porucha hybnosti končetin, zvláště jednostranná jako je například hemiparéza, také ztráta citlivosti v obličeji, zvýšená salivace a porucha polykání. Jsou zde také poruchy řeči, zmatenost a neadekvátní reakce. Může se objevit krutá bolest hlavy bez zjevné příčiny, porucha vízu, tachykardie a vzestup krevního tlaku (Souček & Svačina, 2019).

Při postižení levé (dominantní) hemisféry jsou obvyklé příznaky pravostranná hemiparéze nebo plegie, dále afázie, potíže se čtením, psaním, počítáním a také apraxie. Při postižení pravé (nedominantní) hemisféry jsou obvyklými příznaky levostranná hemiparéze/plegie, nebo takzvaný levostranný „neglect“ syndrom neboli opomíjení levé poloviny těla a vnímání levostranných podmětů. Mezi další příznaky lze zařadit dysartrii, poruchy orientace, anozognozii a apraxii (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

Typické příznaky jsou také při postižení mozkového kmene a mozečku. Jedná se o parestézie v obličeji i končetinách, dysfagie, zvracení, nebo také nystagmus (kmitavý pohyb očních bulbů) a singultus (škytavka) (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

1.3.4 Diagnostika

Kromě obecné anamnézy je podstatné se zaměřit na rizikové faktory vzniku CMP (hypertenze, diabetes, fibrilace síní nebo jiné onemocnění srdce) a užívané léky. Je nezbytné zjistit přesnou dobu vzniku onemocnění, protože nejúčinnější léčba je pomocí trombolýzy, kterou je možné použít pouze pro limitovanou dobu od vzniku příznaků, v tomto případě se jedná do 4,5 hodiny (Tyrlíková & Bareš, 2012).

Je nezbytné použití dalších zobrazovacích vyšetření, kde řadíme počítačovou tomografii (CT), které je jistě nejrozšířenější metodou radiologického vyšetření. Hlavní výhodou je velmi dobrá dostupnost a jedná se o relativně krátce trvající vyšetření k rychlému získání snímků. CT mozku bez kontrastu je hlavní vyšetřovací metodou k vyloučení ischemických nebo hemoragických lézí (D'Aliberti & al., 2017). Nativní snímek může ukázat přítomnost tepenného nebo venózního uzávěru, ale nedokáže spolehlivě zobrazit přítomnost mozkového infarktu v prvních hodinách (infarkt se zobrazuje až přibližně po 12 hodinách). Toto vyšetření může nahradit magnetická rezonance (MRI), kde je hlavní výhodou oproti CT, že dokáže zobrazit časně fáze mozkového infarktu. Toto vyšetření se nedoporučuje u neklidných pacientů, nebo kde hrozí riziko aspirace (Tyrlíková & Bareš, 2012).

Mezi další vyšetření se řadí neurosonologické vyšetření, které se využívá k diagnostice zúžení nebo uzávěru tepen mozku. Také laboratorní vyšetření nebo angiografie, která může být provedena také jako terapeutický výkon (Tyrlíková & Bareš, 2012).

1.3.5 Léčba

V současné době není prokazatelně účinný medikamentózní postup při léčbě akutní ischemie. Jeden z důležitých faktorů, který ovlivňuje výsledek léčby, je včasnost jejího zahájení. Toto je nejlépe dosaženo na nemocničním lůžku, především na specializované jednotce. Léčba je komplexní, zaměřená na extracerebrální i intracerebrální poměry (Souček, Špinar, Vorlíček, & kol., 2011). Prokazatelně účinnou specifickou terapií je rekanalizační terapie, tedy otevření uzavřené mozkové tepny, tento výkon je možno provést nejpozději do 24 hodin. Výjimka je u pacientů, kterým je diagnostikována okluze a. basilaris a rekanalizační výkon je možno provést i po uplynulém čase jako život zachraňující výkon. Při překročení časového okna klesá účinnost terapie a zároveň se zvyšuje riziko vzniku nitrolebního okrvácení (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

Mezi léčbu můžeme zařadit také primární prevenci. Ta spočívá v eliminaci rizikových faktorů. Jedná se především o kontrolu a korekci krevního tlaku, s cílem dosáhnout

optimálních hodnot TK 120/80 mmHg. Dalším důležitým rizikovým faktorem je hypercholesterolemie, kdy by měla být optimální koncentrace LDL-cholesterolu $>3,9$ mmol/l. Zde se doporučuje především úprava životosprávy, při opakovaných zvýšených hodnotách se podává statin. Všem pacientům se zvýšeným rizikem vzniku CMP se doporučuje omezit kouření, konzumaci alkoholu a návykových látek. Naopak se prosazuje fyzická aktivita společně s dietním omezením z důvodu redukce a udržení optimální hmotnosti (Vrablík & Marek, 2019).

Při primární prevenci omezujeme zvýšenou trombogenezi pomocí antiagregační léčby, která je zaměřena na omezení trombotických stenóz v tepnách. U antiagregační léčby se v současnosti zdá nejvhodnější podávání kyseliny acetylsalicylové. A léčba antikoagulační, jako prevence kardiálních trombů (Vrablík & Marek, 2019). Antikoagulační léčba je nejprve podávána intravenózně, později z dlouhodobého hlediska perorálně (Tyrlíková & Bareš, 2012).

Intravenózní trombolytická léčba

Cílem u intravenózní trombolytické léčby (IVT) je dosáhnout rekanalizace mozkové tepny uzavřené trombem nebo embolem. Standardně se používá tkáňový aktivátor plazminogenu. Indikačním kritériem je v současné době každý pacient s akutním mozkovým infarktem, kdy dojde k zahájení IVT do 4,5 hodiny od vzniku symptomů. Čím dříve je trombolýza aplikována, tím se zvyšuje i její účinnost. Aplikace do 90 minut od vzniku příznaků je 2x účinnější, než trombolýza aplikována 90–180 minut od vzniku příznaků. Hlavní komplikací této léčby je intracerebrální krvácení (Tyrlíková & Bareš, 2012).

IVT je indikována u všech pacientů s iCMP bez ohledu na věk s trváním příznaků maximálně 4,5 hodin. Jedinou absolutní kontraindikací je intrakraniální krvácení, mezi relativní se řadí rozvinutá ischemie, nekorigovaná hypertenze, hypoglykémie, nebo poruchy homeostázy. Pro velké riziko krvácení nesmí být IVT podávána u žen po porodu, nebo u pacientů po velkých chirurgických výkonech, které proběhly před méně jak 14 dny. Pokud se lékař rozhodne pro zahájení IVT, musí být hodnoty krevního tlaku pod 180/110 mmHg. Za 24 hodin po IVT se provádí kontrolní CT, které ukáže definitivní rozsah ischemického ložiska, případně intrakraniální krvácení, jako komplikaci IVT. Úspěšná rekanalizace je přibližně u 45 % případů. Nejčastější důvody při neúspěšné léčbě jsou příliš dlouhý trombus, nebo embolizace aterosklerotického plátu (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

1.4 Hemoragická forma CMP

Příčinou hemoragického iktu je nejčastěji arteriální hypertenze a ruptura malých perforujících arterií. Nejčastěji se jedná o rupturu jedné arterie, buď jako jednorázový děj, nebo krvácení může trvat hodiny až dny. Krvácení jsou nejčastěji lokalizována v bazálních gangliích, téměř 50 %. Mezi další oblasti může patřit thalamus, mozkový kmen nebo mozeček. Symptomatika závisí především na jejich charakteru a velikosti krvácení (Ambler, 2011).

Krvácení většího rozsahu mají expanzivní charakter a destrukují mozkovou tkáň. Jedná se o těžký neurologický deficit, spojený s alterací celkového stavu, bolestí hlavy, zvracením až poruchou vědomí, která je způsobena edémem a nitrolební hypertenzí. Prognóza u toho onemocnění je velmi vážná a vysoké procento pacientů umírá. Menší krvácení nedestruuje mozkovou tkáň, pouze komprimují a způsobují hematom. Zde jsou dominantní ložiskové příznaky podle lokalizace krvácení (Ambler, 2011).

Hemoragickou cévní mozkovou příhodu lze rozdělit na Intracerebrální hemoragii a Subarachnoideální krvácení. Pacienti se SAK jsou v průměru všech CMP nejmladší a s prognózou nejhorší. Jedná se o tříměsíční mortalitu u téměř 50 % pacientů a více než 10 % zemře dříve, než mu je poskytnuta zdravotnická péče (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

1.4.1 Příčiny

Ve většině případů není příčina pouze jedna, ale jde o kombinaci rizikových faktorů. Jedná se například o kombinaci hypertenze a vyššího věku s amyloidovou angiopatií a také užívání antitrombotik (Tomek, 2018).

Intracerebrální krvácení lze rozdělit na primární a sekundární. Primární se označuje jako krvácení při hypertenzní a amyloidové mikroangiopatii (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019). Zdaleka nejčastější příčinou bývá hypertenze, buď akutní, nebo chronická. Chronická vede k intrakraniální mikroangiopatii a vzniku krvácení z malých hlubokých tepen. U akutní hypertenze může dojít k poškození a ruptuře stěny arteriol. K těmto stavům může dojít například při akutním renálním selhání (Kalina, 2008). Sekundární hemoragie bývá zapříčiněna krvácením do ložiska nebo do cévní malformace. Řadí se zde i krvácení při koagulopatiích v souvislosti s antitrombotickou a antikoagulační léčbou (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019). U antikoagulační léčby se jedná o moderní léčbu a zároveň

o iatrogení příčinu intracerebrálního krvácení. Hematomy z důvodu neadekvátní antikoagulace se mohou vyskytovat téměř kdekoliv, nejčastěji však v oblasti bazálních ganglií a thalamu (Kalina, 2008).

Subarachnoideální krvácení je způsobeno krvácením mezi mozkové obaly, jedná se o arachnoideu a piau mater. Nejčastěji je způsobeno buď traumatem, při těžkém kraniocerebrálním poranění, nebo rupturou aneurysmatu až v 80 % případů. Rizikové faktory pro vznik aneurysmat jsou hypertenze, kouření, alkohol nebo nemoci pojiva (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

1.4.2 Klinický obraz

Mezi příznaky určující intracerebrální krvácení můžeme zařadit nauzeu a rychle progredující poruchu vědomí během několika málo hodin. Může se projevit i silnou bolestí hlavy, ta se ale vyskytuje asi jen u 40 % všech případů a je vázaná na syndrom nitrolební hypertenze (Tomek, 2018).

U intracerebrální hemoragie dochází v prvních hodinách ke zvětšení hematomu, to se klinicky projevuje zhoršením klinického nálezu a poruchou vědomí. V následujících hodinách až dnech dochází k rozvoji edému mozku maximálně v rozmezí 2–6 dní (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

Při subarachnoidálním krvácení je prvotním příznakem silná bolest hlavy, která je provázena nauzeou a zvracením. Poté až u poloviny pacientů dochází k přechodné poruše vědomí na základě vzestupu nitrolebního tlaku a následnému rozvoji meningeálního syndromu. V průběhu SAK se mohou vyskytnout závažné komplikace. V prvních týdnech hrozí nebezpečí opakování krvácení tzv. rebleeding, který je charakterizovaný závažnějšími symptomy a až dvojnásobnou mortalitou. Může dojít také k spasmům mozkových tepen nebo hyporesorpčnímu hydrocefalu, projevující se syndromem nitrolební hypertenze (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

1.4.3 Diagnostika

Ke stanovení diagnózy, a hlavně správné léčby je velmi důležitá anamnéza. Zjišťujeme přítomnost hypertenze, zejména špatně, nebo zcela neléčenou. Také přítomnost krvácení nebo koagulopatie, zejména užívání antitrombotické léčby či trombocytopenii. S tím je navazující laboratorní vyšetření, kde je klíčové vyšetření koagulace (Tomek, 2018).

Určitě zde musíme zařadit také nativní CT mozku, které nám zodpoví velikost a lokalizaci hematomu, a také omezeně jeho příčinu (Tomek, 2018). Spolehlivě nám stanoví, zde se jedná o ischemii, nebo krvácení. Zároveň nám dává informace o edému nebo případných posunech mozkových struktur. Nativní snímek CT je vhodné opakovat po 24 hodinách k posouzení vývoje recidivy krvácení nebo rozvoje edému a vždy při zhoršení stavu pacienta (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

1.4.4 Léčba

Včasná zahájení léčby již v prvních hodinách zlepšuje prognózu onemocnění a také kvalitu života pacientů. V prvních 24 hodinách je důležité léčbu neomezovat, pokud během této doby nedošlo k mozkové smrti (Tomek, 2018).

Při intracerebrálním krvácení, kdy je krvácení způsobeno poruchou koagulace nebo užíváním antikoagulačních léčiv, je indikací podání čerstvě zmražené plazmy. Může se provést také chirurgická evakuace hematomu nebo zavedení nitrokomorové drenáže u pacientů s rozvojem hydrocefalu (Tyrlíková & Bareš, 2012). Cílem léčby co nejdříve zastavit krvácení, odstranit krev z mozkové tkáně nebo komor a minimalizovat sekundární cerebrální poškození. Důležitá je komplexní péče, bez které ztrácí specifické léčebné postupy smysl (Kalina, 2008). Cílem léčby subarachnoidálního krvácení je ošetření zdroje krvácení, nejčastěji aneurysmatu, v co nejkratší době, optimálně do 24 hodin od vzniku krvácení (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

V první řadě je důležité zajištění základních životních funkcí, a poté snaha o zamezení časně recidivy krvácení. Je důležitá korekce hypertenze, s hodnotami do 140mmHg systolického tlaku. Jednoduchým a účinným opatřením je elevace hlavy a horní poloviny trupu. Základem antiedematózní léčbě je osmotická terapie, kde radíme podávání manitolu a hypertonického roztoku NaCl. Podává se bolusově v pravidelných intervalech s postupným vysazováním. Pokud konzervativní léčba nefunguje, zvažuje se chirurgické řešení. Resekce hematomu je indikována při mozečkovém krvácení a známkami tlaku na mozkový kmen. Mezi další výkony patří dekompresní kranioektomie při maligním edému nebo zevní komorovou drenáž při hemocefalu (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

Důležitá je korekce TK, kdy systolický tlak je pod hodnotou 160mmHg. Doposud není specifická léčba, která by byla v léčbě mozkových hemoragií účinná. V akutním stádiu je kontraindikováno podávání antikoagulancií. Krvácení v důsledku antitrombotické je možné podat substituci koagulačních faktorů, dále vitamin K. Operační léčba není indikována

u krvácení v oblasti bazálních ganglií a mozkového kmene (Ambler, Bednařík, & Růžička, 2010).

2 PÉČE O PACIENTY S CMP

Komplexní péče o pacienty po mozkové mrtvici je velmi důležitá. I přes odpovídající intervence v akutní léčbě o pacienta následky zůstávají závažné. Do 3 měsíců od prodělání mozkové mrtvice až 10–20 % pacientů umírá, 30–40 % má trvalé následky a plné soběstačnosti dosáhne 50 % (Šedová, Dolák, Bártlová, & kol., 2020).

V roce 1995 byla Českou republikou přijata Helsingoborgská deklarace, definující základní požadavky pro poskytování komplexní péče o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě. Ukazuje se, že dobře vedená a poskytnutá ošetrovatelská péče, dle aktuálních guidelines, výrazně zlepšuje kvalitu života u pacientů (Šedová, Dolák, Bártlová, & kol., 2020).

V České republice v roce 2010 byla věstníkem MZČR (Věstník č.2/2010) zřízena cerebrovaskulární centra. V současné době je na území ČR zřízeno 45 iktových center, které disponují týmem řady odborníků. Cílem center je co nejrychleji zahájit vhodnou léčbu a tím snížit mortalitu, a naopak navracet co možná nejvyšší míru soběstačnosti u pacientů (Kalvach, 2010).

Přednemocniční péče o pacienta s CMP

CMP je urgentní stav, kdy úspěšná léčba závisí na rychlosti stanovení diagnózy a včasné zahájení léčby. Důležitost hraje anamnéza, zejména přesné určení, kdy začaly příznaky. Stanovení času je důležité pro indikaci rekanalizační léčby v případě iCMP. Informace o osobní, farmakologické a alergologické anamnéze zjišťujeme buď od samotného pacienta nebo od osoby blízké. Důležité je také kontrola glykemie, kdy může hypoglykémie nebo také hyperglykémie urychlovat progresy ischemie. K substituci tekutin se používá jako náhradní roztok, především krystaloidy (například fyziologický roztok). Během transportu do zdravotnického zařízení by měl být pacient kardiopulmonálně monitorován (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

Péče o pacienta v nemocničním prostředí

Pacienti s podezřením na CMP jsou převezeni do nejbližší nemocnice, kde je součástí iktová jednotka. Po předání pacienta, všeobecná sestra posoudí vitální funkce, zkontroluje průchodnost dýchacích cest, popřípadě dá pacientovi kyslíkovou masku nebo s lékařem zajistí intubaci. U pacienta zajistí žilní vstup a dle ordinace zahájí infuzní terapii. Provede se odběr krevních vzorků a natočí EKG. U pacient je co nejdříve zajištěno CT vyšetření a stanovení diagnózy,

kdy se terapie odvíjí od typu CMP. Důležitá je zde souhra činností sester a lékařů, protože v léčbě iktu hraje roli především čas a snaha o co nejrychlejší zahájení léčby (Ambler, 2011).

V akutním stádiu po prodělání iCMP pacient většinou není schopen aktivně pohybovat končetinami na postižené straně, je zde také snížený svalový tonus a svalová slabost. Rozsah spolupráce v tomto období může být značně limitován. V tomto období se u pacienta využívá především rehabilitační péče, která je zajišťována všeobecnými sestrami ve spolupráci s fyzioterapeutem. Základ je také péče o příjem potravy, vyprazdňování a především polohování, jako prevence sekundárních změn a vzniku dekubitů z imobility. Správným polohováním se zabráňuje jak vzniku dekubitů, tak muskuloskeletálním deformitám a oběhovým problémům. K polohování lze využít mnoho pomůcek, díky kterým zajistíme stabilní polohy, jelikož nestabilní poloha provokuje u pacienta další spasticitu. Polohování je také doprovázeno prvky pasivní a dle možností pacienta i aktivní prvky rehabilitace. Součástí je také důsledná péče o vyprazdňování moče a stolice, čímž předcházíme infekcím močových cest, a zajišťujeme dostatečnou hydrataci a zabránění vzniku obstipace (Bar & Chmelová, 2011).

Následná a rehabilitační péče o pacienta po CMP

Po akutní fázi je také důležitá následná ošetrovatelská a rehabilitační péče. Asi jedna třetina pacientů se plně zotaví, ale většina potřebuje i nadále komplexní péči. Do té se řadí sekundární prevence a léčba psychických, motorických a kognitivních následků CMP (Kalita, 2006).

Rehabilitace se řadí mezi základní terapii pro pacienty po prodělané CMP. Cílem je zlepšení hybnosti, soběstačnosti a prevence komplikací, jako jsou spasticity nebo kontraktury (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019). Základ rehabilitace je správné polohování a následné pasivní cvičení neboli cvičení bez aktivního zapojení pacienta. Cílem této rehabilitace je prevence spasticit a zachování kloubní pohyblivosti. Při zlepšení stavu se přechází na aktivní zapojení pacienta do rehabilitace, nácvik mobilizace a fyzioterapeutických cvičení (Bar & Chmelová, 2011). Rehabilitace by měla být zahájena co nejdříve a intenzivně v ní pokračovat další tři měsíce, aby byl její efekt co nejvyšší. Součástí rehabilitace není jen aktivní a pasivní cvičení, ale také využití ergoterapie, nebo logopedie. Pacientům se doporučuje také využití lázeňské péče po odeznění akutního stádia nemoci. Kontraindikací této péče je recidivující CMP, nebezpečí embolizace, nebo závažná srdeční nedostatečnost (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

2.1 Ošetrovatelská péče

Hlavní prioritou ošetrovatelství je uspokojení biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta. Úkolem všeobecné sestry je aktivní zapojení jak pacienta, tak jeho rodiny a blízkých do procesu uzdravování a uspokojení potřeb. Rozpoznává ošetrovatelské problémy a realizuje péči u pacienta dle ošetrovatelského plánu (Slezáková, 2014).

Ošetrovatelská péče o nemocného po CMP je velmi náročná jak po fyzické stránce, tak po psychické. Dobrá organizace péče snižuje úmrtnost až o 30 % a zlepšuje výsledný stav pacienta. Péče o pacienty po CMP je organizována na iktové jednotce a je důležité, aby se dodržely všechny principy ošetrovatelské péče. Jedná se především o optimální nutrici pacienta, dostatečný příjem tekutin, péče o dýchací cesty s optimální oxygenací, prevence infekcí a dekubitů, a také hluboké žilní trombózy pomocí bandážování nebo včasné mobilizace (Kalita, 2006).

Velká pozornost u pacientů po cévní mozkové příhodě by měla být věnována psychické podpoře jak samotného pacienta, tak i rodinných příslušníků a blízkých osob. Ošetrovatelská péče zahrnuje především monitorování základních životních funkcí a sledování celkového stavu pacienta. Jeden z ošetrovatelských problémů u pacientů po CMP je bolest, především končetin a kloubů, kterou lze eliminovat pomocí správného polohování. Polohováním také předcházíme vzniku spasticit a následným kontrakturám, které mohou vyústit až k imobilitě pacienta (Šeclová, 2004)

Důležitou zásadou je také to, aby se pacienti pokoušeli provádět každodenní činnosti zapojováním postižené strany těla. Pacienti mají tendence činnosti provádět nepostiženou stranou, čímž zabraňují obnově ztracených funkcí a nevědomky si tím škodí. Chyb se často dopouští také pečující personál, který ve velké míře pomáhá, nebo za pacienta vykonává každodenní činnosti. Jako příklad správné stimulace může být umístění nočního stolku. Ten by se měl nacházet v blízkosti pacientova lůžka a umístěn u postižené strany těla. Také při komunikaci s pacientem přistupujeme z postižené strany, jako podstatný stimul k obnově postižené části těla (Šeclová, 2004).

Sestra jako člen ošetrovatelského týmu poskytuje ošetrovatelskou péči o pacienta. Na specializačních jednotkách pro pacienty po CMP jsou sestry specialistky, které zvyšují kvalitu péče o tyto pacienty. Zastávají role sester, edukátorek, manažerek a také výzkumnic, kdy využívají do praxe nejnovější trendy v péči o pacienty po prodělané CMP. Zvládají řešit

problémové situace v souvislosti s komplexní péčí a spolupracují jak s pacientem, tak rodinou (Plevová, 2012).

2.2 Prevence onemocnění

Při tomto onemocnění je velmi důležitá znalost rizikových faktorů a edukace v oblasti jak primární, tak sekundární prevence. V této oblasti sestry sehrávají podstatnou roli, a je to jeden ze způsobů, jak pomoci snížit výskyt tohoto onemocnění. Edukace pacienta je plánovaný, systematický a logický proces, který vede pacienta ke zdravotně žádoucímu chování. Ukazuje se, že dodržování sekundární prevence může ovlivnit recidivu onemocnění až z 80 %. Následná péče a sekundární prevence není v České republice optimálně řešena. Je zde minimum působení potřebných odborníků, jako jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nebo logopedi. Za potřebí je také péče psychiatrická či psychologická, jelikož dopad nemoci v této oblasti bývá často podceňován. Většina pacientů po prodělané CMP zůstává pouze v následné péče praktických lékařů, ačkoli by měli být zařazeni do komplexních rehabilitačních programů (Šedová, Dolák, Bártlová, & kol., 2020).

Primární prevence

Cílem primární prevence je změna nevhodného životního stylu a tím snížení incidence CMP. Pacient je edukován v oblasti zdravého životního stylu, jako je udržování optimální váhy, zákaz kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Dále se doporučuje mít dostatek fyzické aktivity a pohybu společně s dietními opatřeními. Do té se zahrnuje především zdravá strava, která je bohatá na ovoce, zeleninu a vlákninu. Naopak je zde omezení soli a nasycených mastných kyselin. U pacientů s vyšší hodnotou BMI se doporučuje zavedení redukční diety. Důležitou roli zastávají pravidelné kontroly jak v neurologických ambulancích, tak u praktického lékaře. Pacient je pravidelně sledován a léčen na přidružená onemocnění, mezi které řadíme arteriální hypertenzi, fibrilaci síní, diabetes mellitus, nebo zvýšené hladiny cholesterolu. U pacientů s hypertenzí se doporučuje úprava životosprávy a dodržování léčby k dosažení optimálních hodnot krevního tlaku. Pacientům s DM se doporučuje pravidelné kontroly glykémie a dodržování léčby. Při hypercholesterolemii je důležitá úprava životosprávy s kombinací farmakoterapií (Herzig, 2014).

Sekundární prevence

Sekundární prevenci chápeme jako soubor opatření, která omezují zhoršení prognózy daného onemocnění. Dodržováním těchto opatření můžeme snížit pravděpodobnost vzniku další příhody (Šedová, Dolák, Bártlová, & kol., 2020). K dispenzarizace pacientů po CMP

se řadí pravidelné kontroly u neurologa, sledování a kontrola terapie, terapie rizikových faktorů a neinvazivní monitorování (ultrazvuk, CT) (Václavík, 2013).

Do sekundární prevence při ischemické příhodě zahrnujeme režimová opatření, antiagregační a antikoagulační léčbu a také korekci rizikových faktorů. Mezi režimová opatření se řadí zákaz kouření, užívání drog, konzumace většího množství alkoholu a dietní opatření. Zde se řadí omezení soli, nasycených tuků, a naopak stravu bohatou na vlákninu, ovoce a zeleninu (Vrablík & Marek, 2019).

Při sekundární prevenci u intracerebrálního krvácení je důležitá léčba hypertenze a velkou roli hraje i úprava životosprávy. Při antikoagulační léčbě musí být pacienti důkladně sledováni a pokračování v této terapii musí být důkladně zvážena (Růžička, Šonka, Marusič, & kol., 2019).

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je široký a složitý pojem pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. „*Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka.*“ Zahrnuje jak vnější podmínky, tak i ty vnitřní (Šubrt, 2008).

Pro svůj obsáhlý pojem neexistuje všeobecná definice kvality života a každý obor se ve své definici může lišit od ostatních. I přesto se většina shoduje, že se kvalitou života rozumí subjektivní a objektivní posouzení různých oblastí života (Payne, 2005). Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který chápeme jako komplexní pojem. Kromě jednotlivce může být také předmětem hodnocení život skupiny, společnosti nebo populace. Pojem kvalita života se v odborném jazyce používá na hodnocení jak pozitivních, tak i negativních aspektů života. Problematika kvality života je zkoumána v několika vědních oborech. Jejich úhel pohledu, co tato lidská zkušenost znamená a jak se měří nebo hodnotí, má v některých případech až zásadní rozdíly (Gurková, 2011).

I přesto že v medicíně je pojem kvalita života vcelku nový, v jiných oborech, jako je například sociologie se tento termín využívá již dlouho (Salajka, 2006). V dnešní době se stále více medicína zaměřuje na to, jak kvalitní je život pacientů v průběhu léčby nebo i po ní. V ošetrovatelství se zaměřuje na člověka ve specifické životní situaci, nejčastěji u pacientů s chronickým nebo nevléčitelným onemocněním. V ošetrovatelství je kvalita života také ovlivněna, zda je pacient schopen uspokojit své aktuální potřeby (Gurková, 2011). Běžně v ošetrovatelské péči se hodnocení kvality života neprovádí, ale zároveň se vztahuje k základním cílům zdravotní péče. Kvalita života je důležitá veličina, která je určena nejen nemocí, jejich symptomů nebo její léčby, ale i skutečností, zda je nemocný schopný se s chorobou vyrovnat. Závisí to jak na vnějších faktorech, tak i na vnitřních. Mezi ty vnější se řadí především sociální podpora okolí, nebo dostupnost a kvalita zdravotnické péče. Vnitřní faktory vychází z toho, jak samotný pacient vnímá svou chorobu a její příznaky. Tento subjektivní vjem je důležitý pro celkovou kvalitu života daného pacienta. Kvalitu života jedince nelze popsat pouze objektivně, je nezbytné do úvahy zahrnout také subjektivní aspekt (Salajka, 2006).

3.1 Měření kvality života

Vzhledem k tomu, že není přesně stanovena definice kvality života, není možné také přesně určit, co do jejího měření zahrnout. Každý nástroj měření v klinické praxi by měl zachytit jak negativní, tak i pozitivní dopady onemocnění na kvalitu života pacienta (Payne, 2005).

Nástroje k měření kvality jsou rozhovor, nebo častější volbou bývá dotazníkové šetření. Nejčastěji využívané jsou standardizované dotazníky, které vyhodnocují dopad nemoci a léčby na kvalitu života daného jedince. V praxi se využívá celá řada specifických dotazníků, které jsou určené pro různé typy onemocnění a je možné využít k změření kvality života generické nástroje. V České republice jsou nejvíce využívány standardizované dotazníky WHOQOL-BREF, SF-36 a EQ-5, které jsou dostupné jak v českém, tak slovenském jazyce. I přes svou oblíbenost je zde mnoho úskalí. Mezi faktory ovlivňující validitu a věrnost výsledků řadíme samotný rozsah a obsah dotazníku, nebo výběr respondentů a jeho návratnost. (Payne, 2005).

3.1.1 Dotazník WHOQOL

Světová zdravotnická organizace v roce 1991 vyvíjela instrument s názvem WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life). Jeho smyslem bylo překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života. Měl splnit čtyři principy, které se postupným rozvojem ukázaly jako nezbytné. Mezi ně se řadí komplexnost, kdy se ukázalo, že je nedostačující pouze hodnocení fyzického zdraví, ale instrument by měl pokrýt širší spektrum aspektů kvality života. Další je subjektivnost, kdy je preferována forma sebesouzení, nikoli hodnocení jinou osobou. Dále je to relativní důležitost, která ovlivňuje přesnost měření. Proto by měl instrument obsahovat subjektivní hodnocení, jak daný jedinec vnímá jednotlivé oblasti života. Poslední důležitou podmínkou je kulturní relevance, ve smyslu použitelnosti jednoho instrumentu v různých jazykových a kulturních prostředích (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Na základě studie bylo rozhodnuto o pěti hlavních oblastech kvality života, zde se řadí tělesný stav a funkce, psychologická funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy a prostředí. Jednotlivé položky instrumentu WHOQOL se hodnotí na pětistupňové Linkertově škále. Byly vytvořeny dva dotazníky, stopoložkový instrument, známý pod názvem WHOQOL-100 a později jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Původní struktura WHOQOL-100 byla šesti faktorová a zahrnovala oblasti fyzického zdraví. Psychologickou oblast, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualitu. Později byl vytvořen také čtyř faktorový model, který odpovídá struktuře dotazníku WHOQOL-BREF. Dotazník byl použit v mnoha studiích u různých skupin pacientů, které prověřovaly jeho použitelnost. Sto položková verze dotazníku se ukázala jako příliš dlouhá pro klinickou praxi, proto byla vytvořena krátká verze s 26 položkami. Dotazník WHOQL-BREF se skládá z 24 položek sdružených do čtyř oblastí (fyzická, psychologická, sociální a oblast prostředí) a dvou položek celkového hodnocení. Analýzy potvrdily velmi dobré výsledky struktury dotazníku, který byl testován ve 23 zemích a stále se používá k dlouhodobým mezinárodním studiím (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

3.2 Kvalita života po CMP

CMP ovlivňuje kvalitu života ve všech ohledech, jak během hospitalizace, tak i po ní. Kvalita života je rozdílná u každého jedince s CMP, velmi záleží na osobnosti člověka a jeho přístup k nemoci a vlastnímu životu. Také zde hrají roli faktory jako je stádium nemoci, léčby nebo rehabilitace. Je množství škál, kterými lze měřit kvalitu života, a jejich variabilita a rozdílnost jsou užitečné při péči o pacienta (Lehotská, 2014). Při měření je důležitý výběr hodnotících škál a soustředění se na konkrétní činitele. Mezi ty se řadí fyzické a psychické rozpoložení, které jsou nejvíce ovlivněny cévní mozkovou příhodou, nebo vnější činitele jako jsou pracovní a společenské faktory (Hudáková & Majerníková, 2013). Subjektivní vnímání, dané situace se může měnit, především během hospitalizace, proto je vhodné využít měřicí škály vícekrát (Gurková, 2011). Často platí, že mnoho lidí se o své zdraví začne starat až poté, kdy se u nich objeví nějaké onemocnění jako je cévní mozková příhoda. Kvalita života je ovlivňována mnoha faktory a aspekty, které spolu vytvářejí celek. Jedná se o faktory biologické, psychologické a sociální oblasti, v poslední době se uvádí také rovina spirituální nebo vliv prostředí (Payne, 2005)

Pacientům po CMP je důležité poskytnout jak stabilní a spolehlivou podporu, tak i tu citovou a společenskou, která prospívá pacientovi k zotavení po mrtvici. Společenskou podporu můžeme zajistit buď sami, nebo zorganizovat přátele a rodinu, ale především pomáhat pacientovi, aby se zapojoval do společenských aktivit. Lidem, kterým se dostává menší společenské podpory a kteří bývají nespokojeni se svým životem, se zvyšuje riziko vzniku deprese nebo úzkosti. Společenská podpora od rodiny, přátel, partnerů, nebo

i zdravotnického týmu má pozitivní dopad na zotavování z mrtvice (Palmer & Palmer, 2013).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Šetření probíhalo v období od března do konce dubna 2022, kdy jsem oslovil 2 zdravotnická zařízení. Neurologické ambulance Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně (dále jen KNTB) a neurologickou ambulanci MUDr. Magdalény Hlavačkové v Uherském Brodě. Průzkum byl zaměřen na pacienty po cévní mozkové příhodě v ambulantní péči, 6–12 měsíců po atace.

4.1 Cíle práce

1. Zjistit, které oblasti kvality života jsou u pacientů po cévní mozkové příhodě nejvíce zasaženy.
2. Zjistit, zda pacienti znají nejčastější příznaky CMP a jsou informováni o důležitosti volání ZZS.
3. Zjistit, zda jsou pacienti informováni o sekundární prevenci a možnostech následné péče ke zlepšení kvality života.

4.2 Metodika výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvantitativního výzkumu, formou dotazníků. Dotazníky byly distribuovány v neurologických ambulancích v KNTB a v neurologické ambulanci MUDr. Magdalény Hlavačkové v Uherském Brodě. Pro stanovení kvality života byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF české verze autorky Dragomirecká, Bartoňová (2006). Dotazník byl doplněn o vlastní otázky autora, které byly zaměřeny na získání informací o respondentech a jejich informovanost o nemoci. Dotazník obsahoval celkem 39 položek.

4.3 Organizace šetření a popis zpracování dat

Dotazníkové šetření bylo provedeno u pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě, kteří docházejí do neurologických ambulancí ve Zlíně a Uherském Brodě. Nebylo rozlišováno pohlaví nebo věková skupina pro vhodnost šetření. Kritériem byla ischemická forma CMP a odstup od akutní fáze 6-12 měsíců. Šetření bylo provedeno se souhlasem vrchní sestry neurologického oddělení v KNTB a MUDr. Hlavačkové v Uherském Brodě. Každý anonymní dotazník obsahoval 39 uzavřených otázek, kdy otázky měly pouze jednu možnou odpověď, pokud nebylo uvedeno jinak. Úmyslem dotazníku bylo zjistit, jak pacienti po cévní mozkové příhodě hodnotí svou kvalitu života, a zda jsou informováni o této nemoci

a následné péči. První dvě otázky se zaměřovaly na vhodnost respondenta pro výzkum. Otázky čtyři až devět jsou zaměřeny na znalost příznaků onemocnění a přivolání rychlé zdravotnické pomoci. Otázky deset až třináct jsou zaměřeny na informovanost sekundární prevence a následné péče. Otázky čtrnáct až třicet devět jsou převzaty ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF k vyhodnocení kvality života. Průměrný čas k vyplnění dotazníku byl 10-15 minut.

Výzkum byl zahájen na začátku března a ukončen na konci dubna 2022. Před samotným šetřením byl realizován také předvýzkum, jehož cílem bylo zjistit, zda je dotazník vhodně vytvořen a respondenti rozumí daným otázkám. Samotného výzkumu se zúčastnilo celkem 119 respondentů, pro zpracování dat bylo použito 96 dotazníků. Vyřazeno bylo 23 dotazníků, kdy pacienti prodělali hemoragickou formu, nesplňovali časový odstup od ataky, nebo se jednalo o nevyplněný dotazník. Data z dotazníků byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 365 a výsledky uvedeny ve sloupcovém grafu.

4.3.1 Standardizovaný dotazník

K vyhodnocení kvality života byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Tento dotazník byl vyvinut WHO jako zkrácená verze sto položkového dotazníku WHOQOL 100. Dotazník se skládá z 24 otázek, které vycházejí ze čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Celkem dotazník obsahuje 26 uzavřených otázek. Výsledky dotazníku se vyjadřují v podobě čtyř domén a dvou samostatných položek, hodnotící kvalitu života (Q14) a spokojenost se zdravím (Q15). Rozpětí škál u domén jsou od minima 4 až do maxima 20, u jednotlivých otázek (Q14 a Q15) je 1–5, přičemž vyšší skóre poukazuje na lepší kvalitu života (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Vzorce pro výpočty hrubých skóre byly použity z literatury od Dragomirecké a Bartoňové 2006 „Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace“.

Doména 1 – Fyzické zdraví se průměrný hrubý skór počítá ze sedmi položek (q16, q17, q23, q28, q29, q30 a q31). Vzorec pro výpočet: =PRŮMĚR((6-C2);(6-D2);J2;O2;P2;Q2;R2)*4 (dvojice písmena a čísla například C2 představuje adresu buňky v Excelu)

Doména 2 – Prožívání se počítá ze šesti položek (q18, q19, q20, q23, q32 a q39). Vzorec pro výpočet: =PRŮMĚR(E2;F2;G2;K2;S2;(6-Z2))*4

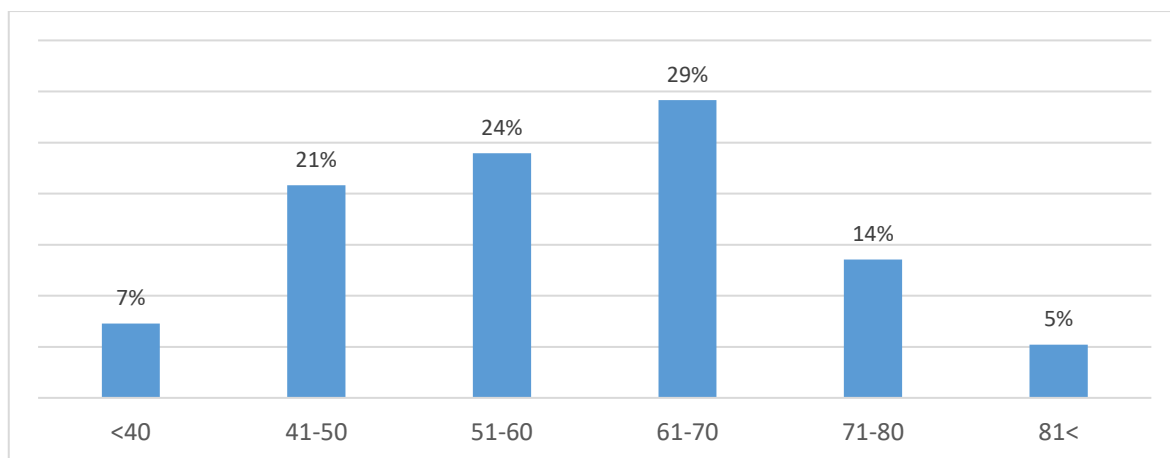
Doména 3 – Sociální vztahy se počítá ze tří položek (q33, q34, q35). Vzorec pro výpočet: =PRŮMĚR(T2;U2;V2)*4

Doména 4 – Prostředí se počítá z osmi položek (q21, q22, q25, q26, q27, q36, q37 a q38).

Vzorec pro výpočet: $=\text{PRŮMĚR}(H2;I2;L2;M2;N2;W2;X2;Y2)*4$

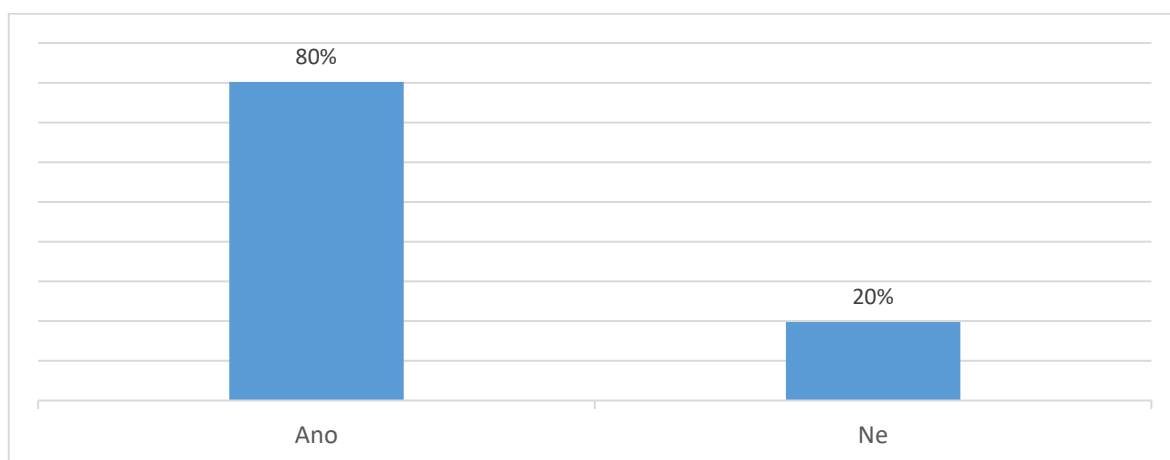
4.4 Výsledky vlastního šetření a jejich interpretace

V následující kapitole jsou prezentovány otázky a zpracovány jednotlivé odpovědi. Vhodnými respondenty byli pacienti s ischemickou cévní mozkovou příhodou a zároveň s časovým rozestupem 6-12 měsíců po atace. V grafu číslo 1 máme respondenty rozdělené dle věku, z nichž většinu tvoří osoby ve věku 61-70 let (29 %). Menší část (24 %) tvořily osoby ve věku 51-60 let, 21 % ve věku 41-50 let a 14 % ve věku 71-80 let. Nejmenší skupinu tvořily osoby pod 40 let (7 %) a nad 81 let (5 %).



Graf 1 Věk respondentů

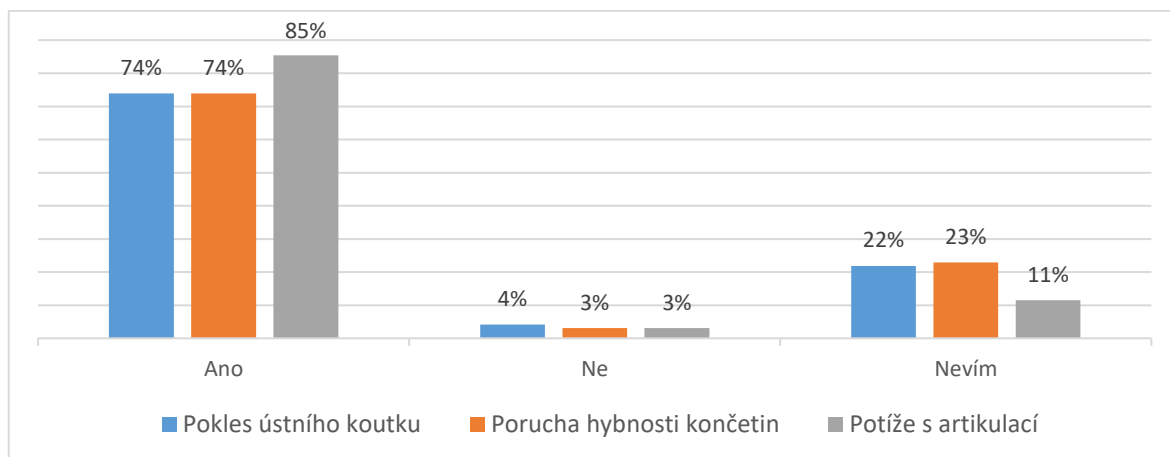
Otázka č. 4: Znáte 3 nejčastější příznaky CMP?



Graf 2 Nejčastější příznaky CMP

Komentář:

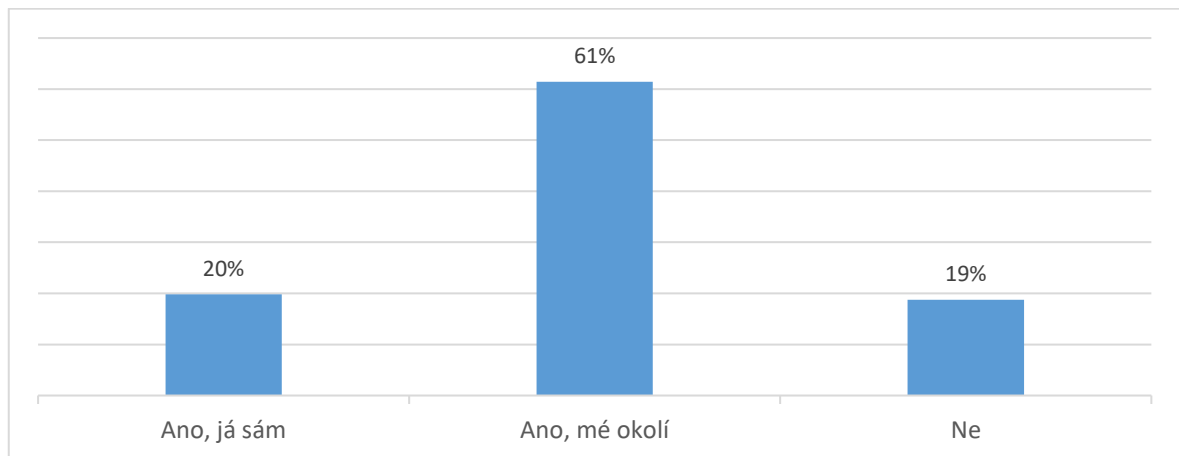
Dominantní část respondentů (80 %) uvedla, že znají 3 nejčastější příznaky CMP. Pouze 20 % uvedlo že nezná. Pro ověření této otázky, byly v dotazníku použity další 3 otázky na jednotlivé příznaky. Otázka č. 5 Patří mezi příznaky pokles ústního koutku? Otázka č. 6 Patří mezi příznaky porucha citlivosti a hybnost končetin? Otázka č. 7 Patří mezi příznaky potíže s artikulací?



Graf 3 Jednotlivé příznaky CMP

Komentář:

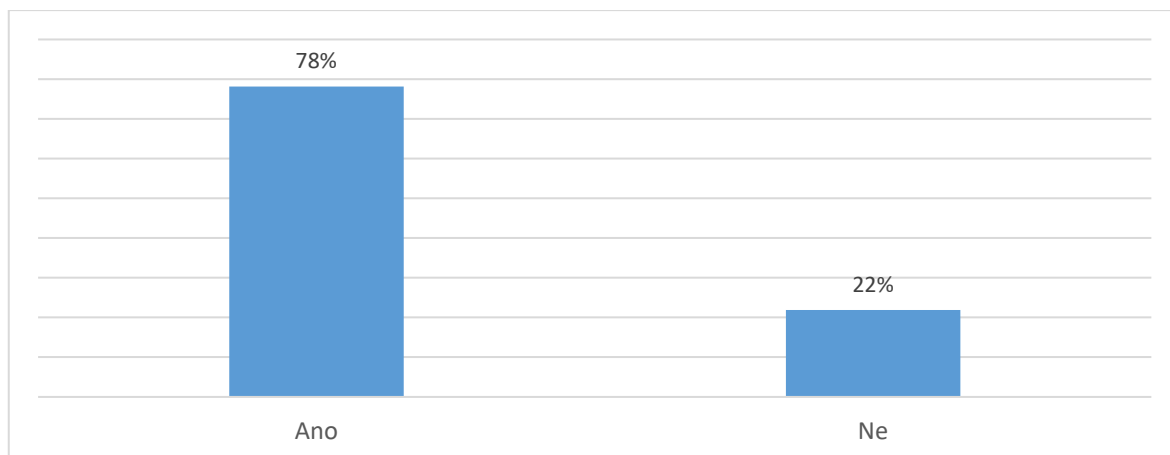
Na **otázku č. 5: Patří mezi příznaky pokles ústního koutku?** Odpovědělo 74 % ano, 4 % ne a 22 % dotazovaných nevědělo. U **otázky č. 6: Patří mezi příznaky porucha citlivosti a hybnost končetin?** Odpovědělo 74 % ano, 3 % ne a 23 % dotazovaných uvedlo že neví. Na poslední **otázku č. 7: Patří mezi příznaky potíže s artikulací?** Většina dotazovaných 85 % uvedlo ano, 3 % ne a 11 % dotazovaných nevědělo. I přesto, že 80 % dotazovaných uvedlo, že zná příznaky CMP, tak z každého příznaku přibližně 1/3 buď o příznaku nevěděla, nebo jej neznala.

Otázka č. 8: Vyhledal/a jste okamžitě rychlou zdravotnickou pomoc?*Graf 4 Vyhledání pomoci***Komentář:**

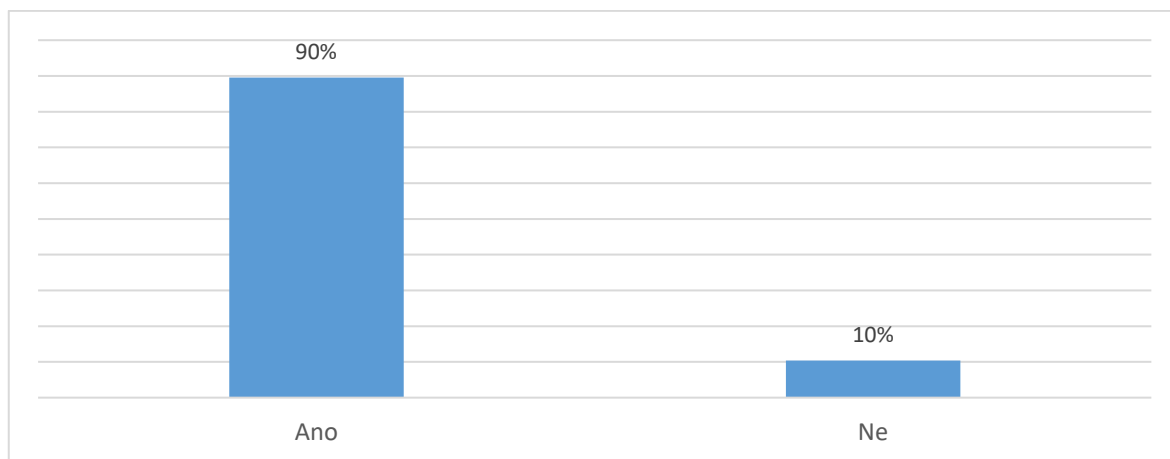
Otázka je zaměřena na okamžité vyhledání zdravotnické pomoci po propuknutí příznaků cévní mozkové příhody. Z grafu je zřejmé, že dominantní část (61 %) uvedla, že pomoc vyhledalo jejich okolí a pouze 20 % dotazovaných vyhledalo zdravotnickou pomoc samo. Dle mého názoru, velká část respondentů, a to 19 % nevyhledalo pomoc vůbec. Zde navazuje také otázka číslo devět, zda si respondenti myslí, že je včasné přivolání pomoci důležité.

Otázka č. 9: Myslíte si, že je důležité včasné přivolání zdravotnické pomoci?

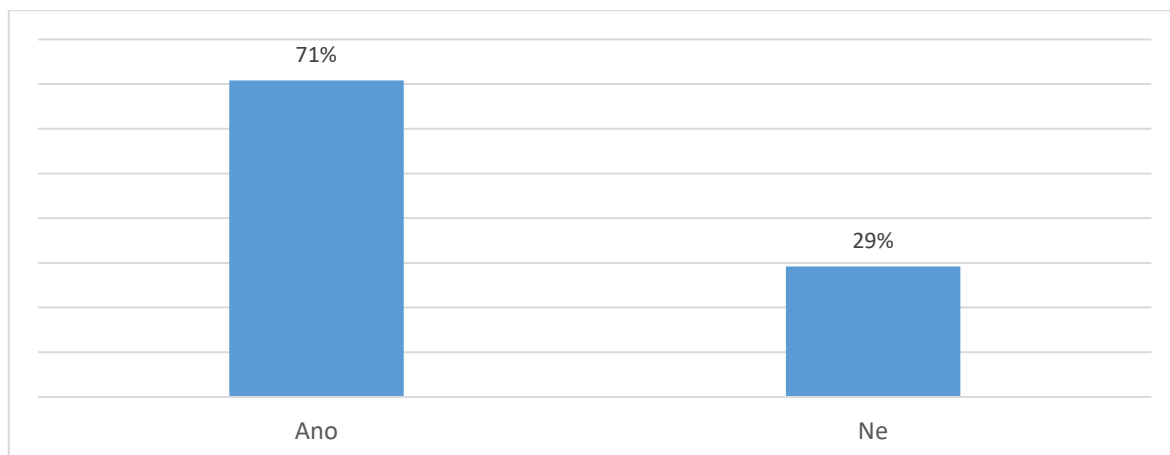
Otázka číslo devět zjišťovala, zda respondenti považují včasné přivolání zdravotnické pomoci za důležité. Zde všichni dotazovaní (100 %) zvolilo odpověď ano. I přesto, že všichni dotazovaní odpověděli, že včasné přivolání pomoci považují za důležité, pouze 20 % respondentů si přivolalo pomoc samo a celých 19 % okamžitou pomoc nevyhledalo.

Otázka č. 10: Chodíte na pravidelné kontroly do neurologických ambulancí?*Graf 5 Pravidelné kontroly v ambulancích***Komentář:**

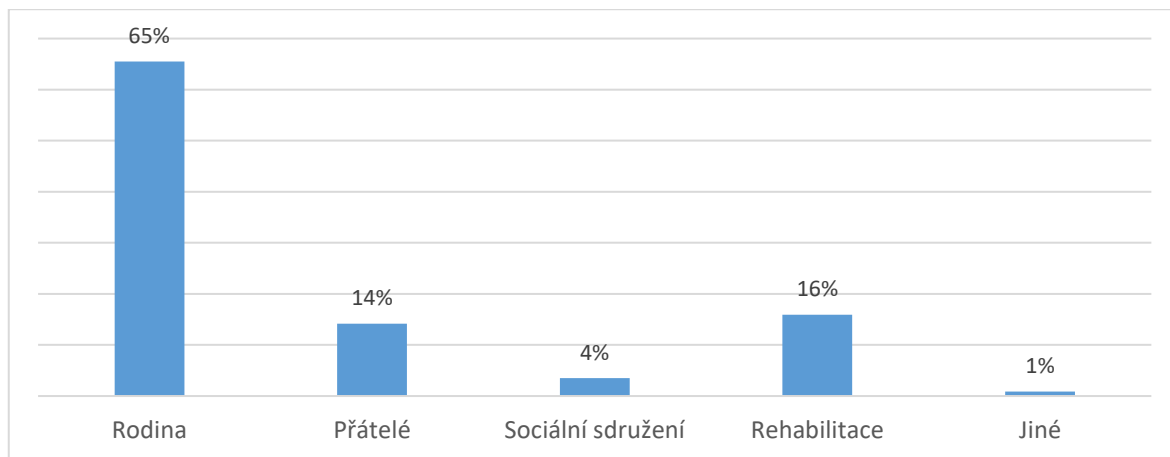
Na otázku, zda respondenti chodí na pravidelné kontroly do neurologických ambulancí odpovědělo 78 % ano a 22 % ne. Zde navazuje také otázka číslo jedenáct, protože pravidelné kontroly patří mezi sekundární prevenci onemocnění.

Otázka č. 11: Jste informováni o dodržování sekundární prevence (užívání léků, omezení kouření atd.)*Graf 6 Informovanost o sekundární prevenci***Komentář:**

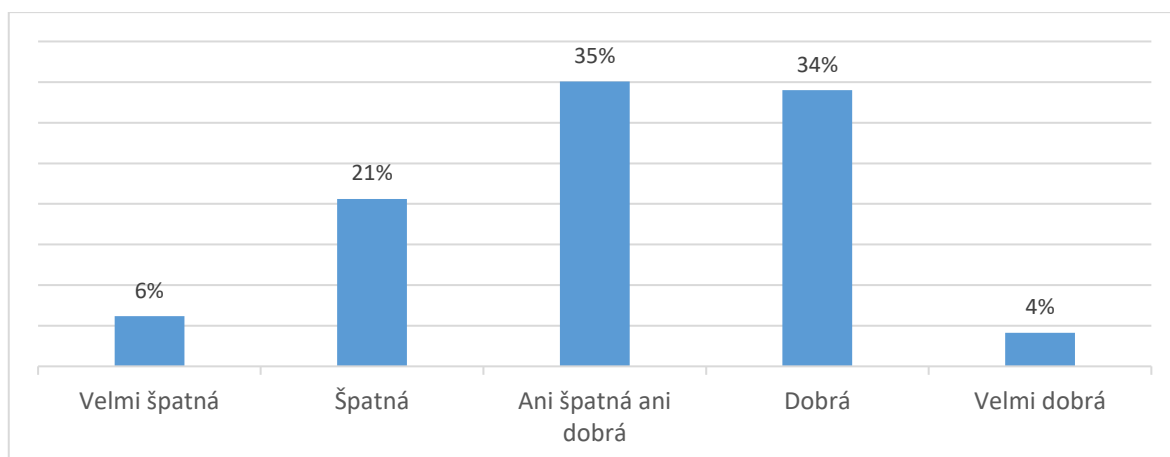
Na otázku, zda jsou respondenti informováni o dodržování sekundární prevence odpovědělo 90 % ano a pouze 10 % ne. Dominantní část respondentů je informována o sekundární prevenci, i přesto 22 % dotazovaných na pravidelné kontroly do neurologických ambulancí nechodí.

Otázka č. 12: Jste informováni o možnostech následné péče po CMP?*Graf 7 Informovanost o následné péči***Komentář:**

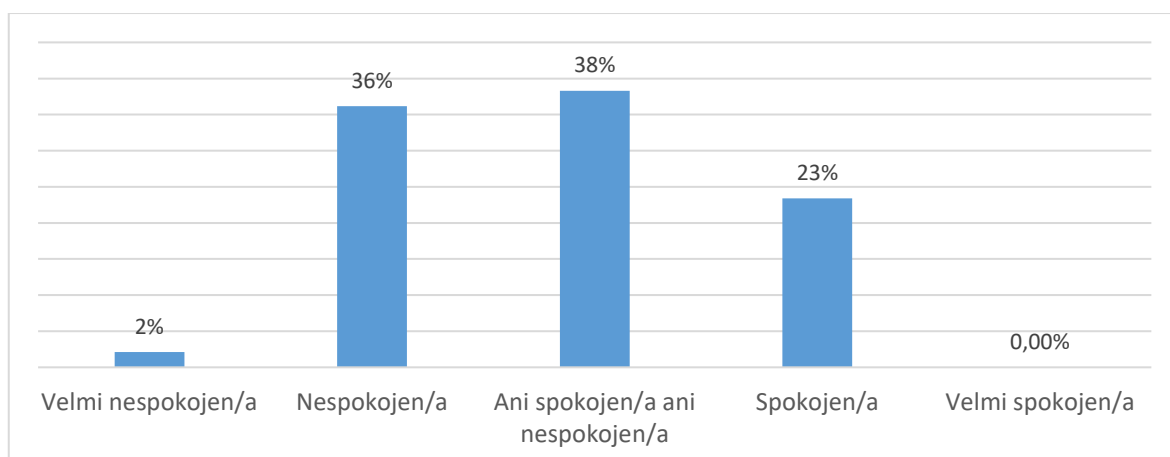
Na otázku, zda jsou respondenti informováni o následné péči, odpovědělo pouze 71 % ano a 29 % ne. Je tedy nečekané zjištění, že pouze 71 % respondentů má informace o dalších možnostech ve zvládnání následků jejich onemocnění.

Otázka č. 13: Co nebo kdo Vám nejvíce pomáhá se zvládnáním následků onemocnění?*Graf 8 Pomoc se zvládnáním následků onemocnění***Komentář:**

Z grafu je patrné, že nejčastěji označována varianta byla „rodina“ (65 %) a téměř stejně varianty „rehabilitace“ (16 %) a „přátelé“ (14 %). Nejméně byla volena možnost „sociální sdružení“ 4 % a jako „jiné“ volilo 1 % respondentů. Z uvedeného zjištění je zjevné, že rodina má významnou roli při zvládnání následků CMP.

Otázka č. 14: Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?*Graf 9 Hodnocení kvality života***Komentář:**

Na otázku k zhodnocení kvality života respondenti nejčastěji volili odpověď „ani špatná ani dobrá“ 35 % a téměř stejně také odpověď „dobrá“ 34 %. 21 % dotazovaných zvolilo jako odpověď „špatná“, 6 % „velmi špatná“ a pouze 4 % respondentů odpověděla „velmi dobrá“. Z grafu je patrné, že pacienti po CMP hodnotí kvalitu svého života neutrálně, nebo spíše dobře.

Otázka č. 15: Jak spokojený/á jste se svým zdravím?*Graf 10 Spokojenost se svým zdravím***Komentář:**

Na spokojenost se svým zdravím zvolilo 38 % neutrální odpověď „ani spokojen/a ani nespokojen/a“. 36 % zvolilo variantu „nespokojen/a“ a pouze 23 % volilo možnost „spokojen/a“. Možnosti „velmi nespokojen/a“ zvolilo 2 % a „velmi spokojen/a“ nezvolil

nikdo (0 %) Z grafu je patrné, že spokojenost se zdravím respondenti hodnotí ve většině případů neutrálně, nebo jsou nespokojeni.

Tabulka 1 Otázky hodnotící kvalitu života a spokojenost se zdravím

Otázka	Pacienti po CMP	Populační normy	STD
Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	3,08	3,82	0,72
Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	2,82	3,68	0,85

*STD = standardní odchylka

V tabulce 1 jsou zobrazeny výsledky otázek č. 14 a 15, které jsou převzaty ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Jsou zde také uvedeny populační normy a standardní odchylka, tyto hodnoty byly převzaty z příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace od autorek Dragomirecká a Bartoňová (2006).

Na otázku č.14 Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života, pacientům po CMP vyšla hodnota 3,08, která je nižší. Při přičtení standardní odchylky se jedná o průměr 3,8, což se téměř rovná populačním normám (3,82). Na otázku č. 15 Jak spokojený/á jste se svým zdravím, pacientům po CMP vyšla hodnota 2,82, která je značně nižší. Po přičtení standardní odchylky je průměr 3,67, jedná se tedy téměř o hodnotu populační normy (3,68). Z grafu číslo 9 vyplývá, že většina dotazovaných hodnotí kvalitu svého života neutrálně, nebo dobře, a přesto je průměr při přičtení standardní odchylky o 0,02 menší, než jsou populační normy. V grafu číslo 10 vidíme, že respondenti hodnotí spokojenost se svým zdravím většinou neutrálně, nebo jsou nespokojeni. I přesto je průměr při přičtení standardní odchylky pouze o 0,01 menší než populační normy.

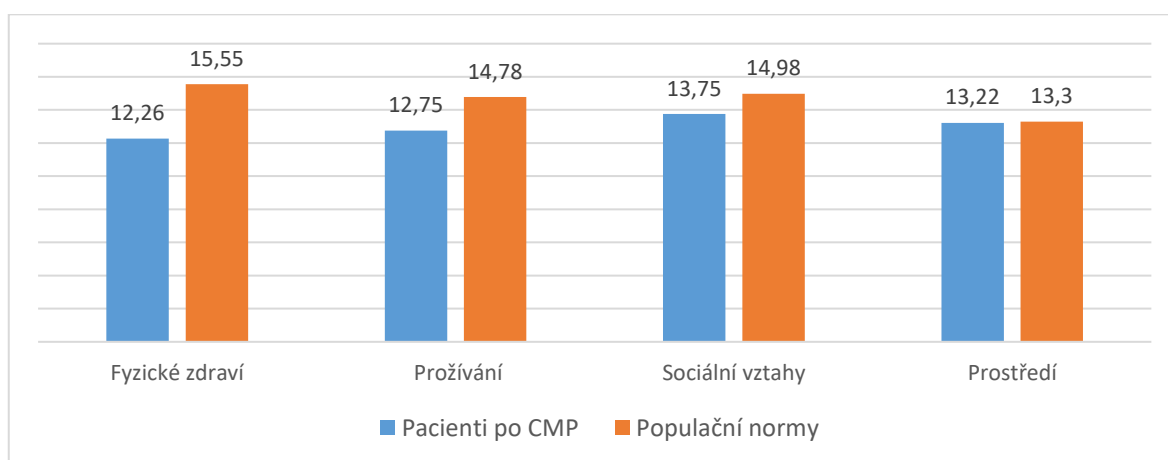
Výsledky jednotlivých doménových skóre

Tabulka 2 Výsledky doménových skóre

Domény/Skupiny	Osoby po CMP	Populační normy	STD
Fyzické zdraví	12,26	15,55	2,55
Prožívání	12,75	14,78	2,43
Sociální vztahy	13,75	14,98	2,89
Prostředí	13,22	13,3	2,08

*STD = standardní odchylka

V tabulce 2 jsou zobrazeny výsledky domén ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Jsou zde také uvedeny populační normy a standardní odchylka. U každé z domén jsou stanoveny také intervaly normy. Doména 1 má interval normy 14,3–16,8, doména 2 (13,6–16,0), doména 3 (13,5–16,4) a poslední doména 4 má interval normy 12,3–14,3. Tyto hodnoty byly převzaty z příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace od autorek Dragomirecká a Bartoňová (2006). Pro lepší přehlednost jsou hodnoty porovnány v grafu č. 11.



Graf 11 Domény kvality života

Komentář:

U **domény 1** Fyzické zdraví je hodnota 12,26, která je výrazně nižší než populační normy 15,55. Při přičtení standardní odchylky vychází hodnota (14,81), která je nižší než hodnoty u populační normy.

U **doména 2** Prožívání je hodnota 12,75, která je také výrazně nižší s porovnáním populačních norem 14,78. S přičtením standardní odchylky je hodnota (15,18) v intervalu populační normy.

U **doména 3** Sociální vztahy vyšla hodnota 13,75, která je snížena s porovnáním s populačními normami 14,98. Při přičtení standardní odchylky vychází hodnota (16,64), která je v intervalu populační normy.

U **doména 4** Prostředí je hodnota 13,22, která téměř dosahuje populačních norem 13,3. Při přičtení standardní odchylky je hodnota (15,3) v intervalu populační normy

Z výsledku týkající se první domény je zřejmé, že CMP ovlivnilo fyzické zdraví respondentů. Hodnota je výrazně nižší, než jsou populační normy, i při přičtení standardní odchylky. V druhé doméně, týkající se prožívání je průměrná hodnota nižší, než jsou populační normy. Při přičtení standardní odchylky se hodnota nachází v intervalu normy. Respondenti nejlépe hodnotí doménu prostředí a sociální vztahy. U domény sociální vztahy jsou hodnoty nižší než populační normy, ale při přičtení standardní odchylky se jedná o hodnotu v normě. Doména prostředí je téměř shodná s populačními normami.

5 DISKUZE

Tato část práce se zabývá výsledky šetření k jednotlivým cílům práce a hodnocením, zda jsme dosáhli výzkumných cílů. Výzkum probíhal v neurologických ambulancích, kdy bylo sesbíráno 119 dotazníků, z toho použitelných 96. U zbylých dotazníků se jednalo o neúplné vyplnění, nebo respondenti nesplňovali kritéria. Dominantní část respondentů (29 %) byla ve věku 61–70 let a 24 % ve věku 51–60 let. Ve věku 41–50 let bylo dle mého názoru také mnoho respondentů, přesně 21 %.

Cílem číslo jedna bylo zjistit, jak osoby po CMP hodnotí kvalitu svého života, a která z domén je nejvíce zasažena. Tento cíl byl zjišťován pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Otázky číslo 14 a 15 z dotazníku zjišťují, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života a spokojenost se zdravím. Z grafu č. 9 je zřejmé, že osoby po CMP hodnotí kvalitu svého života nejčastěji neutrálně (35 %). Dobře ji hodnotí 34 % a pouze 21 % hodnotí kvalitu svého života jako špatnou. Podobné výsledky potvrdil také výzkum autorky Příkrylové (2016), která v něm uvádí, že 43 % respondentů hodnotí kvalitu svého života neutrálně, 31 % jako dobrou a 25 % jako špatnou. I přesto, při vypracování průměru, který porovnáme s populačními normami viz. tabulka č.1., osoby po CMP mají o minimální rozdíl (0,02) nižší průměr, než jsou populační normy. V grafu č. 10 lze vidět, že respondenti spokojenost se svým zdravím hodnotí neutrálně (38 %), nebo jsou spíše nespokojeni (36 %). Spokojenost se svým zdravím uvedlo pouze 23 % dotazovaných. Autorka Příkrylová (2016) uvádí ve svém výzkumu, že 37 % respondentů je nespokojených se svým zdravím, 33 % hodnotí neutrálně a 30 % je spokojených. Jedná se tedy o podobné výsledky výzkumu. Při vypočítání průměru a přičtení standardní odchylky je spokojenost se zdravím u osob po CMP nižší pouze o 0,01 než jsou populační normy. Z tabulky č. 1 je tedy zřejmé, že hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím jsou srovnatelné u osob s CMP a s populačními normami. Tento výsledek potvrzuje také studie autorů Fedrná a Školoudík (2017), kteří uvádějí, že u pacientů po CMP nedošlo k významnému zhoršení kvality života a zdraví.

Zbylé otázky dotazníku jsou rozděleny do čtyř domén. Na doménu číslo jedna Fyzické zdraví se průměr počítá ze sedmi otázek, q16, q17, q23, q28, q29, q30 a q31. U domény číslo jedna je zřejmé, že osoby po CMP mají zhoršené fyzické zdraví. Hodnoty jsou nižší v porovnání s populačními normami. Podobné výsledky šetření uvádí ve své práci také autorka Bednářová (2013). Snížené hodnoty jsou také u domény číslo dvě Prožívání. Zde se průměr počítá ze šesti otázek, q18, q19, q20, q23, q32 a q39. Hodnota u domény Prožívání je sice nižší, ta se ale při přičtení standardní odchylky dostává do populačních norem.

Autorka Bednářová (2013) uvádí, že výsledky nedosahují průměru běžné populace, ale nepracuje se standardní odchylkou, při které dosahuje podobných výsledků jako tato práce. Méně zasažená je doména číslo tři Sociálních vztahů, kde se průměr počítá ze tří otázek (q33, q34, q35). Doména Sociálních vztahů je lehce pod normami, při přičtení odchylky se hodnota nachází v intervalu normy. Výsledky autorky Bednářové (2013) ukazují nižší hodnocení této domény, ale při přičtení standardní odchylky jsou výsledky výzkumu podobné. Nejméně zasaženou doménou je Prostředí. Ta se skládá z osmi otázek, q21, q22, q25, q26, q27, q36, q37 a q38. Zde se hodnoty téměř shodují s populačními normami. Naproti tomu u autorky Bednářové (2013) výsledky ukazují snížené hodnoty v této oblasti, i přes to, tuto doménu také uvádí jako nejméně zasaženou. Cíl č. 1 byl splněn. Z výzkumu vyplývá, že CMP nejvíce ovlivnila fyzické zdraví respondentů. Výrazněji snížená je také hodnota u oblasti prožívání. Doména sociální vztahy se ukázala jako nejméně snížená. Naproti tomu doménu prostředí CMP téměř neovlivnila. U každé z domén byl brán ohled na standardní odchylku v porovnání s populačními normami.

Druhým cílem bylo zjistit, zda respondenti znají nejčastější příznaky CMP a jsou informováni o důležitosti přivolání zdravotnické záchranné služby. Tento cíl byl zjišťován pomocí otázek číslo čtyři až devět. Na otázku, zda respondenti znají tři nejčastější příznaky CMP, odpovědělo 80 % ano. Tato otázka se ověřovala dotazem na jednotlivé příznaky, kvůli ověření znalostí. I přesto, že většina dotazovaných si myslí, že zná nejčastější příznaky onemocnění, více než třetina buď jednotlivé příznaky nezná, nebo uvedli, že nepatří mezi tři hlavní znaky CMP. Na druhou část cíle, zda si respondenti myslí, že je důležité včasné přivolání pomoci, odpověděli všichni (100 %) dotazovaných že ano. Zde navazovala otázka, zda respondenti vyhledali okamžitě zdravotnickou pomoc. U dominantní části (61 %) vyhledalo pomoc okolí, pouze 20 % dotazovaných si vyhledalo pomoc sami a celých 19 % okamžitou pomoc nevyhledalo. Cíl č. 2 byl splněn. Výsledky výzkumu ukazují, že si většina respondentů myslí, že znají nejčastější příznaky onemocnění, ale jednotlivě je již neznají. Všichni dotazovaní znají důležitost přivolání ZZS, přesto nejčastěji přivolalo pomoc okolí, nebo ji vůbec nevyhledali. Z výzkumu tedy vyplývá, že pacienti jsou málo edukováni o příznacích nemoci a důležitosti přivolání pomoci v případě další ataky. Je zde důležité také edukace veřejnosti a to z důvodu, že právě okolí nemocného je dominantní část, která přivolává u pacienta pomoc. Všeobecné sestry by se tedy měly více zaměřit na edukaci o projevech nemoci a přivolání odborné pomoci, nejen u pacienta, ale i jeho blízkých.

Třetím cílem bylo zjistit, zda jsou respondenti informováni o sekundární prevenci a možnostech následné péče ke zlepšení kvality života. Tento cíl byl zjišťován pomocí otázek deset až třináct. Otázka číslo deset zjišťuje, zda respondenti chodí na pravidelné kontroly do neurologických ambulancí. Zde 78 % odpovědělo ano a 22 % ne. Navazovala zde také otázka o informovanosti sekundární prevence, na kterou odpovědělo 90 %, že jsou informováni. Většina dotazovaných (90 %) jsou informováni o dodržování sekundární prevence. I přesto celých 22 % nechodí na pravidelné kontroly, které patří mezi sekundární prevenci toho onemocnění. Na otázku o informovanosti následné péče pacienti odpovídali z otázek dvanáct a třináct. Pouze 71 % dotazovaných odpovědělo že jsou informováni o následné péči. To potvrzuje také otázka, která z možností nejvíce respondentům pomohla s následky onemocnění. Dominantní část (65 %) zvolila možnost rodina a pouze 16 % rehabilitace. Cíl č. 3 byl splněn. Výsledky tedy ukazují, že respondenti jsou informováni o sekundární prevenci, ale na pravidelné kontroly již nedocházejí. Naproti tomu o možnostech následné péče ke zlepšení života již tolik informováni nejsou. Neinformovanost o následné péči, může být také jeden z důvodů snížených hodnot v jednotlivých doménách kvality života, a to především v doméně fyzického zdraví.

Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplývá, že osoby po cévní mozkové příhodě jsou málo edukovány o jednotlivých příznacích tohoto onemocnění v případě další ataky. Důležitá je také edukace veřejnosti, především blízkých osob jak o příznacích, tak důležitosti přivolání pomoci. Domnívám si, že je důležité také pacienty více informovat o režimových opatřeních a doporučeních. V neposlední řadě také o možnostech následné péče, jako je například fyzioterapie nebo ergoterapie ke zlepšení fyzického zdraví. Ke zlepšení domény prožívání především péče psychologa anebo logopeda, který zároveň může pomoci vylepšit doménu sociálních vztahů v oblasti komunikace.

Z toho důvodu byl vytvořen edukační materiál (viz. příloha č. 4), který popisuje jednotlivé příznaky onemocnění a klade důraz na okamžité přivolání pomoci. Dále se zde nacházejí informace o režimovém opatření, především doporučení k životnímu stylu. Jsou zde také informace o možnostech následné péče. Brožurka by se mohla nacházet v neurologických ambulancích a byla by určena především pro pacienty a blízké, nebo pro všeobecné sestry, které ho mohou využít jako podklad pro edukaci.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na hodnocení kvality života po cévní mozkové příhodě. V práci jsme zjišťovali jak hodnocení kvality života a zdraví po CMP, tak vyhodnocení jednotlivých domén (fyzického zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). V práci jsme také chtěli zjistit, jak jsou respondenti informováni o příznacích a důležitosti včasného přivlání odborné pomoci. Posledním cílem práce bylo zjistit informovanost o sekundární prevenci a možnostech následné péče, která může pomoci zlepšit kvalitu života jak celkově, tak v jednotlivých doménách. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je rozdělena do třech hlavních kapitol, na které poté navazují podkapitoly. První kapitola se zabývá pojmem cévní mozková příhoda, její epidemiologií a rizikovými faktory. Dále je rozdělena na ischemickou a hemoragickou formu CMP, kde se u každé zabýváme příčinami, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou. Druhá kapitola se věnuje péči o pacienty po CMP, podkapitoly jsou zaměřeny na ošetrovatelskou péči a prevenci tohoto onemocnění. Třetí a poslední kapitola je zaměřena na kvalitu života, která se zabývá samotným pojmem, poté možnostmi měření, a nakonec i kvalitou života u pacientů po CMP. Celá teoretická část se opírá o seznam odborné literatury a článků.

Praktická část byla zpracována pomocí kvantitativního šetření. Sběr dat byl realizován pomocí anonymního dotazníku, který byl složen z otázek autora a standardizovaného dotazníku. Výzkumu se zúčastnilo 96 respondentů. Prvním cílem práce bylo zjistit, jak osoby po CMP hodnotí kvalitu svého života a která z vybraných domén je nejvíce zasažena. Ke splnění toho cíle byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF. Ke splnění tohoto cíle byly vyhodnoceny otázky z dotazníku dle vzorce z příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace od autorek Dragomirecká a Bartoňová (2006). Překvapivé zjištění bylo, že osoby po CMP hodnotí kvalitu svého života spíše neutrálně a hodnoty jsou srovnatelné s populačními normami. Při vyhodnocování jednotlivých domén bylo dle očekávání zjištěno, že CMP nejvíce ovlivnila první doménu, a to fyzické zdraví respondentů. Snížená hodnota byla také u oblastí prožívání nebo sociálních vztahů, ale ne již v takovém rozsahu jako doména první. Naproti tomu doménu prostředí CMP téměř neovlivnila. **Cíl číslo 1 byl splněn.**

Druhým cílem bylo zjistit, zda respondenti znají nejčastější příznaky a jsou informováni o důležitosti přivolání odborné zdravotnické pomoci. Z výsledků dotazníkového šetření

vyšlo, že většina dotazovaných (80 %) si myslí, že tři nejčastější příznaky znají. K ověření znalostí byly v dotazníku vypsány jednotlivé příznaky, u kterých téměř 1/3 uvedla, že sem příznak nepatří, nebo odpověď nevěděli. Přivolání zdravotnické pomoci všichni respondenti považují za důležité. I přesto 19 % dotazovaných pomoc nevyhledalo, pouze 20 % ji vyhledalo samo a dominantní část 61 % přivolalo pomoc okolí. Z výzkumu nás překvapilo, že respondenti neznají jednotlivé příznaky CMP. A i přesto, že jsou informováni o důležitosti přivolání pomoci, ji část respondentů nevyhledala. **Cíl číslo 2 byl splněn.**

Posledním cílem práce bylo zjistit, zda jsou respondenti informováni o sekundární prevenci a možnostech následné péče, ke zlepšení kvalit života. Většina dotazovaných (90 %) jsou informováni o sekundární prevenci, ale 22 % již nedochází na pravidelné kontroly do neurologických ambulancí, i přesto, že pravidelné kontroly patří mezi sekundární prevenci CMP. O informovanosti následné péče je poučeno pouze 71 % respondentů. Vyplývá to také z otázky, kdo nebo co respondentům pomáhá se zvládním následků, kde pouze 16 % uvedlo rehabilitaci. Z výsledků výzkumu nás překvapilo, že respondenti jsou o sekundární prevenci informováni, ale ne všichni dochází na pravidelné kontroly. Naproti tomu o možnostech následné péče už mnoho respondentů informace nemá. V této oblasti by se měli zdravotničtí pracovníci více zaměřit na edukaci pacienta. **Cíl číslo 3 byl splněn.**

Při zpracovávání daného tématu jsem lépe pochopil, jak cévní mozkovou příhodu vnímají pacienti a v kterých oblastech mají stále nedostatek informací. Edukace hraje důležitou roli při rekonvalescenci a může ovlivnit dopad nemoci na kvalitu života pacienta. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že nejvíce zasaženou doménou po CMP je fyzické zdraví. Jedním z důvodů může být také to, že pacienti nejsou informováni o možnostech další péče, jako je například fyzioterapie nebo ergoterapie, která by mohla vést ke zlepšení této oblasti. Respondenti měli také nedostatek informací o příznacích nemoci, nebo dodržování sekundární prevence, mezi které bezpochyby patří i pravidelné kontroly u lékaře. Z toho důvodu byl vytvořen edukační materiál, který by se mohl nacházet v neurologických ambulancích a sloužil by všeobecným sestrám jako podklad k edukaci pacienta a jeho blízkých. Brožurka obsahuje příznaky onemocnění, doporučení k sekundární prevenci a možnosti následné péče. Edukační materiál je součástí přílohy práce a bude přiložen komisi při obhajobě bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Zdeněk, 2011. *Základy neurologie*: [učebnice pro lékařské fakulty]. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072627073.

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNÁŘÍK a Evžen RŮŽIČKA, 2010. *Klinická neurologie*. Praha: Triton. ISBN 8072545566.

BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ, 2013. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína* [online]. **2013**(2), 128-135 [cit. 2022-05-18]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1008.pdf>

BEDNÁŘOVÁ, Alena, 2013. *Kvalita života u pacientů po cévní mozkové příhodě* [online]. Ostrava [cit. 2022-05-22]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/oyv51p/>. Bakalářská práce. Ostravská univerzita. Vedoucí práce Mgr. Radka Bužgová, Ph.D.

D'ALIBERTI, Giuseppe, Marco LONGONI, Cristina MOTTO, et al., 2017. *Ischemic Stroke* [online]. Cham: Springer International Publishing [cit. 2021-10-13]. Emergency Management in Neurology. ISBN 978-3-319-31704-5. Available from: doi:10.1007/978-3-319-31705-2

DAROFF, Robert, Joseph JANKOVIC, John MAZZIOTTA et al., 2016. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. London: Elsevier. ISBN 978-0-323-28783-8.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.

EHLER, Edvard, Aleš KOPAL a Ján LATTA, 2011. Komplikace ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologie pro praxi* [online]. **12**(2), 129-134 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/13.pdf>

FADRNÁ, Táňa a David ŠKOLOUDÍK, 2017. Quality of Life in Self-sufficient Patients after Stroke. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. **80/113**(3), 323-327 [cit. 2022-05-23]. ISSN 12107859. Dostupné z: doi: 10.14735/amcsnn2017csnn.eu1

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 9788024736259.

- HANKEY, Graeme, 2020. Stroke. *The Lancet* [online]. **396**(10244), 641-654 [cit. 2022-05-18]. Available from: doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30962-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30962-X)
- HERZIG, Roman, c2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-373-2.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- HUTYRA, Martin, 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3816.
- KALINA, Miroslav, 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-107-9.
- KALITA, Zbyněk, 2007. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-26-0.
- KALVACH, Pavel, 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024727653.
- LEHOTSKÁ, Mária, 2014. Využitie meracích a hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o pacientov po cievej mozgovej príhode. *Florence* [online]. **10**(4), 32-345 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/4/vyuzitie-meracich-a-hodnotiacich-nastrojov-v-starostlivosti-o-pacientov-po-cievnej-mozgovej-prihode/>
- PALMER, Sara a Jeffrey B. PALMER, 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0348-3.
- PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- PLEVOVÁ, Ilona a Renáta ZOUBKOVÁ, 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0890-9.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-802-4738-710.
- PŘÍKRYLOVÁ, Lenka, 2016. *Kvalita života pacientů s cévní mozkovou příhodou* [online]. Praha [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/76871/BPTX_2014_2_11130_0_404

980_0_166067.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Hana Nikodemová.

RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a kol., 2019. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-681-5.

SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 9788024748689.

SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA, 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2289-9.

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR, Jiří VORLÍČEK, a kol., 2011 *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 9788024721101.

ŠECLOVÁ, Simona, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0592-3.

ŠEDO VÁ, Lenka, F. Dolák, S. Bártlová a kol., 2020. Role sestry a sekundární prevence cévní mozkové příhody. *Praktický lékař* [online]. **100**(3), 131-133 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2020-3-11/role-sestry-a-sekundarni-prevence-cevni-mozkove-prihody-123736>

ŠUBRT, Jiří, 2008. *Soudobá sociologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1486-1.

TOMEK, Aleš, 2018. *Neurointenzivní péče*. Třetí, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020451194.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ, 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 9788070135402.

VÁCLAVÍK, Daniel, 2013. Primární a sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. **15**(1), 37-40 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka->

revue/2013-1/primarni-a-sekundarni-prevence-ischemickyh-cevnych-mozkovych-prihod-40457

VRABLÍK, Michal, MAREK, Josef a kol., 2019. *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí*. 5., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5078-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMI	Body mass index
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
iCMP	Ischemická cévní mozková příhoda
IVT	Intravenózní trombolýza
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s.
LDL	Low density lipoprotein
mmHG	Milimetr rtuťového sloupce
MR	Magnetická rezonance
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
RIND	Reverzibilní ischemický neurologický deficit
SAK	Subarachnoidální krvácení
SF-36	Short Form 36
STD	Standardní odchylka
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
TK	Krevní tlak
UZ	Ultrazvuk
WHO	<u>World Health Organization</u>
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
%	Procento

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Otázky hodnotící kvalitu života a spokojenost se zdravím.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka 2 Výsledky doménových skóre</i>	<i>43</i>

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Věk respondentů</i>	36
<i>Graf 2 Nejčastější příznaky CMP</i>	36
<i>Graf 3 Jednotlivé příznaky CMP</i>	37
<i>Graf 4 Vyhledání pomoci</i>	38
<i>Graf 5 Pravidelné kontroly v ambulancích.....</i>	39
<i>Graf 6 Informovanost o sekundární prevenci</i>	39
<i>Graf 7 Informovanost o následné péči.....</i>	40
<i>Graf 8 Pomoc se zvládním následků onemocnění</i>	40
<i>Graf 9 Hodnocení kvality života</i>	41
<i>Graf 10 Spokojenost se svým zdravím</i>	41
<i>Graf 11 Domény kvality života</i>	43

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Žádost o sběr dat pro studijní účely

Příloha 3: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha 4: Edukační materiál

PŘÍLOHA 4: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Martin Běhunčík a studuji obor Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který použiji jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Vybrané aspekty kvality života u osob po prodělané cévní mozkové příhodě“. Účast na dotazníkovém šetření je anonymní a dobrovolná. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se zpracováním uvedených údajů, za účelem výzkumu realizovaného v mé bakalářské práci.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Prosím, zakroužkujte pouze jednu odpověď, pokud není v zadání uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.



Běhunčík Martin

1)	Jaký druh cévní mozkové příhody Vám byl diagnostikován?	Ischemická forma CMP			Hemoragická forma CMP		
2)	Jste při vyplňování dotazníku 6–12 měsíců po atace?	Ano			Ne		
3)	Jaký je Váš věk?	< 40	41 – 50	51 – 60	61 – 70	71 – 80	81 <
4)	Znáte 3 nejčastější příznaky CMP?	Ano			Ne		
5)	Patří mezi příznaky pokles ústního koutku?	Ano	Ne		Nevím		
6)	Patří mezi příznaky porucha citlivosti a hybnost končetin?	Ano	Ne		Nevím		
7)	Patří mezi příznaky potíže s artikulací?	Ano	Ne		Nevím		
8)	Vyhledal/a jste okamžitě rychlou zdravotnickou pomoc?	Ano, já sám		Ano, mé okolí		Ne	
9)	Myslíte si, že je důležité včasné přivolání zdravotnické pomoci?	Ano	Ne		Nerozhoduje		
10)	Chodíte na pravidelné kontroly do neurologických ambulancí?	Ano			Ne		
11)	Jste informováni o dodržování sekundární prevence (užívání léků, omezení kouření atd.)	Ano			Ne		
12)	Jste informováni o možnostech následné péče po CMP?	Ano			Ne		

13)	Co nebo kdo Vám nejvíce pomáhá se zvládním následků onemocnění? <i>(Možno zaškrtnout více variant)</i>	Rodina	Přátelé	Sociální sdružení	Rehabilitace	Jiné <i>(prosim dopište)</i>
14)	Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
15)	Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený /á
16)	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
17)	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
18)	Jak moc Vás těší život?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
19)	Na kolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
20)	Jak se dokážete soustředit?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
21)	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
22)	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
23)	Máte dost energie pro každodenní život?	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela
24)	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela
25)	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeby?	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela
26)	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela
27)	Máte možnost věnovat se svým zálibám?	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela
28)	Jak se dokážete pohybovat?	Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře

29)	Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
30)	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
31)	Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
32)	Jak spokojen/a sám/sama se sebou?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
33)	Jak jste spokojen/a jste se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
34)	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
35)	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
36)	Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě kde žijete?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
37)	Jak jste spokojen/a jste s dostupností zdravotní péče?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
38)	Jak jste spokojen/a s dopravou?	Velmi nespokojený /á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
39)	Jak často prožíváte negativní pocity jako rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	Nikdy	Někdy	Středně	Celkem často	Neustále

PŘÍLOHA 5: ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

(1/2)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:

jméno, příjmení, titul **Martin Běhunčík** datum narození **29. 11. 1999**

adresa bydliště **Tečovice 149, Zlín 4**

Zaměstnanec KNTB ANO uveďte pracoviště: _____
 NE uveďte název organizace: _____

Název ŠKOLY: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
 jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název: _____

Název FAKULTY: **Humanitních studií** studovaný obor: **Všeobecná sestra**

Sběr dat za ÚČELEM: bakalářská práce rigorózní práce
 diplomová práce disertační práce
 jiný druh práce, upřesněte: _____

Název PRÁCE: **Vybrané aspekty kvality života u osob po prodělané cévní mozkové příhodě**

Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden: **Neurologické oddělení**

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat: od: **2.3.2022** do: **1.5.2022**

datum 1.3.2022 podpis žadatele _____

VYJÁDRĚNÍ VEDOUCÍHO dotčeného pracoviště: SOUHLASÍM NESOUHLASÍM podpis **Ing. Mgr. Bohumila Pavlátová**
vrchní sestra
Neurologické oddělení

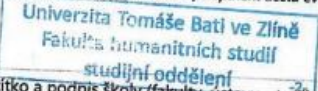
VYJÁDRĚNÍ Krajské nemocnice T. Bati: se sběrem dat SOUHLASÍM NESOUHLASÍM
Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat: ANO NE

datum 1.3.2022 podpis a razítko _____

POVINNÉ přílohy žádosti:

- Stručná anotace odborné práce.
- V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek.
Krajská nemocnice T. Bati, a. s. se tímto zavazuje, že Vámí předložené podklady (dotazníky, výzkumné otázky) nebudou použity k žádnému výzkumnému účelu, ani dále distribuovány. Budou tvořit pouze součást přílohy této žádosti, která bude po splnění účelu evidence skartována.
- Potvrzení o studiu:**

datum 1.3.2022


razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)

Potvrzenou žádost zašlete ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracoviště), pro **nelékařské obory** náměstky pro ošetřovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** náměstky pro léčebnou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín.

01-F-09-2022-334 ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY (nová verze) (Krajská nemocnice T. Bati) 2022

Stránka 1 z přílohy 2

PŘÍLOHA 6: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i empirická část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Martin Běhunčík	
Téma bakalářské práce	Vybrané aspekty kvality života u osob po prodělané cévní mozkové příhodě	
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Jana Pelková	
 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti po CMP v ambulantní péči	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
<i>Neurologická amb - MUDr. Hlaváčková</i>	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *16.3.2022*

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA 4: EDUKAČNÍ MATERIÁL

Jedná se o cévní mozkovou příhodu?



Ztráta citlivosti v obličeji
s poklesem ústního koutku a
poruchou polykání



Porucha řeči, artikulace a
neadekvátní reakce



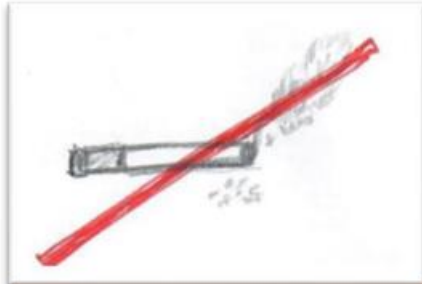
Porucha hybnosti končetin,
zvláště jednostranná



Přítomnost některého z příznaků
= okamžité volání 155

Důležité je, znát také co
nejpřesnější čas vzniku
příznaků

Režimová opatření po CMP



Zákaz

- Kouření
- Užívání drog
- Konzumace většího množství alkoholu

Doporučení

- Omezení solení a tučných jídel
- Do jídelníčku více zařadit vlákninu, ovoce a zeleninu
- Denně přiměřená pohybová aktivita, například chůze
- Užívání předepsaných léků
- Pravidelné kontroly u lékaře



Máte nějaké potíže po CMP?

Potíže
s hybností

zeptejte se na možnosti
fyzioterapie
(jejíž cílem je, obnovení
funkce pohybového systému)

Potíže se
soběstačností

zeptejte se na možnosti
ergoterapie
(jejíž cílem je, dosažení co
možná maximální
soběstačnosti v běžných
denních činnostech)

Potíže
s artikulací

zeptejte se na možnosti
logopedie
(jejíž cílem je, co možná
nejlépe rozvinout komunikační
schopnosti)

Prožíváte
negativní pocity
(úzkost, deprese)

zeptejte se na možnosti
psychologické péče

**Edukační brožurka zpracována v rámci bakalářské práce na
téma „Vybrané aspekty kvality života u osob po prodělané cévní
mozkové příhodě“**

Zpracovali:

Martin Běhunčík – student oboru Všeobecná sestra, prezenční forma
studia

MUDr. Jana Pelková – vedoucí práce

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2022

Zdroje:

RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a kol.,
2019. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-
681-5.

SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA, 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*.
Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2289-9.

VÁCLAVÍK, Daniel, 2013. Primární a sekundární prevence ischemických
cévních mozkových příhod. *Kardiologická revue – Interní
medicína* [online]. **15**(1), 37-40 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z:
[https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2013-
1/primarni-a-sekundarni-prevence-ischemickych-cevnych-mozkovych-
prihod-40457](https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2013-1/primarni-a-sekundarni-prevence-ischemickych-cevnych-mozkovych-prihod-40457)

VRABLÍK, Michal, MAREK, Josef a kol., 2019. *Markova farmakoterapie
vnitřních nemocí*. 5., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada.
ISBN 978-80-247-5078-1.