

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života pacientů po ischemické CMP

bakalářská práce

Autor práce: Jana Smejkalová

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jana Smejkalová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života u pacientů po ischemické CMP
Cíl práce:	Cílem práce v teoretické části je seznámit s onemocněním ischemické CMP a zjistit kvalitu života pacienta po ischemické CMP. Nahlédnout do problematiky onemocnění, vyzdvihnout důležitost včasného zahájení léčby a upozornit na následky onemocnění, které mají dopad nejen na pacienta, ale na jeho rodinu.



PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Práce je zaměřena na kvalitu života pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě. Svým obsahem je rozdělena do dvou částí (teoretickou a empirickou). Teoretická část popisuje problematiku o kvality života (historii, pojetí, rozdělení, měření, kvalitu života po ischemické CMP, edukaci) a ischemickou cévní mozkovou příhodu (rizikové faktory, anatomii a fyziologii, etiopatogenezi, dělení, klinický obraz, diagnostiku, terapeutické možnosti, prevenci a následnou podporu).

Stěžejní (empirická) část je založena na dotazníkovém šetření na podkladě kvantitativního výzkumu. Cílem práce je zjistit případné možné změně kvality života u pacientů po prodělaní ischemické CMP. Vlastní dotazníkové šetření probíhalo na neurologické ambulanci a lůžkovém neurologickém oddělení v nemocnici v Havlíčkově Brodě. Šetření probíhalo u pacientů nejméně 1 měsíc po prodělané ischemické CMP v časovém období od října 2018 do února 2019.

Klíčová slova: kvalita života, zdraví, jedinec, ischemie, cévní mozková příhoda.

Abstract

The thesis observes the quality of patients' lives after suffering the ischemic stroke. Its content is divided into two parts (the theoretical and the empirical one). The theoretical part describes the general issues of the quality of life (the history, the concepts, the distribution, the measurement, the quality of life after the ischemic stroke, the education) and the ischemic stroke issue (the risk factors, the anatomy and the physiology, the etiopathogenesis, the division the clinical picture, the diagnostics, and the subsequent support). The core (empirical) part is based on a quantitative research survey. The aim of this part is to discover the possible changes in the quality of patients' lives after suffering the ischemic stroke. The actual survey was conducted at the neurological clinic and the neurological ward in the Havlíčkův Brod hospital. The investigation was performed with patients suffering the ischemic stroke not less than 1 month before the survey during the time period between October 2018 and February 2019.

Key words: quality of life, health, individual, ischemia, cerebrovascular accident.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 15. dubna 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Michaela Schneiderové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a ochotu, kterou mi věnovala při zpracování této práce. Mé poděkování patří i mé rodině, která mě během studia a při psaní bakalářské práce podporovala a všem kteří přispěli k dokončení této práce.

Obsah

Úvod.....	11
Motivace	12
Cíl práce	13
Výzkumné otázky	13
1 Současný stav problematiky	14
1.1 Kvalita života	14
1.1.1 Celosvětově historická fakta v nejvýznamnějších datech.....	14
1.1.2 Pojetí kvality života	15
1.1.3 Pojmosloví kvality života	15
1.1.4 Měření kvality života	16
1.1.5 Hodnocení kvality života	17
1.1.6 Kvalita života po ischemické cévní mozkové příhodě	18
1.2 Ischemická cévní mozková příhoda	18
1.2.1 Rizikové faktory	19
1.2.2 Etiopatogeneze.....	20
1.2.3 Definice a rozdělení ischemické CMP.....	21
1.2.4 Klinický obraz.....	22
1.2.5 Diagnostické algoritmy	23
1.2.6 Terapeutické algoritmy péče.....	25
1.2.6.1 První přednemocniční péče.....	25
1.2.6.2 Léčba akutní fáze	26
1.2.7 Navazující péče po iktu.....	27
1.2.7.1 Nutriční podpora	27
1.2.7.2 Fyzioterapie	28
1.2.7.3 Ergoterapie.....	29
1.2.7.4 Logopedie	30
1.2.7.5 Psychologická péče.....	31
1.2.7.6 Psychiatrická péče.....	31
1.2.8 Prevence.....	32
1.2.9 Post nemocniční péče.....	33
2 Výzkumná část.....	36
2.1 Metodika výzkumu	36
2.2 Výzkumný problém	36
2.3 Charakteristika výzkumného prostředí a souboru respondentů	36
2.4 Průběh výzkumu a zpracování získaných dat	37

2.5	Výsledky výzkumu	38
3	Diskuze	64
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	70
	Závěr	71
	Seznam použité literatury	72

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	38
Graf 2 Věkové skupina respondentů.....	39
Graf 3 Rodinný stav respondentů	40
Graf 4 Dosažené vzdělání respondentů	41
Graf 5 Pracovní zařazení respondentů	42
Graf 6 Místo trvalého bydliště	43
Graf 7 Sdílení domácnosti respondenta	44
Graf 8 Doba po prodělané CMP.....	45
Graf 9 Počet diagnostikovaných CMP	46
Graf 10 Nějaký druh postižení	47
Graf 11 Frekvence kontrol	48
Graf 12 Návštěvy jiných odborníků	49
Graf 13 Úprava domácnosti	50
Graf 14 Subjektivní hodnocení zdraví respondenta	51
Graf 15 Zhodnocení zdraví se stavem před rokem	52
Graf 16 Omezení každodenních činností	53
Graf 17 Omezení činnosti	55
Graf 18 Omezení z důvodu emocionálních potíží	56
Graf 19 Omezení společenského života	57
Graf 20 Stupně bolesti	58
Graf 21 Vliv bolesti na pracovní činnost	59
Graf 22 Pocity v posledních 4 týdnech	60
Graf 23 Ovlivnění společenského života	62
Graf 24 Subjektivní vnímání zdraví a nemoci.....	63

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Žádost o dotazníkové šetření

Seznam použitých zkratek

a kol. – a kolektiv

ASA – acetylsalicylová kyselina

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

DI – dokončený iktus

EEG - elektroencefalografie

EKG – elektrokardiogram

IM - infarkt myokardu

mg – miligram

mm Hg – milimetr rtuťového sloupce

mmol/l – milimol na litr

MMSE – Mini Mental State Exam

MR – magnetická rezonance

Na Cl – Natrium chloratum

např. – například

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PI – progredující iktus

RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit

RTG - rentgen

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

TIA – Tranzitorní ischemická ataka

TK – tlak krve

Úvod

Ischemická cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je závažné onemocnění a patří mezi nejčastější příčiny úmrtí jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích. Celosvětově je zodpovědná za více jak 5 miliónů úmrtí za rok. Ve většině industriálních států patří na druhé až třetí místo mezi příčinami mortality. Incidence iktů (ischemických i hemorhagických) je v České republice dvakrát vyšší než v jiných vyspělých státech. Pohybuje se okolo 300 případů na 100 000 obyvatel za rok. Přes to, že jsou statistiky neúprosné, nárůst výskytu se po celém světě neustále zvyšuje. Dnes není výjimkou výskyt u pacientů v produktivním věku a v mladších věkových skupinách. Jedná se o akutní stav, který vyžaduje co nejrychlejší zahájení adekvátní terapie, od kterého se pak odvíjí následky nemoci. Díky současném pokroku v akutním stádiu léčby dochází ke snížení mortality, omezení následků po CMP i snížení počtu pacientů vyžadující ústavní péči. Bohužel se někdy tělo plně neuzdraví a mohou vzniknout různé následky, které svými dopady zatěžují život pacienta či blízkých, a tím pádem ovlivňují i kvalitu života (Tyrliková, 2012).

Problematiku kvality života pacientů po ischemické CMP jsem si vybrala z několika důvodů: ať se již jedná o vlastní zájem a prohloubení si znalostí, tak i z pracovních důvodů, neb jako všeobecná sestra jsem s touto problematikou konfrontována téměř denně i na svém pracovišti.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě velké části - teoretickou a výzkumnou. Teoretická část bude zaměřena na dvě základní kapitoly, a to kvalita života (historie, pojetí a měření kvality života) a dále na ischemickou cévní mozkovou příhodu (definice, rizikové faktory, klinický obraz, etiopatogeneze, vyšetření, léčbu a prevenci). Výzkumná část bude založena na kvantitativním výzkumu metodou dotazníkové šetření. Cílová skupina respondentů budou pacienti po ischemické CMP. Dotazníkové šetření bude probíhat od října 2018 do února 2019. Cílem práce je zmapovat, jak působí ischemická cévní mozková příhoda na bio, psycho a sociální dimenzi kvality života.

Motivace

Ischemická CMP znamená pro pacienta ve většině případů velký zásah do jeho dosavadního života i způsobu života jeho rodiny. Jedná se o akutní stav, kdy pacienta toto onemocnění překvapí většinou v plném zdraví. Pacient má o ischemické CMP většinou jen základní poznatky a zná jen základní informace o příznacích a průběhu onemocnění. Ve většině případů má onemocnění zásadní dopad na jeho stávající život. Na neurologickém oddělení, kde pracuji již několik let, se setkávám s problematikou tohoto závažného onemocnění denně a vidím i dopady tohoto onemocnění na kvalitu života pacientů po prodělaném iktu. Toto závažné onemocnění postihlo i blízkou osobu v mé rodině a vím, že dopad onemocnění zasáhne všechny členy rodiny a ovlivní nejen pacientovu kvalitu života, ale kvalitu života i pečujících osob. Z tohoto důvodu jsem si zvolila jako téma pro bakalářskou práci kvalitu života pacienta po prodělané ischemické CMP.

Cíl práce

Cílem práce v teoretické části je seznámit s onemocněním ischemické CMP a zjistit kvalitu života pacienta po ischemické CMP. Nahlédnout do problematiky onemocnění, vyzdvihnout důležitost včasného zahájení léčby a upozornit na následky onemocnění, které mají dopad nejen na pacienta, ale na jeho rodinu.

Výzkumná část je zaměřena na stanovení kvality života pacientů po ischemické CMP a zda došlo po onemocnění k nějakým změnám či omezením v jejich aktivitách. Hodnotí se míra a oblast omezení. Pro hodnocení jsem použila standardizovaný dotazník SF -36. Standardizovaný dotazník je doplněn demografickými údaji.

Výzkumné otázky

1. Jak pacient po prodělané ischemické CMP vnímá své zdraví?
2. V jakých běžně vykonávaných denních a společenských aktivitách po ischemické CMP je omezován?
3. Jaký vliv má ischemická CMP na psychickou stránku pacienta?

1 Současný stav problematiky

1.1 Kvalita života

Kvalita života je vysoce individuální. Jedná se o subjektivní i objektivní indikátor související s uspokojováním potřeb. Svými dopady vyjadřuje rozpor mezi realitou, očekáváním, možnostmi i skutečností. Má velmi dynamický charakter. V různých životních obdobích i situacích se může značně lišit. Má vliv na pohodu a spokojenost ve všech oblastech života člověka (Hudáková, 2013).

V běžném životě člověka jsme zvyklí hovořit zejména o kvantitě života. Lze jí určit poměrně snadno neboť je uváděna počtem let, to se však nedá tvrdit o kvalitě. Kvalita lidského života je něčím, na co mají různí lidé odlišné pohledy i názory. Svým obsahem je zaměřen na jakost a hodnotu a v současné době nabývá na významu, což je klíčové pro hodnocení lidského života (Dvořáčková, 2012).

Rozdělení kvality života na medicínský, psychologický a sociální pohled:

- V medicíně se posuzuje zdravotní a funkční stav člověka.
- V psychologii dominují pocity jako štěstí, pohoda, spokojenost, sebeaktualizace, smysl života.
- V sociologii rozhodují aspekty, materiální podmínky, status a subjektivní pocit člověka ve vztahu k nim (Gurková, 2011).

1.1.1 Celosvětově historická fakta v nejvýznamnějších datech

Zdraví je důležitou částí plnohodnotného života. Z hlediska umístění v žebříčku životních hodnot je uváděno na předních místech. Dokud člověk neonemocní je často bráno jako samozřejmost. Zdraví je propojení fyzické, psychické, sociální i spirituální jednoty. Přes to, že je známa řada faktorů, definic i pojetí podílejících se na vnímání a interpretaci nemoci či zdraví, záleží pouze na jednotlivcích, jak je budou posuzovat. Jedná se o velmi významné indikátory, které ovlivňují kvalitu života. Kvalitoužití se lidé zabývali již od pradávna. Již v římské a řecké mytologii, a v knize od Aristotela, nalezneme její první písemné známky. Vlastní pojem kvalita života se poprvé objevil ve 20. letech 20. století, kdy byl převážně zaměřena na materiální životní úroveň. Od té doby začíná expandovat do řady vědních oborů. Koncem 30. let se pojem zavedl do psychologie a v 50. letech se

nejprve stal politickým cílem a poté byl zaveden i do medicíny. V 60. letech došlo k širšímu pojetí kvality života, kdy byla často chápána jako nemateriální dimenze života. K popisu kvality života už nestačily jen ekonomické parametry. Termín se zavedl především v sociologii a byl tématem mnohých výzkumů. V 70. letech bylo pojetí spojováno s myšlenkou žít lépe, ale žít jinak. Začali se hledat a využívat především sociální indikátory, které umožnily hodnotit nejen objektivní, ale i subjektivní vnímání vlastní kvality života jedincem. V 80. letech bylo zejména často využíváno pro hodnocení životní úrovně obyvatelstva. Největší rozkvět výzkumu nastal v 90. letech. V dnešní době se kvalita života zaměřuje na míru životní spokojenosti a pocitu štěstí (Heřmanová, 2012).

1.1.2 Pojetí kvality života

Kvalita života zahrnuje širokou různorodou škálu oblastí od fyzických (biologických) funkcí až po oblast spojenou s dosahováním životních cílů a prožíváním osobního štěstí. V souvislosti s pojmem kvalita života se pojí životní spokojenost, která je u každého člověka zcela individuální. Svůj podíl na vnímání pojmu má také i proces uspokojování lidských potřeb. Současné filozofické pojetí, založené na holismu, se prolíná se do všech zdravotnických směrů, kvalitu života nevyjímaje (Šamánková, 2011).

Díky nedozírnému rozsahu a dopadům nabývá pojem kvalita života na významu napříč vědními obory. Je to dáno tím, že důležitou roli zde sehrávají faktory např. kultura, náboženství, osobní zkušenost a charakter člověka. Jedná se o široký pojem, který je ovlivněn fyzickým a psychickým stavem (osobní pohoda a spokojenost), sociálními vztahy, životním prostředím a osobním vyznáním. Objektivní pohled kvality života zahrnuje fyzické zdraví, materiální zabezpečení a sociální postavení. Subjektivní pohled kvality života zahrnuje jedincovo vlastní vnímání postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou a hodnotovým systémem (Příbyl, 2015).

1.1.3 Pojmosloví kvality života

Kvalita života je zkoumána v několika vědních oborech: v ošetrovatelství, medicíně, psychologii, pedagogice, ekonomii, filozofii, sociologii a v mnoha dalších odvětvích. Podobnost v pojmenování je neodmyslitelná, ale jedinou obecnou definicí ji charakterizovat je velmi obtížné. Neexistuje jednotná definice kvality života. Je to dáno tím, že kvalita života představuje těžko uchopitelný pojem pro jeho komplexnost

a multidimenzionálnost. V ošetrovatelství je nejčastěji citovaná definice vytvořená pracovní skupinou WHOQOL. Ta v ní vyjadřuje, jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, zájmům, obavám, starostem a standardům. Další pojmosloví popisuje K.C. Calman, který nazývá kvalitu života jako rozpor mezi nadějemi, sny a ambicemi člověka. Jeho současné reálné zážitky jsou všeobecně motivovány, aby tento rozpor byl eliminován. Čím menší je tedy rozpor mezi chtěným a dosavadním životem, tím víc je život vnímán jako kvalitní. D. Kováč popisuje kvalitu života, kdy základem je u člověka dobrý fyzický a psychický stav, funkční rodina a materiálně sociální zabezpečení (Gurková, 2011).

1.1.4 Měření kvality života

V medicíně byly považovány dlouhou dobu za nejvýznamnější objektivní ukazatele fyzické zdraví, sociální a ekonomická úroveň. V současnosti se hodnocení spíše zaměřuje na subjektivní zkoumání. Z výzkumu vyplývá, že subjektivním i objektivním zkoumáním kvality života přináší mnohdy odlišná data (Dvořáčková, 2012).

Pro potřeby měření a hodnocení kvality života vztažené ke zdraví jsou zejména využívány metody: dotazníku a rozhovoru. Dotazník je nejčastěji používanou metodou a měl by být standardizovaný. Z klinických metod se používá strukturovaný i nestrukturovaný rozhovor. Snaha zachytit a co nejvýstižněji vyjádřit kvalitu života pacientů si vyžádala vytvoření množství nejrozličnějších dotazníků, které zachycující kvalitu života pacientů s rozličným onemocněním. Pro potřeby hodnocení v ošetrovatelství byly vytvořeny specifické dotazníky. Tyto dotazníky slouží pro co nejlepší vystižení stavu pacienta.

Existuje velké množství metod měření kvality života po CMP. Mezi nejpoužívanější dotazníky patří např.:

- Stroke Specific Quality of Life (SS – QoL)
- The Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL)
- Health Related Quality of Life (HRQoL)
- Stroke Impact Scale (SIS)
- The Burden of Stroke Scale (BOSS)
- Quality of Well-Being Scale (QWS)
- Sickness Impact Profile (SIP)
- Nottingham Health Profile (NHP)

- Distress and Disability Rating Scale (DDRS)
- Stroke Impact Scale (SIS) Version 3.0 a její zkrácená 16 položková verze.

Dotazník kvality života související se zdravím SF-36 není specifický pro žádné onemocnění, věkem ani typem léčebného procesu. Dotazník SF-36 je zkratkou short form, obsahuje 36 otázek, kterými je hodnocena kvalita života u nemocných osob. Je doporučován pro dospělé i mladistvé pacienty od 14 let. SF-36 je nejpoužívanější dotazník a je často využíván v mnoha odvětvích medicíny. Je stručný, komplexní a dostupný v mnoha jazycích. Zaměřuje se na pacientův celkový zdravotní stav. Jedná se o otázky zaměřené na fyzickou a mentální stránku pacienta. Délka vyplnění dotazníku přibližně trvá 5-10 minut. Subjektivní indikátor kvality života je zaměřen nejen na negativní dopad nemoci, ale i na pozitivní pohled nemoci (Gurková, 2011).

Kvalitu života vnímá každý člověk individuálně, a i přes závažné onemocnění nemusí kvalitu života vnímat nedostatečně. V ošetrovatelské praxi se hodnotící nástroje kvality života používají převážně z výzkumných důvodů. Objektivní metodou hodnocení kvality života druhou osobou se používá metoda podle W. O. Spitzera, která hodnotí bolesti, náladu, využití volného času, pracovní neschopnost, stav nezávislosti na okolí, finance a rodinnou situaci. Dle těchto kritérií lze správně vyhodnocovat kvalitu života pacienta (Csisko, 2013).

1.1.5 Hodnocení kvality života

V běžné klinické ošetrovatelské praxi často neuvědoměle hodnotíme kvalitu života pacientů prostřednictvím ukazatelů zdravotního stavu a zachování funkcí. Dobrou kvalitu života předpokládáme u pacientů tehdy, když je jeho klinický stav a laboratorní parametry zlepšeny. A naopak při jejich zhoršení předpokládáme špatnou kvalitu života. U zdravotnických pracovníků je tendence hodnotit kvalitu života pacienta prostřednictvím jeho nemoci. Pacienti jí však vnímají skrze své běžné fungování v životě, do jaké míry je jejich dosavadní životní styl ovlivňován a limitován zdravotním stylem a jaké dopady má vliv onemocnění na jejich fungování, životní perspektivu a vztahy s jinými. Také snaha pacientů dosáhnout dobrého zdravotního stavu, může mít za následek snížení kvality života (například dietní opatření). Dosažení dobrého zdravotního stavu se proto nemusí slučovat se zlepšením kvality života a při hodnocení není až tak důležité vyjádření a popis zdravotního stylu, ale spíš popis subjektivních pocitů. Kvalita života představuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče, která by se měla zaměřovat nejen

na fyzické aspekty, ale především na podporu návratu pacientů do běžného života, využívání zdrojů sociální podpory a zvládnutí denních aktivit (Gurková, 2011).

1.1.6 Kvalita života po ischemické cévní mozkové příhodě

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života a představuje jednu z podmínek kvalitního žití. „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím. Zdraví je základní lidskou potřebou, je cennou hodnotou individuální i sociální, výrazně ovlivňující kvalitu života a hodnotou zasluhující si celospolečenskou ochranu.*“ Každý člověk by si měl rozšiřovat znalosti o faktorech, které ovlivňují jeho zdravotní stav, a naučit se žít zdravějším životním stylem. Pravidelně se starat o své zdraví a být za své zdraví zodpovědný (Čevela, 2009, str. 11).

Prožít kvalitní život po prodělané ischemické CMP je komplikované a není to snadné, je třeba žít jinak. Je potřeba se naučit žít se svou nemocí a mnohé ze svého života vyloučit, změnit, omezit a oželeť. Pro pacienta představuje nelehkou osobní cestu a životní zápas k naplnění individuálních cílů. Prožitek kvality života je u každého pacienta jiný, ale většinou zasahuje do šesti základních oblastí, které podmiňují kvalitu života. Jsou to sebepřijetí (souznění s vlastní minulostí), autonomie (právo vyjadřovat se i při závažné nemoci), pozitivní vztahy (v rodině i u pečovatele), smysl života (rekapitulace prožitého života s nadějí, že přijde ještě něco pozitivního), zvládání životního prostředí (cítit se bezpečně ve sdíleném prostoru) a osobní rozvoj (završení života). Kvalita života v souvislosti se zdravím a nemocí, bývá označována jako osobní pohoda. Pacient by se měl i po nemoci cítit dobře, i když byly vyčerpány všechny účinky možnosti návratu ke zdraví a vyhlídky na další život pomalu vyhasíná. V některých případech může skončit terapie, ale nemůže skončit péče. Nelze ale zapomínat na realitu možností léčby. Při vyčerpání možností terapie dostává pomoc jiný ráz, který je hlavně zaměřen na všestrannou péči o dožívajícího pacienta. Je-li kvalita života definována jako pohoda, pak je nutné ji zajistit i u těžce nemocných až do poslední chvíle (Haškovcová, 2010).

1.2 Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemická CMP zahrnuje heterogenní skupinu cerebrovaskulárního onemocnění, která má specifické příčiny, klinické příznaky i léčbu. Je definována jako celkové nebo ložiskové příznaky poruchy funkce mozku, trvající déle než 24 hodin. Dle epidemiologických studií je vyzorováno, že se stoupajícím věkem se její incidence

zvyšuje. Do budoucna lze očekávat ještě vyšší četnost, vzhledem k narůstajícímu věku populace. Svými dopady je ischemická CMP problémem nejen zdravotním, ale i společenským, etickým, sociálním a ekonomickým. Ze zdravotního pohledu je důležitá primární prevence, tedy systematizace vyhledávání rizikových osob a zjištění všech rizikových faktorů, které se mohou podílet na rozvoji nemoci. Z neuropsychologického hlediska je důležité sledovat behaviorální a psychické změny pacienta v průběhu času, a jejich hodnocení pro úspěšnou lékařskou, psychologickou a rehabilitační strategii (Kulišťát, 2017).

1.2.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory podílející se na vzniku ischemické CMP je možno rozdělit na vícero kategorií (ovlivnitelné, neovlivnitelné, interní a externí).

První dělení je založeno na míře ovlivnitelnosti výskytu faktorů.

Za **ovlivnitelné rizikové faktory** lze považovat:

- Hormonální antikoncepce.
- Životospráva a životní styl – kofein, alkohol, nikotin, drogy, sérové lipidy, obezita a nedostatek pohybu (Seidl, 2008).
- Nemoci srdce a aorty – mezi hlavní rizikové faktory patří arytmie, fibrilace síní, mitrální stenóza, čerstvý IM, ischemická choroba srdeční, trombus v levé komoře, umělé chlopně, infekční endokarditida, myxom síně, dilatační kardiomyopatie (Bednařík, 2010).
- Karotické stenózy – jsou významným rizikem pro vznik ischemické CMP. Závažnost je závislá na stavu druhé karotidy. U pacientů postižených stenózou karotid dochází často k opakovaným TIA (Kalvach, 2010).

Za **neovlivnitelné rizikové faktory** lze považovat:

- Rasa - lidé černé rasy mají mnohem vyšší riziko úmrtí a invalidity po prodělané CMP než běloši. V České republice se vliv rasy citelně neprojevuje, ale vlivem politické situace a narůstající migrační krize může v budoucnu dojít ke změnám.
- Věk - nejvyšší výskyt mezi 65-75 lety, kdy v každé další dekádě se zvyšuje riziko vzniku iktu až dvojnásobně.
- Pohlaví – je prokázána větší incidence u mužů než u žen.

- Genetické dispozice - familiární výskyt.

Z hlediska působení na lidský organizmus se uvádí další velmi významné dělení na **interní rizikové faktory**:

- Polycytemie - je onemocnění, při kterém dochází ke zvýšení počtu červených krvinek. Může dojít ke vzniku trombózy.
- Vaskulitidy - na cévách dochází k okluzím, stenózám i k aneurismatům.
- Diabetes mellitus - zvyšuje riziko CMP až třikrát a zvyšuje i počet komplikací.
- Hypertenze - nejdůležitější rizikový faktor ischemického iktu. Vysoký krevní tlak může poškodit tepny, které dodávají krev do mozku. Za hypertenzi jsou označovány hodnoty krevního tlaku nad 140/90 mmHg. Systolický tlak je důležitý rizikový faktor a jeho snížení výrazně ovlivňuje riziko ischemické CMP. Rizikový faktor může být i jednorázové zvýšení TK.

Externí rizikové faktory:

- Meteorologické faktory - teplota, klima, sezona (častější výskyt u extrémních teplot).
- Socioekonomické faktory (postihuje více pacienty s menšími příjmy) (Homolka, 2010).

1.2.2 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze podílející se na rozvoji onemocnění je různorodá. Dle ložiskového postižení se ischemická CMP dělí na lokální a globální. Lokální ložiskové postižení vzniká na podkladě uzávěru přívodné tepny v mozku. Aby bylo možné klasifikovat ischemii jako globální, musí se na jejím vzniku participovat některá z příčin např. hypotenzní stavy nebo nedostatečně cirkulující krevní objem. Stanovení nexu je důležité pro další postup při léčbě, prognóze a prevenci. Dle působku vyvolávajícího ischemii se v klinické praxi využívá klasifikace do 5 kategorií:

1. Kardioembolické – nejčastější příčinou jsou fibrilace síní, chlopenní vady, infarkt myokardu, náhrady chlopní.
2. Ateroskleróza velkých tepen – hlavně při zúžení a uzávěru mozkové tepny. Nejčastěji jsou postiženy tepny v oblasti krku.

3. Lakunární – jsou způsobeny poškozením perforátorů odstupujících z tepen Willisova okruhu a zasobující hluboké mozkové struktury. Vznikají zde infarkty do velikosti 15 mm.
4. Jiná příčina – natržení stěny tepny nejčastěji v důsledku traumatu, zánět stěny tepny, nebo hyperkoagulační stavy.
5. Neznámé příčiny – nepodaří se zjistit žádnou příčinu a ani nejsou přítomny žádné rizikové faktory (Tyrliková, 2012).

1.2.3 Definice a rozdělení ischemické CMP

Dle kritérií Světové zdravotnické organizace se definuje CMP „*Jako rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového mozkového poškození, předpokládaného cévního původu, trvající déle než 24 hodin, nebo vedou ke smrti*“ (Tyrliková, 2012, str. 124).

V klinické praxi se ikty rozdělují podle různé stupně síly a doby trvání příznaků na:

- TIA (tranzitorní ischemická ataka) vzniká jako akutní bezbolestný neurologický deficit cévní příčiny, která obvykle odezní do 24 hodin a nezpůsobí morfologický korelát. TIA obvykle trvá do 1 hodiny a jen u 15 % pacientů vymizí do 24 hodin. Nástup příznaků je velmi rychlý, doba trvání TIA se pohybuje převážně v minutách a u 50 % pacientů dojde k úplné nápravě do jedné hodiny. Asi u 90 % pacientů do 4 hodin. Jde o přechodnou poruchu mozkového průtoku krve, která je pouze funkční a nezpůsobuje strukturální nedostatečnost. TIA je varovný signál, pro možný ischemický iktus. U 8-10 % pacientů se 3 měsíce po TIA objeví CMP. Během jednoho roku je to 10-30 % pacientů. Největší riziko nastává v prvních dnech a týdnech. Má náhlý začátek a kompletní a rychlou úpravu stavu. Proto TIA vyžaduje lékařskou intervenci.
- RIND (reverzibilní ischemický neurologický deficit) je obdobou TIA. Samovolná úprava pacientova stavu, bez následků proběhne do jednoho týdne.
- PI (progredující iktus) je vyvíjející se příhoda s reziduálním menším neurologickým deficitem. U pacienta postupně narůstá klinická symptomatologie kvůli zhoršující se ložiskové hypoxii mozku.
- DI (dokončený iktus) klinický obraz pacienta zůstává po 24 hodinách stejný (Bednařík, 2010).

1.2.4 Klinický obraz

U ischemických CMP je klinický obraz velmi rozmanitý. Je to dáno řadou faktorů mezi ně lze zařadit např. správně stanovená diagnóza, včasný transport do zdravotnického zařízení a rychlé zahájení léčby.

K nejčastěji se vyskytujícím patří:

Porucha řeči: ztráta nebo porucha řeči (afázie, dysartrie, dysfonie) se vyskytuje asi u třetiny pacientů po ischemické CMP. U pacientů je postižena jejich schopnost vyjádřit se pomocí jazyka a porozumět mluvenému slovu, a to díky poškození centrálního nervového systému. Při poškození Brocovy oblasti a okolní tkáně je typické hledání výrazů, nerozhodnost, porucha opakování, neplynulá řeč, neschopnost gramaticky správně spojovat slova a věty, zároveň je zachováno porozumění. Při poškození Wernickeovy oblasti je řeč plynulá a pohotová, ale vyskytují se poruchy porozumění, pojmenování a opakování, včetně poruch psaní a čtení. Poškození všech řečových center může vyústit v globální afázii. Obvykle během jednoho roku, po ischemické CMP, dochází ke zlepšení fatické poruchy a jen u menšiny přetrvává. Proto je v počátcích léčby důležitá logopedická péče.

Porucha motoriky a senzorických funkcí: náhlá porucha hybnosti končetin (hemiparéza, hemiplegie, monoparéza, monoplegie, paraparéza, paraplegie, kvadruparéza, kvadruplegie) často je doprovázena stejnostranou parézou jazyka a lícního nervu. Potíže vznikají na protilehlé straně ke straně léze. U pacientů se může objevit neschopnost porozumět a provést naučené pohyby. Dále může dojít k poruše provádění naučených pohybů na verbální i neverbální výzvu, k poruše užívání předmětů, k poruchám pravolevé orientace, jemné motoriky, zpracování pohybu, dominance ruky, rychlosti pohybu a síly.

Porucha paměti: postihuje asi 50 % pacientů v časných fázích CMP a 10-30 % pacientů po roce nemoci. Poruchy paměti mají špatný dopad na nezávislost pacienta, návrat do běžného života a úspěšnou rehabilitaci. Pro paměťové funkce jsou důležité oblasti mozku mediální temporální lalok, mezimozek, frontální lalok a spojovací oblasti zadní kůry mozku. U pacientů může dojít k amnézii, poškození spontánního vybavení, ke konfabulaci, nesprávnému vybavení si informace a sekundárním paměťovým deficitům.

Porucha pozornosti: se může projevit jako opomíjení předmětů na opačné straně k mozkové lézi, což bývá nazýváno jako hemi-nepozornost. Máme několik druhů poruch

pozornosti: motorický, percepční, vizuální, auditivní a taktilní. Někdy může být velmi jemný, a proto je důležité pozorování chování pacienta v přirozeném prostředí. Včasné odhalení je důležité pro rehabilitaci a pro prevenci úrazů.

Porucha vizuálního zpracování: výpadek zrakového pole jednoho oka i výpadek části zorného pole (diplopie, rozmazané vidění) až slepota. Potíže ve vizuálních úlohách má 34-75 % pacientů po prodělaném iktu.

Porucha osobnosti a emotivity: jsou po ischemické CMP velmi časté. Emoční stav pacientů je ovlivněn jak samotným traumatem, tak i strachem z další příhody a za smrti. Mezi nejčastější projevy patří: ztráta zájmu a apatie, změna osobnosti, úbytek iniciativy, úzkost, deprese, porucha nálady, agresivita. U poškození přední mozkové arterie se deprese uvádí asi u 10-40 % pacientů. Vzácněji se mohou objevit i mánie a psychózy zejména u pravostranných poškození (Kulišťák, 2017).

Potíže při chůzi: tah do jedné strany, vertigo a porušení koordinace a stability chůze.

Porucha čítí: snížené vnímání tepla i chladu, dotyků, bolesti, pohybu. Snížení citlivosti může postihnout obličej, horní nebo dolní končetinu jedné strany těla.

Porucha orientace: zmatenost, pro základní odlišení jednotlivých poruch se soustředíme na to, zda pacient chápe význam našich otázek a požadavků. Zda je schopen slova opakovat, zda mluví plynule, používá slova správně a je schopen pojmenovat ukázané předměty.

Bolest: náhle vzniklá bolest hlavy bez zjevné příčiny.

Mezi méně častější symptomy patří: porucha vědomí, ztuhlost šíje, nauzea a zvracení. U 8-9 % ischemií se vyskytují i epileptické záchvaty (Lukáš, 2011).

1.2.5 Diagnostické algoritmy

Cévní mozková příhoda je urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení léčby.

K základním diagnostickým metodám patří:

Neinvazivní vyšetřovací metody:

- Neurozobrazovací metody. Diagnostika ischemie z hlediska zobrazovacích metod však není v prvních hodinách snadná. Existují včasné příznaky mozkové

ischemie. Nové techniky zobrazení perfuze a difuze mozku dokáží maláci zobrazit již v prvních třech hodinách po začátku ischemie, což má zásadní význam pro moderní způsob léčby, trombolýzu (Seidl, 2008).

- Vyšetření CT (počítačová tomografie) mozku prokáže ischemii, kde se zobrazí stenóza, nebo uzávěr tepny. Při akutní ischemické příhodě není vhodné CT vyšetření v prvních 12-48 hodin, zvláště u příhod menšího rozsahu a postihující subkortikální struktury (Schneiderová, 2014).
- MRI (magnetická rezonance) slouží k časně diagnostice ischemie. Akutní ischemie může být zachycena pomocí difuzně vážených obraz během několika minut až hodin po nástupu iktu. Provádí se i kvantitativní měření krevního průtoku do jednotlivých částí mozku. Měřením mozkové perfuze v době akutní příhody, může být rozpoznána mozková tkáň, která je ohrožena infarktem, ale ještě není trvale poškozena. Provádí se pomocí srovnávání oblastí ohrožených infarktem s místem infarktu. Rozdíl mezi těmito dvěma zobrazeními odhalí oblast mozku, kde se zahájí rychlá léčebná intervence (Tomek, 2012).

Invazivní vyšetřovací metody:

- Angiografie slouží nejen k diagnostice, ale umožňuje i terapeutický výkon.
- Vyšetření CT angiografie by měla být provedena u všech pacientů s podezřením na prodělanou ischemickou CMP, kdy její výsledek je důležitý pro optimální volbu terapie.
- MR angiografie patří mezi miniinvazivní metody při detekci patologických stavů. Výhodou vyšetření je absence ionizujícího záření.

Doplňková vyšetření:

- Mezi pomocná vyšetření patří EKG (elektrokardiogram).
- Laboratorní vyšetření (krevní obraz, biochemický screening a koagulační parametry).
- RTG (rentgen) srdce a plíce.
- Interní a kardiologické konzilium.

- V indikovaných případech při ischemické CMP, kdy hledáme zdroj embolizace, se používá transezofageální a transtorakální echokardiologické vyšetření. Metoda vyšetření srdce poskytuje vynikající možnost k posouzení všech srdečních oddílů (Bartůněk, 2016).

Diferenciální diagnostika u CMP je důležitý proces stanovení správné diagnózy a mezníkem pro stanovení následné léčby. Je to významný proces v lékařském diagnostickém rozhodování, kdy lékař stanoví, na základě zjištěných dostupných informací, pravděpodobné diagnózy a z nich následně vybere ta nejpravděpodobnější. Ischemická CMP má často podobné příznaky jako mozkový tumor, migréna, epileptický záchvat, mozkové krvácení a virová encefalitida. Pro rozlišení se používají vyšetřovací metody např. CT, MRI, CT - angiografie, EEG (elektroencefalografie), ultrazvuk, lumbální punkce (Tyrlíková, 2012).

1.2.6 Terapeutické algoritmy péče

U pacienta již v prvních minutách, u ischemického ložiska v mozkové tkáni, dochází v jádru ložiska k odumírání nervových buněk. Průtok je sice zachován, nervové buňky nepodléhají nekróze, ale jejich metabolismus je redukován a buňky jsou funkčně neaktivní. Pokud nedojde ke zlepšení průtoku krve, tkáň podléhá nekróze. Proto je u ischemického iktu velice důležitý časový interval. Od vzniku prvních příznaků do okamžiku podání účinné terapie, nejlépe do 1 až 2 hodin na specializovaném pracovišti. (Bartůněk, 2016).

1.2.6.1 První přednemocniční péče

Ischemickou CMP je nutno považovat za emergentní stav, který vyžaduje pacienta neprodleně transportovat do nemocnice, optimálně na specializované iktové oddělení. Každá prodleva snižuje léčebný efekt. Transport pacienta nejčastěji provádí rychlá záchranná služba, najdou si i výjimečné případy dopravy po vlastní ose. Výhodou transportem RZP je zhodnocení a zajištění vitální funkcí, sledování hodnot glykémie, orientační neurologické vyšetření a stabilizace zdravotního stavu. Před, popř. během transportu, je zajišťován žilní přístup s možnou aplikací elektrolytového roztoku. Při poklesu SpO₂ pod 95 % se zahajuje oxygenoterapie (Bartůněk, 2016).

1.2.6.2 Léčba akutní fáze

Ischemická CMP je heterogenní porucha, a proto léčba zahrnuje kromě vlastní terapeutické možnosti léčby i komplexní opatření k zajištění vitálních funkcí včetně jejich dekompenzace, které se skládá:

Globální léčba - jejíž pozornost je zaměřena na ventilaci a respiraci, a v případě hypoxie, nebo při dechové insuficienci, aplikována oxygenoterapie. Monitorujeme srdeční činnost v podobě EKG, korekci tělesné teploty, sledujeme i krevní tlak (TK). U pacientů s extrémně vysokým tlakem postupně redukuje. Příliš razantní snižování TK u ischemického iktu není prospěšné. Glykémii udržujeme v rozmezí 4-8 mmol /l, při hladině cukru v krvi nad 10mmol /l je terapie založena na aplikaci inzulinu. Monitorace vnitřní prostředí, a k doplnění tekutin, je nejčastěji využívána infúze fyziologického roztoku. K zajištění nutrice je preferována před parenterální výživou enterální, která by měla být zahájena do 24 hodin.

Antiagregační léčba – protidestičkovou léčbu zahájíme co nejdříve, nejlépe do 48 hodin od vzniku iktu. Léčba brání shlukování i adhezi krevních destiček a jejich vazbě s fibrinem. Používá se ASA (kyselina acetylsalicylová).

Antikoagulační léčba – při protitrombotické léčbě se zasahuje do systému plazmatické koagulace. Podává se nízkomolekulární Heparin (např. Fraxiparine Multi) v profylaktických dávkách.

Trombolytická léčba – cílem fibrinolytické léčby je rozpuštění trombu. Indikační kritéria pro aplikaci trombolýzy se vyvíjí. Intravenózní trombolýza se zahajuje do 4,5 hod od vzniku symptomů a 6 hod u intraarteriální trombolýzy. Lze využít i kombinovanou trombolýzu, která spojuje výhody obou metod. Čím dříve je trombolýza zahájena, tím větší má pro pacienta prospěch. Trombolýza aplikována do 90 minut, od vzniku prvních příznaků, je dvakrát účinnější než podaná po 180 minutách.

Protiedémová léčba – podává se hypertonický roztok Na Cl, Manitol. Edém mozku je závažnou komplikací ischemického iktu a obvykle se léčba zahajuje během 24 – 48 hodin od začátku potíží (Bednařík, 2010).

Chirurgická léčba - tromboembolektomie intrakraniálních tepen se provádí katetrizační metodou, kdy je možné odsát trombus z uzavřených cév. Dekompresivní kraniotomie pro ischemii střední mozkové tepny je indikována u pacientů 18-60 let s klinickými příznaky,

středně těžké až těžké ischemie u akutního infarktu mozku lokalizovaného v povodí střední mozkové tepny větší než 50 % (Bartůněk, 2016).

1.2.7 Navazující péče po iktu

Již od akutní fáze, po prodělané ischemické CMP, u pacientů poskytujeme péči rehabilitační, ergoterapii, logopedii, nutriční poradenství i psychoterapii vždy v souladu se zdravotním stavem nemocného. Jelikož onemocnění může vést k řadě komplikacím související s omezením, je nutné dispenzarizovat jedince ve specializovaných ambulancích (např.: logopedických, rehabilitačních, interních, neurologických, psychiatrických) (Bartůněk, 2016).

U ischemických CMP 1/3 pacientů zemře do jednoho roku a polovina z těch co přežijí je těžce funkčně postižena. Souhrnně ze všech onemocnění je ischemická CMP onemocnění, která má jednu z největších socioekonomických i zdravotnických dopadů na společnost. K jejich podpoře je nutná řada opatření, aby byla zajištěna adekvátní kvalita života (Bednařík, 2010).

1.2.7.1 Nutriční podpora

Přijímání potravy je pro většinu lidí příjemné a znamená také požitek a možnosti setkání s lidmi. Pro pacienty po ischemické CMP s poruchou polykání to znamená značné snížení životní kvality. Zejména to platí u imobilních pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko s omezením možnosti pohybu, kdy potravu nemohou přijímat sami, ale jsou závislí na pomoci ostatních. Jídlo stimuluje pohyb a prokrvuje oblast dutiny ústní, a proto je vhodné, pokud proces přijímání potravin začne u pacienta co nejdříve. Terapie polykání potravy bývá úspěšná a většina pacientů se naučí opět přijímat potravu fyziologickou cestou (Lippertová, 2015).

Po vzniku CMP jsou pacienti ohroženi latentní aspirací. Proto je nutno pátrat a zaměřit pozornost po symptomech dysfagie (jednou z možností diagnostiky skýtá Guss test) a věnujeme se nácviku polykání (Bartůněk, 2016).

Dysfagie je porucha polykání tekutin, slin, tuhé potravy a léků. Je to narušení transportu sousta z dutiny ústní do žaludku. Dysfagie může mít závažné důsledky, kdy kromě nedostatečné výživy (malnutrice, dehydratace a narušená bezpečnost polykání) ovlivňuje i celkový stav pacienta (riziko aspirace a s ní spojený rozvoj pneumonie). Dysfagické

potíže vedou ke snížení kvality života s negativním dopadem na psychiku pacienta a jeho vztahy vůči okolí (Mandysová, 2016).

Při poruše polykání jsou nevhodné suché, drobné a drolivé potraviny pro velké riziko aspirace. U tekutin lze použít k zahuštění do gelové podoby potravinový tmel. Dbáme na vhodnou chuťovou a mechanickou úpravu stravy, zvažujeme stav chrupu a stravovací návyky pacienta. U pacientů, kteří jedí sami, podporujeme motivaci k jídlu, u nechutenství doporučujeme sipping.

Náhrady při poruše polykání:

- Nozogastrická sonda, kde se bolusově podává mixovaná kuchyňská strava nebo firemní hotové výrobky.
- Při dlouhodobé nutriční podpoře se využívá přístup do žaludku přes břišní stěnu perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG).
- Parenterální podání výživy lze pouze po omezenou dobu pro nebezpečí zánětu žíly. Úplná parenterální výživa se podává centrálním žilním katetrem ve formě vaků. Vaky obsahují komplexní roztoky cukrů, minerálů, stopových látek, aminokyselin a tukových emulzí. Parenterální výživa se doporučuje, pokud pacient nemůže přijímat potravu ústy ani výživovou sondou. Umožňuje rychlé dodání energie a všech důležitých složek potravy. Při nejisté prognóze, po akutní ischemické CMP s poruchou polykání je vhodné po 2-3 týdnech přehodnotit taktiku a profit léčby (Kalvach, 2011).

1.2.7.2 Fyzioterapie

Fyzioterapie je součástí péče o pacienta po CMP. Fyzioterapeut může hodnotit a registrovat změny, které nastanou v průběhu rehabilitačního procesu. Fyzioterapie je zaměřena na udržení či obnovení ztracených pohybových funkcí. Terapeutický program je individuálně přizpůsoben fyzickým schopnostem a aktuálnímu stavu pacienta. Rehabilitační ošetřování je způsob aktivního ošetřování a je velkým přínosem pro pacienta. Rehabilitace je důležitým faktorem při soběstačnosti pacienta a může výrazně ovlivnit i kvalitu jeho dalšího života. Rehabilitace, u pacientů po prodělaném iktu, musí brát ohled na typ a stupeň postižení, kognitivní funkce, psychický stav a přidružené nemoci. Provádí se nácvik denních činností, změna polohy, oblékání a hygienické potřeby. U pacientů imobilních, kteří potřebují polohovat je základ rehabilitační

ošetřovatelství, které je zajištěno především všeobecnými sestrami. Správné polohování je zapotřebí zahájit co nejdříve a pravidelně dodržovat časové intervaly. Polohování pomáhá předejít muskulárně skeletálním deformitám, proleženinám, předchází problémům s oběhem a podporuje rozpoznání a uvědomění postižené strany.

Pasivní cvičení je zejména zaměřené na protahování v oblastech se ztrátou aktivní hybnosti a slouží k udržení pohybu v kloubech a prevenci kontraktur (Šamánková, 2011). Časná mobilizace pacienta, po prodělané ischemické CMP je základem pro předcházení komplikací. Proto je rehabilitace u většiny pacientů indikována již druhý den po vzniku iktu. Intenzita rehabilitace záleží na schopnosti a spolupráci pacienta. Cílem rehabilitační péče je zajistit pacientovi co nejvyšší možnost kvality života a jeho nezávislosti na okolí (Tyrlíková, 2012).

1.2.7.3 Ergoterapie

Ergoterapie určuje přesvědčení, hodnoty a postupy profese, které se přenášejí do chování ergoterapeuta a jeho výběru praktických a teoretických postupů. Vychází z pohledu ergoterapeutů na to, co je žádoucí a přijatelné pro kvalitu života pacienta. Základ ergoterapie je zaměřen na pacienta, kterého vnímá jako celek. Cílem ergoterapie je dosažení co největší soběstačnosti, nezávislosti, aktivního začlenění pacienta do společnosti a zvýšení kvality jeho života (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie pomáhá pacientům řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti pro vykonávání každodenních aktivit a pracovních, zájmových i rekreačních činností. Využití cílené a smysluplné činnosti podporuje mentální a fyzické funkce, a tím dochází ke zlepšení celkového zdravotního a psychického stavu. U pacientů po ischemické CMP ergoterapeut provádí polohování na lůžku, nácvik běžných denních činností, mobilizaci a stimulaci plegických a paretických končetin a přizpůsobuje okolí kolem lůžka pro snadnou pohyblivost pacienta. Důležité je zaměřit se nejen na potřeby pacienta, ale i celé jeho rodiny. Ergoterapeuti spolupracují s pacienty, s jejich rodinami a s dalšími členy týmu na vytvoření plánu služby, který bude založen na silných stránkách rodiny a bude odrážet její potřeby (Jelínková, 2009).

Ergoterapie se dělí na několik částí:

- cílená na postiženou oblast (aktivní hybnost, polohování, úchopy, senzorika, grafomotorika)
- bazální (oblékání, osobní hygiena, přesuny)

- instrumentální (nákup, vaření, užívání léků)
- kondiční (podpora již nacvičené funkce)
- ergodiagnostika a předpracovní zaměření
- fatické a kognitivní funkce (vyšetření a terapie)
- kompenzační pomůcky (výběr, instrukce a zácvik používání)
(Šamánková, 2011).

1.2.7.4 Logopedie

V rámci neurologické rehabilitace má důležitou roli logopedie. Poruchy řeči jsou u pacientů po ischemické CMP časté a ztráta komunikace s okolím má pro pacienty špatný dopad. Hrozí u něj zhoršení kvality života, izolaci a ztráta kontaktů. Cílem léčby je snaha pacientovi co nejrychleji pomoci v komunikaci. Nejčastější poruchou řeči je afázie, kdy dojde k částečné nebo úplné ztrátě řeči. První příznakem afázie je, když pacient reaguje na taktilní a optické stimuly a minimálně na verbální podněty. S poruchou řeči nacházíme i jiné neuropsychologické deficity, zejména počítání, čtení a porozumění. Cílem logopedie je umožnit pacientovi komunikaci a zvládat situace a rozhovory denního života.

V léčbě afázie rozlišujeme 3 fáze:

- fáze aktivace kdy, v akutním stádium je možná spontánní úprava afázie
- fáze specifického cvičení, které začíná po 4-6 týdnech od začátku onemocnění, afázie se projevuje v plném rozsahu
- fáze konsolidace je zaměřena na co nejefektivnější zlepšení komunikace pacienta v rámci využití denního života.

Logopedická péče se zabývá i terapií dysartrie a dysfonie. Dysartrie jsou často spojovány s poruchou orgánů tvorby řeči. Často vznikají při poškození hlasivek, nebo hrtanu, následkem dlouhodobé intubace pacienta. Při logopedii je prvním léčebným krokem správná podpora dýchání, která je důležitá pro tvorbu řeči. Mohou se používat i různé pomůcky. Trénuje se fonace, artikulace, pohyby jazyka a celá buko-faciální oblast. Cílem logopedického cvičení je zejména posílení svalstva rtů, jazyka, patra a tváří. Pacientovi po prodělaném iktu usnadní logopedická péče schopnost mluvit i polykat. Pacient

opakovaně procvičuje verbální komunikaci k obnovení funkce řeči, kdy opakuje slova a slabiky po logopedovi a učí se znovu správně rozumět i odpovídat. Pro pacienta je to většinou dlouhodobá záležitost, kdy se musí znovu učit číst i psát (Lippertová, 2015).

1.2.7.5 Psychologická péče

Sledovat prožívání a chování pacientů po ischemické CMP je důležité, u některých pacientů se může vyvinout deprese v důsledku invalidizace, ztráty dovedností a schopností i vlivem změny v sociálních vztazích. Pacienti proto potřebují správné vyšetření a pravidelnou psychoterapii. Neuropsychologické vyšetření pacienta musí být velmi citlivě přizpůsobeno jeho aktuálním zdravotním stavem. Součástí komplexního neuropsychologického vyšetření je diagnostika osobnostní psychopatologie, intelektu, kvality života a posouzení adaptace pacienta na změněné životní podmínky i celkového fungování z pohledu rodinných příslušníků. Komplexní vyšetření ukáže silné a slabé stránky pacienta, posoudí míru změny stavu a pomůže při plánování následné péče, léčby a návratu do domácího i pracovního prostředí. Neuropsycholog zjistí psychosociální a emoční stav pacienta a doporučí další odbornou péči (Kulišťák, 2017).

1.2.7.6 Psychiatrická péče

U mnohých pacientů po proběhlém iktu dochází k rozvoji demence a je vhodné je vyšetřit a sledovat ve specializovaných poradnách. Zhruba 25-50 % pacientů po ischemické CMP trpí demencemi. Po CMP často dochází u pacientů k oslabení pozornosti, snížení rychlosti zpracování údajů a úbytku paměti, což může zhoršovat celkový psychický stav pacienta (Kulišťák, 2017).

Před vyšetřením mentálního stavu pacienta by měla být ověřena orientace, míra vědomí, schopnost spolupráce. Vyšetření je možné například pomocí screeningových metod Mini Mental State Examination (MMSE). Toto vyšetření je nejčastěji používané k vyšetření mentálního stavu. Jeho cílem je stanovení závažnosti demence. Pacientovi jsou kladeny standartní otázky na paměť, pozornost, orientaci, schopnost správně pojmenovat objekty a pochopit a provést verbální i psané příkazy. Hodnocení trvá přibližně 20 minut, maximální bodové skóre je 30 bodů a hraniční skóre se hodnotí i podle dosaženého vzdělání a věku (Krivošíková, 2011).

1.2.8 Prevence

Cílem prevence je zavedení preventivních opatření, kdy snížíme riziko vzniku a recidivy ischemické CMP. Prevence je důležitá ve všech etapách lidského života, a i přes značné pokroky v medicíně má při léčbě iktu svoje limity. Pacienti po prodělané ischemické CMP mají největší zdravotní, sociální a ekonomické dopady na společnost. Proto má velký význam aktivní vyhledávání rizikových osob a podporu prevence (Bartůněk, 2016). Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální:

Primární prevence - zahrnuje snížení rizika u pacientů, kteří nikdy neměli ischemickou CMP. Úkolem prevence je zamezit vzniku CMP. Zdraví nejvíce ovlivňuje nevhodný způsob života a výskyt rizikových faktorů. Za pomoci režimových a farmakologických opatření můžeme rozvoji některých rizikových faktorů předejít. Důležitá je správná životospráva, která je založena na pestrosti a vyváženosti stravy s dostatkem ovoce, zeleniny i minerálů, a snížením nasycených tuků, cukrů a soli. K tomu je důležitý i pravidelný pitný režim s příjmem tekutin kolem 2,5 litrů. Doporučuje se dostatek pohybové aktivity, správná relaxace, snížení nadváhy i nadměrné konzumace alkoholu, zákaz kouření (Růžička, 2011).

Sekundární prevence - zahrnuje pacienty po recidivující ischemické CMP. Až jedna čtvrtina CMP jsou recidivující. Sekundární prevence se zaměřuje na stabilizaci komorbidit, medikamentózní léčbu doplněnou karotickou revaskularizací a protidestičkovou léčbu. Zejména u pacientů s cévně rizikovými faktory musí být správně zvolená antikoagulační a antiagregační léčba. Pacienti po CMP by měli být léčeni antihypertenzívy, kromě pacientů s relativní hypotenzí. Pravidelně jsou sledovány i hodnoty glykémie, kdy diabetes mellitus je významný rizikový faktor vzniku CMP a sledujeme i hodnoty cholesterolu. Karotická endarterektomie je indikována se stenózou karotidy 70-99 % a měla by být provedena u pacientů do 2 týdnů po iktu, s výjimkou pacientů s velkým rozsahem ischemie a těžkým deficitem (Tyrlíková, 2012).

Terciální prevence - jejím cílem je zachycení případného návratu onemocnění a zamezení vzniku komplikací, které mohou být způsobené následky nemoci. V terciální prevenci je důležité aktivní sledování pacienta po prodělané CMP, který má určitý rizikový faktor, ale jeho zdravotní stav již nevyžaduje poskytování akutní zdravotní péče. Z vývoje nemoci lze ale předpokládat změnu zdravotního stavu. Její včasné zachycení může mít zásadní význam pro další průběh a léčení onemocnění. Pacienti dochází na pravidelné kontroly do konzultačních center, většinou po 3 nebo 6 měsících. Zde

dostávají doporučení k prevenci možných komplikací a dochází zde i k integraci pacienta. Nedílnou součástí terciální prevence jsou i režimová opatření, která významným způsobem redukuje vznik a recidivu CMP (Bednařík, 2010).

1.2.9 Post nemocniční péče

Před ukončením hospitalizace je důležité pacientovi zajistit následnou péči dle jeho zdravotního stavu. Při příznivém vývoji stavu může být pacient propuštěn do domácí péče. V případě, kdy rodina není schopná se o nemocného postarat, anebo zdravotní stav pacienta není příznivý, se pacientovi zajišťuje další péče např. v rehabilitačním ústavu, léčebně dlouhodobě nemocných, hospicová péče, charitní péče i péče v domově s pečovatelskou službou. Důležitým faktorem, při zotavení po nemoci je zejména podpora rodiny a přátel včetně kvalitní péče (Tomek, 2012).

Cílem léčby je úplné uzdravení pacienta, nebo alespoň minimalizace postižení, aby byla zachována jeho soběstačnost a možná jeho resocializace. Asi 30 % pacientů však zůstává trvale nesoběstačných a potřebuje trvalou péči. Navrácení zpět do domácího a pracovního prostředí je u pacientů mnohdy obtížným úkolem. Senzorické, motorické a kognitivní deficity pacienty velmi omezují a představují pro ně zásadní změnu v dosavadním životě. Pacienti se často nemohou starat ani sami o sebe, nemohou studovat, pracovat a žít nezávisle. Jak jim ubývá jejich nezávislost, tak jim narůstá potřeba pomoci (sociální, medicínská, ekonomická a psychologická). Zvýšené nároky na rodinné příslušníky mohou narušit fungování celé rodiny. U rodinných příslušníků se často objevují deprese a emoční poruchy. Proto by měla být nedílnou součástí péče o pacienty po ischemické CMP edukace rodiny a případná psychoterapie, která může výrazně zlepšit průběh a úspěšnost léčby pacienta (Kulišťák, 2017).

Závažná a dlouhodobá postižení po CMP se výrazně dotýkají potřeb nejbližších osob. Pečující osoby, rodina, blízcí i přátelé potřebují vědět:

- že dostanou informace, které potřebují, a na které mají právo, a že je nedostane nikdo nepovolaný
- že je pro jejich nemocného někde vhodné a dobré místo
- že i oni sami mají nárok na podporu při péči o nemocného a potřebují vědět, kam se mohou obrátit
- jak nalézt při onemocnění blízkého člověka strukturu a řád (Šamánková, 2011).

Závažné onemocnění člena rodiny klade vysoké nároky na psychiku členů rodiny, ovlivňuje i jejich fyzický stav. Vliv nemoci na rodinu závisí na charakteru onemocnění, trvání nemoci a jejích následcích. Ošetrovatelská péče o nemocného člena rodiny je jeden z nejvíce zatěžujících faktorů pro pečující osobu. Pro pečovatele představuje zátěž zejména po stránce psychické, fyzické, sociální, finanční a spirituální. Pečovatel je nejčastěji blízký příbuzný nebo přítel, který spolupracuje na poskytování individuální komplexní péče. Pečovatel má neustálý pocit odpovědnosti, často může trpět depresí, únavou, vyčerpáním, strachem, poruchou spánku, nechutenstvím a někdy i ztrátou smyslu života. Kvalita života pečovatele, který poskytuje péči těžce nemocnému příbuznému, může být negativně ovlivněna. Naopak vyšší kvalita života pečovatele, který poskytuje domácí péči nastává, pokud je správně edukován o průběhu onemocnění, prognóze a obtěžujících symptomech (Kurucová, 2016).

Hlavní faktory, které vedou k převzetí péče pečovatele o nemocného příbuzného jsou:

1. manželská láska a daný slib pomoci v dobrém i ve zlém
2. opětování rodičovské lásky, kterou dostávaly v dětství
3. zamítnutí možnosti svěřit příbuzného do péče vybraného zařízení.

Omezení, vyplývající z role pečovatele, dominovaly u dětí starajících se o své rodiče. Péče o nemocné příbuzné je velmi zatěžující a má i mnoho negativních dopadů na život pečovatele. Někdy se rodinní pečovatelé vzdávají ošetrovatelské role pro nedostatek podpory od ostatních členů rodiny (Hudáková, 2013).

Někteří pečovatelé se lépe přizpůsobují své roli i zažívají menší stres. Jsou to většinou lidé, kteří umějí lépe řešit problémy, jejich rodinný život zahrnuje citovou blízkost a mají větší společenskou podporu. Dokonce někteří pečovatelé ze své pečovatelské role i těží, když objeví nový smysl života a získají větší sebejistotu a sebevědomí. Pokud se jim daří, a věci se vyvíjejí dobře, pečovatelé zažívají okamžiky nadšení, radosti i velkého uspokojení v péči o partnera (Palmer, 2011).

Dostatek správných informací a porozumět detailům souvisejícím s onemocněním pomáhá rodinám redukovat a zvládat stres, strach a úzkost. Informace je vhodné předávat písemně i ústně a dát jim i dostatek prostoru pro diskuzi. Zdravotníci mnohdy nemají dostatek dovedností pro náročnější komunikaci s pacientem i jeho rodinou. Neptají se, zdali by ještě něco chtěli rodinný příslušníci vědět. Rodina i pacient to uvádějí jako častý problém, který vede mnohdy k nespokojenosti (Bužgová, 2015).

Edukace rodiny a pacienta po prodělaném iktu a pro jeho další fungování v životě je zásadní. Na realizaci edukace se podílí celý multidisciplinární zdravotnický tým, který se převážně skládá z lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuta, nutriční sestry, logopeda a ergoterapeuta. Realizace edukace se provádí podle předem připraveného plánu a jednotliví členové týmu ji realizují na základě své specializace a kompetencí. Každý pacient je individuum, který žije v různém prostředí, a proto u něj zohledňujeme fyziologicko-biologické faktory, psychicko-duchovní faktory, sociálně-kulturní faktory a faktory prostředí. Při edukaci dbáme na to, aby komunikace byla výstižná, jednoduchá, dobře načasovaná a přizpůsobena schopnostem a znalostem pacienta. Edukátoři by měli dávat přednost českým výrazům před odbornou terminologií, dbát na spisovný jazyk a gramatikou. Předávání informací prostřednictvím verbální komunikace by mělo být pro pacienta a jeho nejbližší srozumitelné, jednoduché a uspořádané. Intenzita hlasu se musí přizpůsobit prostředí. Důležitá je v komunikaci i výška tónu hlasu a rychlost řeči. Délka projevu se musí přizpůsobit edukantovi a obsahu sdělení. Pacient i jeho rodina by měl mít vždy možnost nejen naslouchat, ale také se do komunikačního procesu zapojit (Juřeníková, 2010).

2 Výzkumná část

2.1 Metodika výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů po prodělané ischemické CMP. Jako nástroj naší práce, pro získání potřebných dat, jsme si zvolili kvantitativní metodu výzkumu, formou dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal formou anonymního dotazníkového šetření. Byl tak výhodný pro získání značného množství informací od velkého počtu respondentů. Výzkum byl součástí ošetrovatelství, který je zaměřen na zlepšení kvality života pacienta po iktu. V této výzkumné práci jsme použili standardizovaný dotazník SF-36, který byl doplněn demografickými a anamnestickými položky vlastní konstrukce. Tento dotazník obsahoval krátkou formu generalizovaného dotazníku, který se často používá v obecné populaci, kde poukazuje na zdravotní a psychický stav pacienta, bez konkretizace onemocnění. Dotazník se skládal z 24 otázek (viz příloha č. 1). Některé výzkumné otázky se týkaly období posledních 4 týdnů.

2.2 Výzkumný problém

Na základě poznatků z teoretické části jsme výzkumný problém naší práce definovali následovně: zjistit v jaké míře ovlivňuje onemocnění ischemické CMP kvalitu života pacienta. Výzkumný problém jsme na podkladě hlavního cíle rozložili do 3 výzkumných otázek. Vztahovaly se k němu položky, jak pacienti po prodělané CMP vnímají své zdraví, v jakých činnostech byli omezováni a jak byla ovlivněna jejich psychická stránka.

2.3 Charakteristika výzkumného prostředí a souboru respondentů

Výzkumné šetření bylo realizováno na ambulantním a lůžkovém oddělení neurologie v Havlíčkově Brodě, po kladném vyjádření vedení nemocnice (viz příloha č. 2). Šetření bylo uskutečněno pouze pro účel bakalářské práce. Charakteristika souboru respondentů vycházela z kritériálních požadavků: pacienti po prodělané ischemické CMP, hospitalizováni, nebo evidováni v neurologické ambulanci, věk 18 a více let, zachovalé kognitivní funkce a nejméně 1 měsíc po prodělaném iktu. Všichni respondenti poskytli souhlas se zařazením do výzkumu.

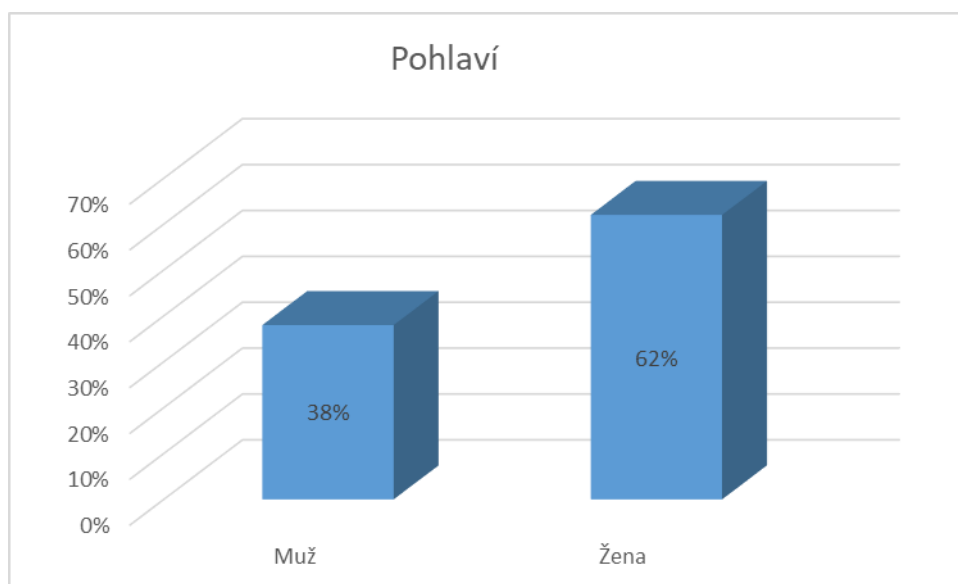
2.4 Průběh výzkumu a zpracování získaných dat

Výzkum byl rozdělen do několika etap: příprava výzkumu, získávání dat, analýza, zpracování a interpretace výzkumu. Stanovení výzkumného problému probíhalo v březnu 2018 a získávání informací k výzkumu bylo od března do dubna 2018. Výběr výzkumné metody se uskutečnil v červnu 2018 a základem našeho výzkumu se ustanovilo dotazníkové šetření. Schválení dotazníkového šetření na ředitelství nemocnice proběhlo v říjnu 2018. Vlastní realizace výzkumného šetření se uskutečnila od října 2018 do února 2019 na neurologickém oddělení. Vyplňování dotazníků bylo dobrovolné a anonymní. Výzkumu se zúčastnilo 100 respondentů, kteří byli ochotni dotazník vyplnit. K průzkumnému šetření bylo použito kvantitativní metody. Dotazníky jsem všem respondentům rozdávala osobně a v některých případech i vysvětlila záměr otázky a pomohla s vyplněním dle poskytnutých odpovědí. Návratnost byla tedy 100 %.

Analýza a zpracování práce proběhla od února do dubna 2019. Při zpracování dat byl použit počítačový program Microsoft Office, Word pro psaný text a k zpracování grafů byl použit Microsoft Office Excel. Výsledky byly uvedeny u jednotlivých otázek jak v absolutních číslech, tak i v procentech. Pro zpracování dat byly vybrány sloupcové grafy včetně popisků.

2.5 Výsledky výzkumu

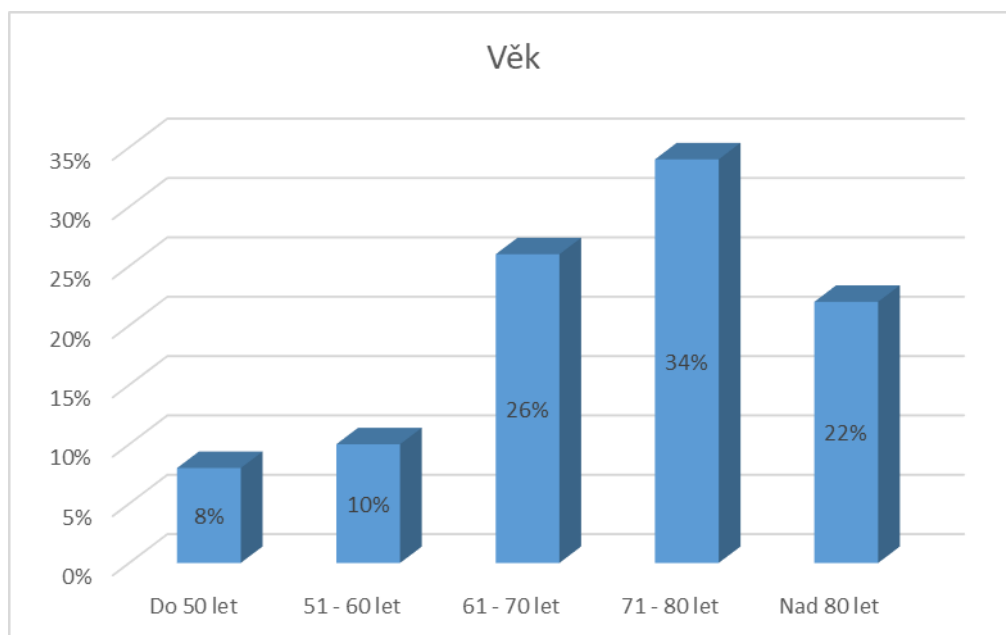
Otázka č. 1: Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 62 (62 %) žen a 38 (38 %) mužů.

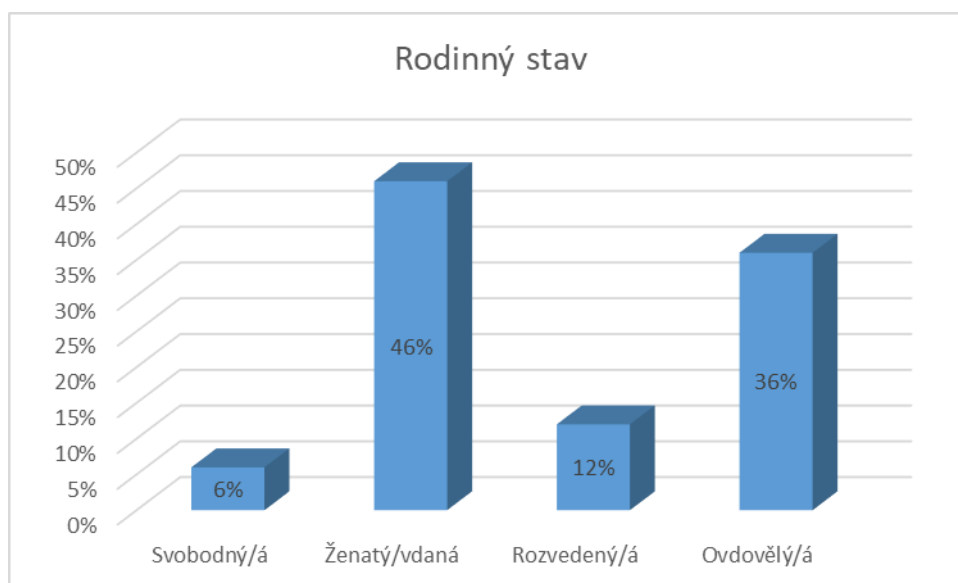
Otázka č. 2: Váš věk?



Graf 2 Věk respondentů

Pro lepší přehlednost byla položka kategorizována do 10letých období. Nejmladšímu respondentovi bylo 42 let a nejstaršímu 92 let. Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů uvedlo věk 71-80 let 34 respondentů (34 %), druhou početnou skupinu tvořili respondenti nad 80 let 22 (22 %). Další věková skupina byla 61-70 let, tvořilo ji 26 respondentů (26 %), 10 respondentů spadalo do věkové skupiny 51-60 let (10 %) a do 50 let bylo 8 (8 %) respondentů. Průměrný věk respondentů byl 70 let.

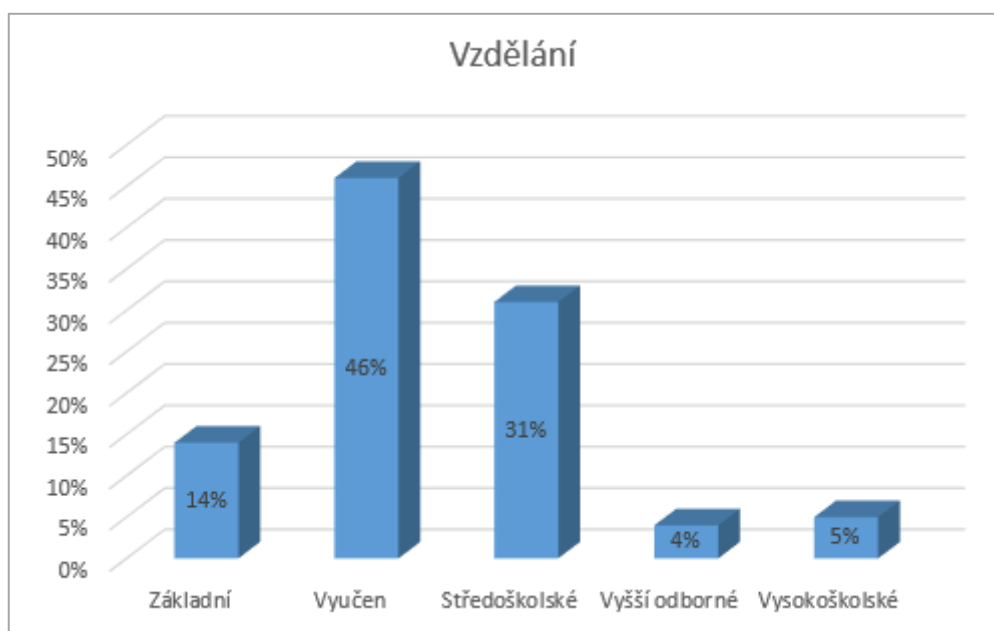
Otázka č 3: Rodinný stav?



Graf 3 Rodinný stav respondentů

V době dotazníkového šetření byla většina respondentů sezdána 46 (46 %), ovdovělých 36 (36 %), rozvedených 12 (12%) a nejméně bylo svobodných 6 respondentů (6%). Jiné položky neuvedl žádný respondent.

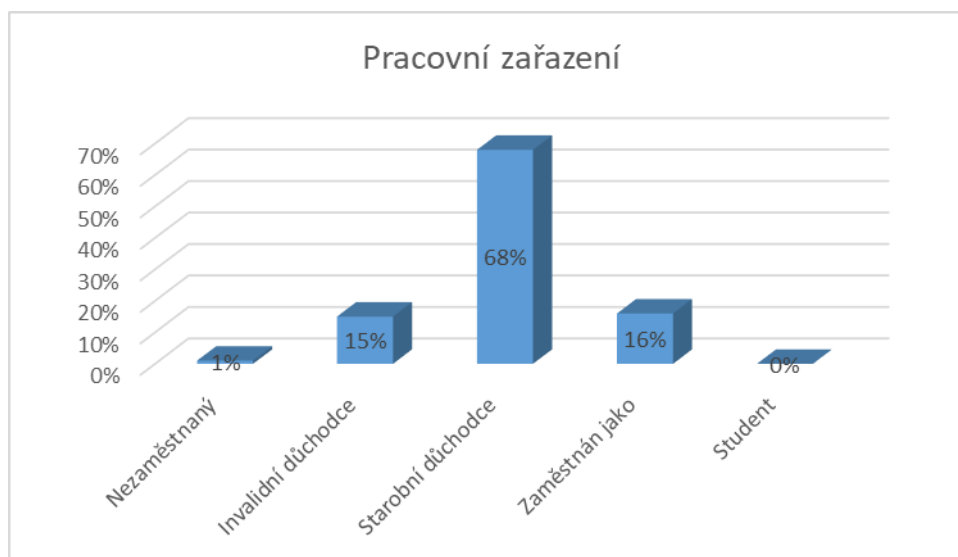
Otázka č 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Z grafu č.4 vyplynulo, že nejvíce 46 respondentů (46 %) bylo vyučeno, středoškolské vzdělání mělo (31 %), 14 respondentů (14 %) uvedlo základní vzdělání, vysokoškolské vzdělání mělo 5 respondentů (5 %) a nejméně bylo uvedeno vyšší odborné vzdělání, jen 4 respondenti (4 %).

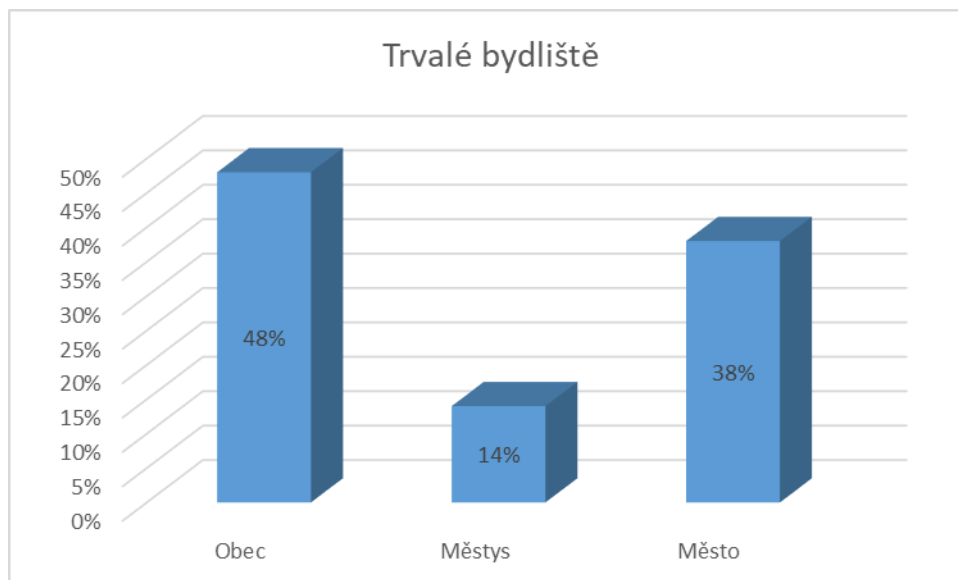
Otázka č 5: Pracovní zařazení?



Graf 5 Pracovní zařazení respondentů

Z grafu č.5 vyplynulo, že nejvyšší procento respondentů bylo ve starobním důchodu 68 (68 %), 16 respondentů stále pracovalo (16 %). Jako nejčastější profese respondenti uvedli OSVČ, prodavačka, dělník, administrativní pracovník. V invalidním důchodu bylo 15 respondentů (15 %) a jenom 1 (1 %) byl nezaměstnaný. Pracovní zařazení student neuvedl žádný respondent (0 %).

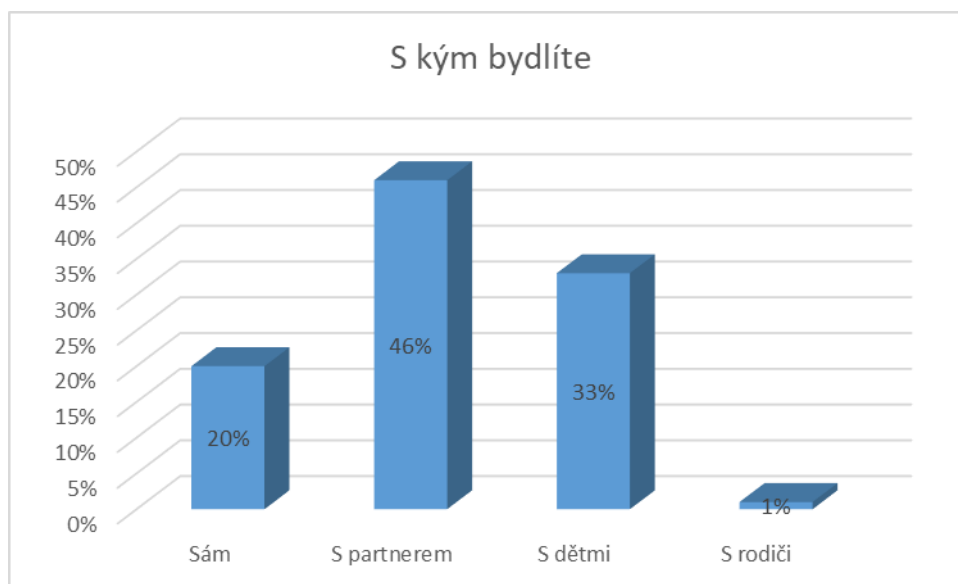
Otázka č. 6: Místo Vašeho trvalého bydliště?



Graf 6 Trvalé bydliště respondentů

V době šetření nejvíce respondentů odpovědělo, že pochází z vesnice 48 (48 %). Ve městě žilo 38 respondentů (38 %) a 14 respondentů (14 %) trvale žilo v městysu. Jiné místo trvalého bydliště neuvedl žádný respondent.

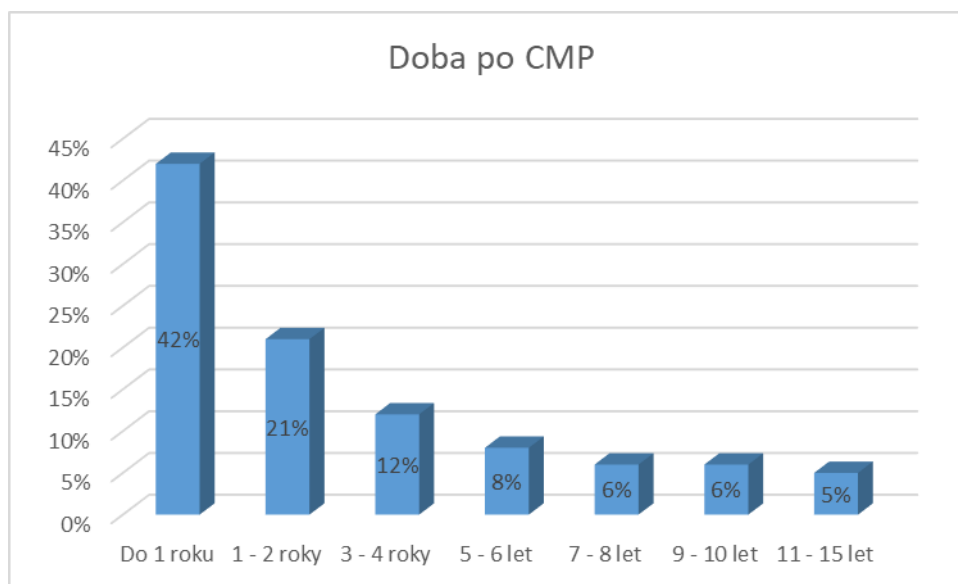
Otázka č. 7: S kým v současné době bydlíte?



Graf 7 Sdílení bydliště respondenta

Z č. 7 grafu vyplynulo, že ze 100 respondentů jich nejvíce 46 (46 %) bydlelo s partnerem, 33 respondentů (33 %) uvedlo s dětmi, 20 respondentů (20 %) žilo samo a jen 1 respondent (1 %) uvedl, že bydlel s rodiči.

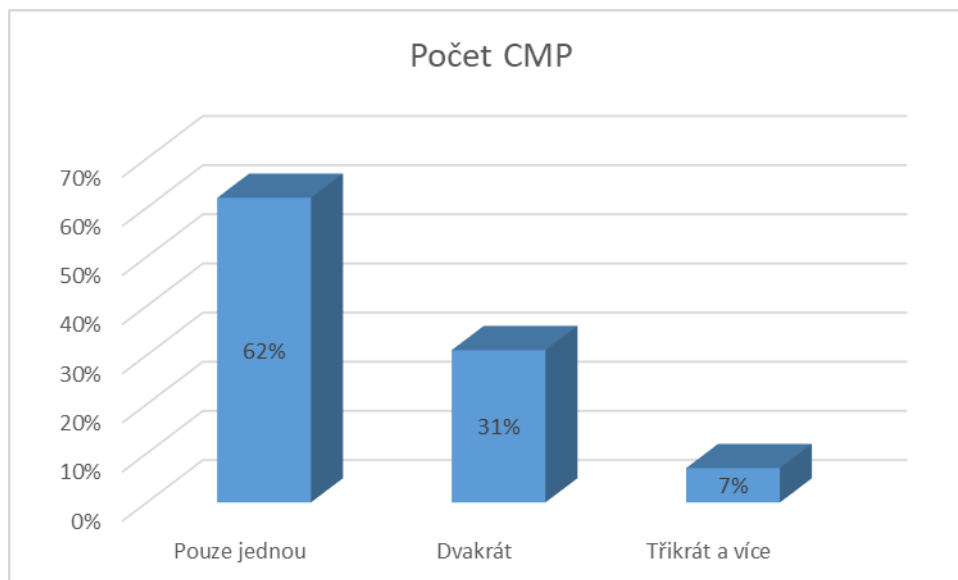
Otázka č. 8: Jak dlouho jste po prodělané ischemické CMP?



Graf 8 Doba po prodělané ischemické CMP

Z grafu č.8 nám vyplynulo, že nejvyšší počet respondentů byl po prodělaném ischemickém CMP do 1 roku 42 respondentů (42 %), 21 respondentů (21 %) bylo do 2 let. Respondentů 12 (12 %) odpovědělo do 4 let, 8 respondentů (8 %) uvedlo do 6 let, 6 respondentů (6 %) do 8 let, 6 respondentů (6 %) vyplnilo do 10 let a jen 5 respondentů (5 %) uvedlo 11-15 let.

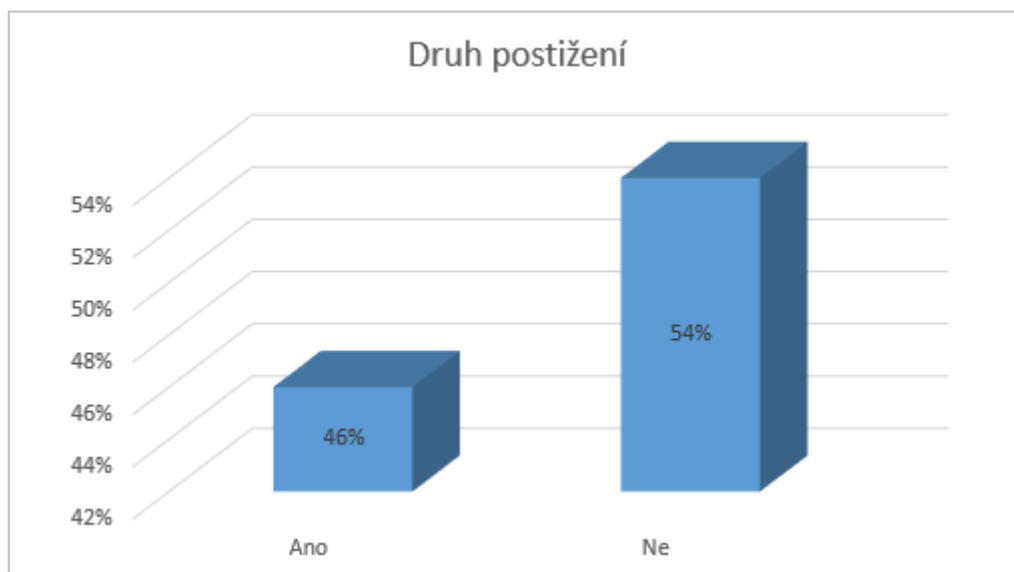
Otázka č. 9: Kolikrát Vám byla diagnostikována ischemická CMP?



Graf 9 Počet diagnostikovaných ischemických CMP

Z grafu č. 9 vyplynulo, že ze 100 respondentů (100 %) mělo ischemickou CMP jednou 62 respondentů (62 %). U 31 respondentů (31 %) proběhl iktus již dvakrát a 7 respondentů (7 %) uvedlo ischemickou CMP třikrát a více.

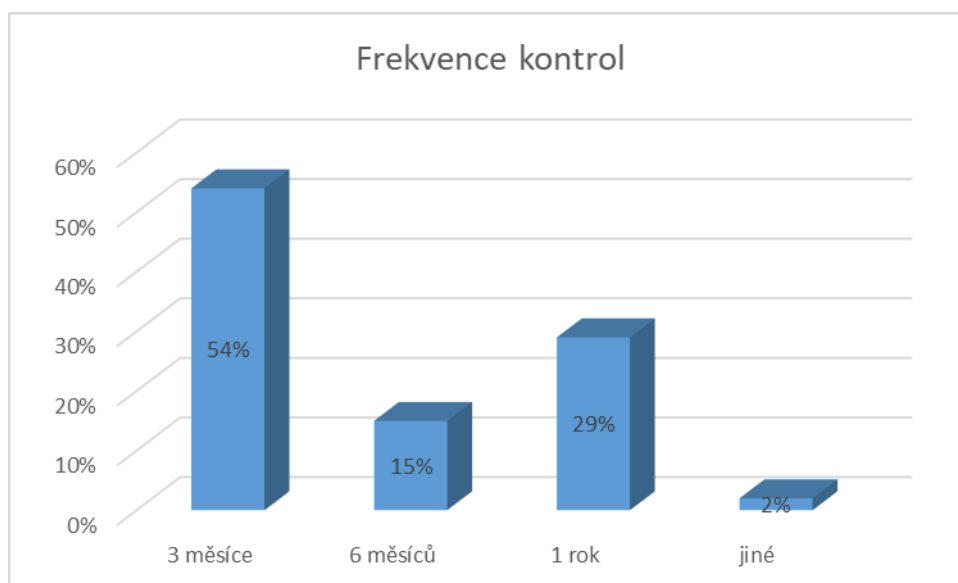
Otázka č 10: Zůstal Vám po prodělané ischemické CMP nějaký druh postižení?



Graf 10 Druh postižení

Graf č. 10 nám ukázal, že ze 100 respondentů (100 %) uvedlo variantu ne 56 (56 %) respondentů. Variantu ano zvolilo 46 (46 %) respondentů (jako nejčastěji uváděná byla porucha hybnosti, řeči, polykání a zraku).

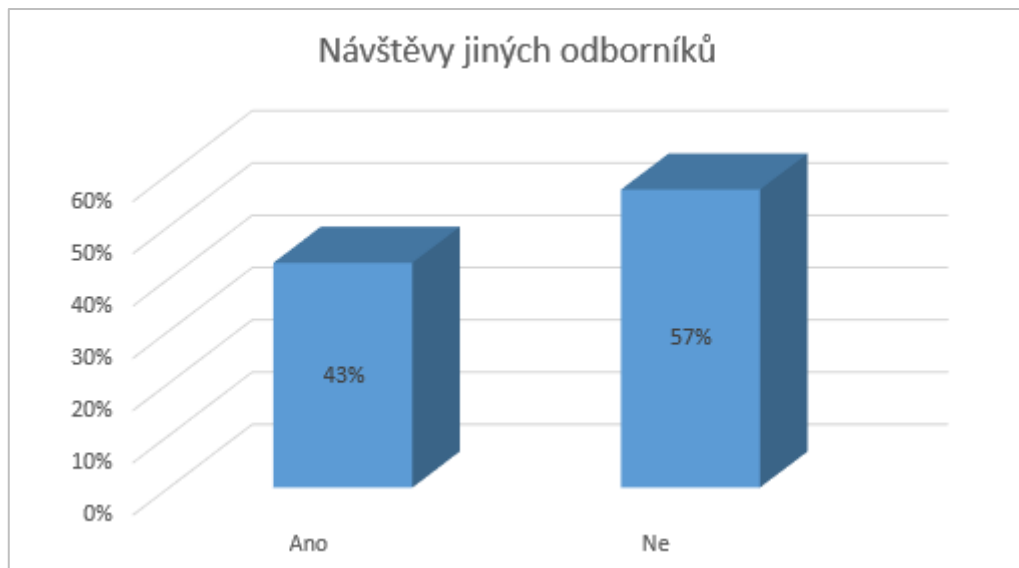
Otázka č. 11: Frekvence kontrol v neurologické ambulanci?



Graf 11 Frekvence kontrol v neurologické ambulanci

Z grafu č.11, který nám mapoval frekvenci kontrol na neurologické ambulanci vyplynulo, že nejvíce respondentů 54 (54 %), se dostavilo na pravidelné kontroly po 3 měsících. Po jednom roce navštívilo ambulanci 29 respondentů (29 %) a 15 respondentů (15 %) chodilo na kontroly po 6 měsících. Jinou frekvenci kontrol uváděli jen 2 (2 %) respondenti a ti navštěvovali neurologickou ambulanci po 2 letech.

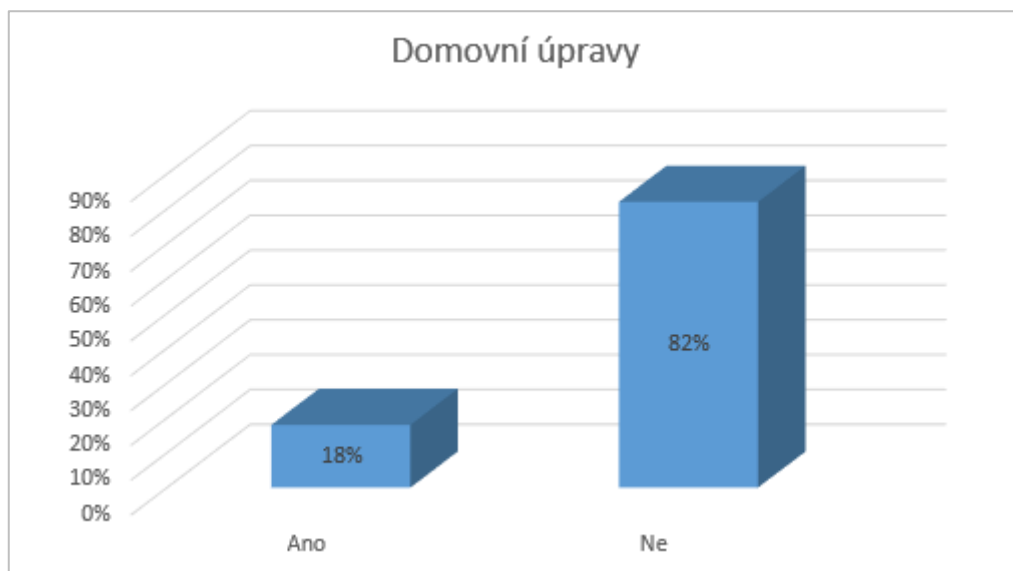
Otázka č. 12: Docházíte i za jinými odborníky v souvislosti s prodělanou ischemickou CMP?



Graf 12 Návštěvy jiných odborníků

Graf č. 12 nám znázornil výsledky šetření, kde variantu ne zvolilo 57 (57 %) respondentů. Variantu ano zvolilo 43 respondentů (43 %). Respondenti uvedli, že v souvislosti s prodělanou nemocí navštívili i jiné odborníky (jako nejčastěji uváděné byli rehabilitační pracovníci, logopedi a sociální pracovníci).

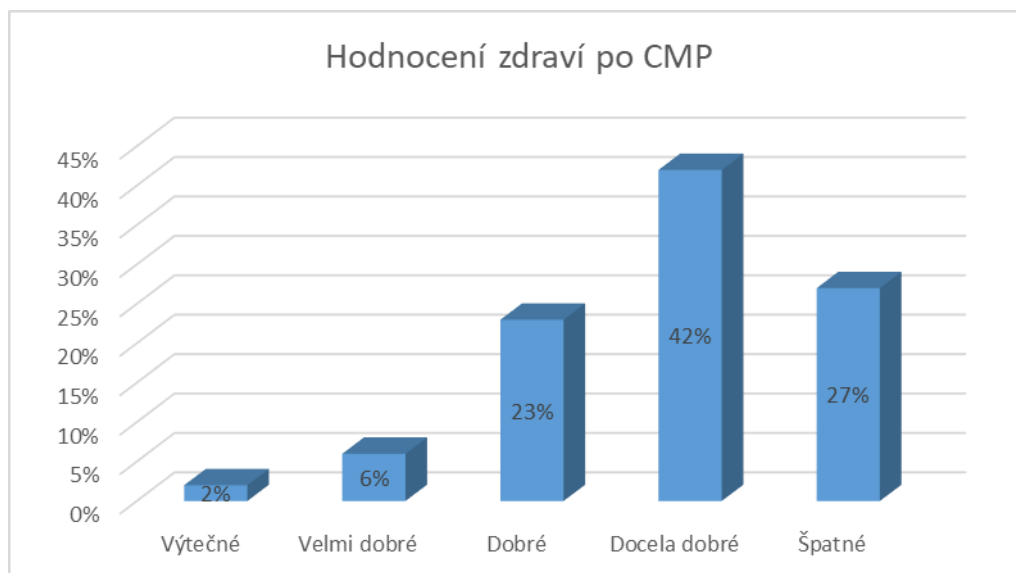
Otázka č. 13: Museli jste doma provést úpravy?



Graf 13 Domovní úpravy

Graf č. 13 mapuje problematiku úprav v domácnosti spojenou se sledovaným onemocněním. Díky onemocnění muselo provést úpravy 18 respondentů (18 %). (Nejčastěji se jednalo o úpravu WC, koupelny, schodiště a výtahu). Většina 82 respondentů (82 %) nemuselo upravovat v domácnosti nic.

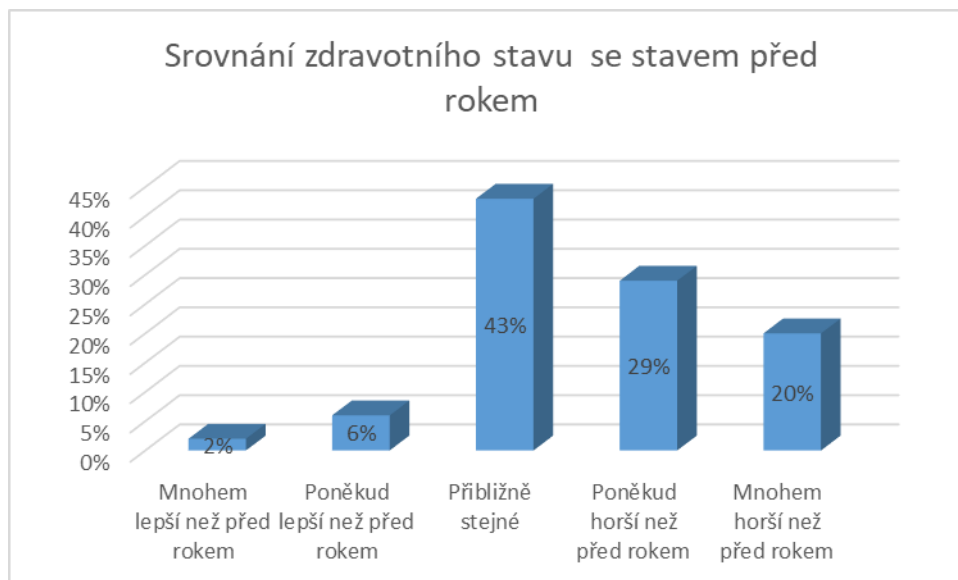
Otázka č. 14: Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově?



Graf 14 Subjektivní hodnocení zdraví po CMP

Z grafu č. 14 nám vyplynulo, že nejvíce respondentů považovalo své zdraví za docela dobré 42 (42 %), za špatné ho hodnotilo 27 respondentů (27 %) a za dobré 23 respondentů (23 %). Své zdraví po ischemické CMP subjektivně hodnotilo 6 respondentů (6 %) za velmi dobré a jen 2 respondenti (2 %) za výtečné.

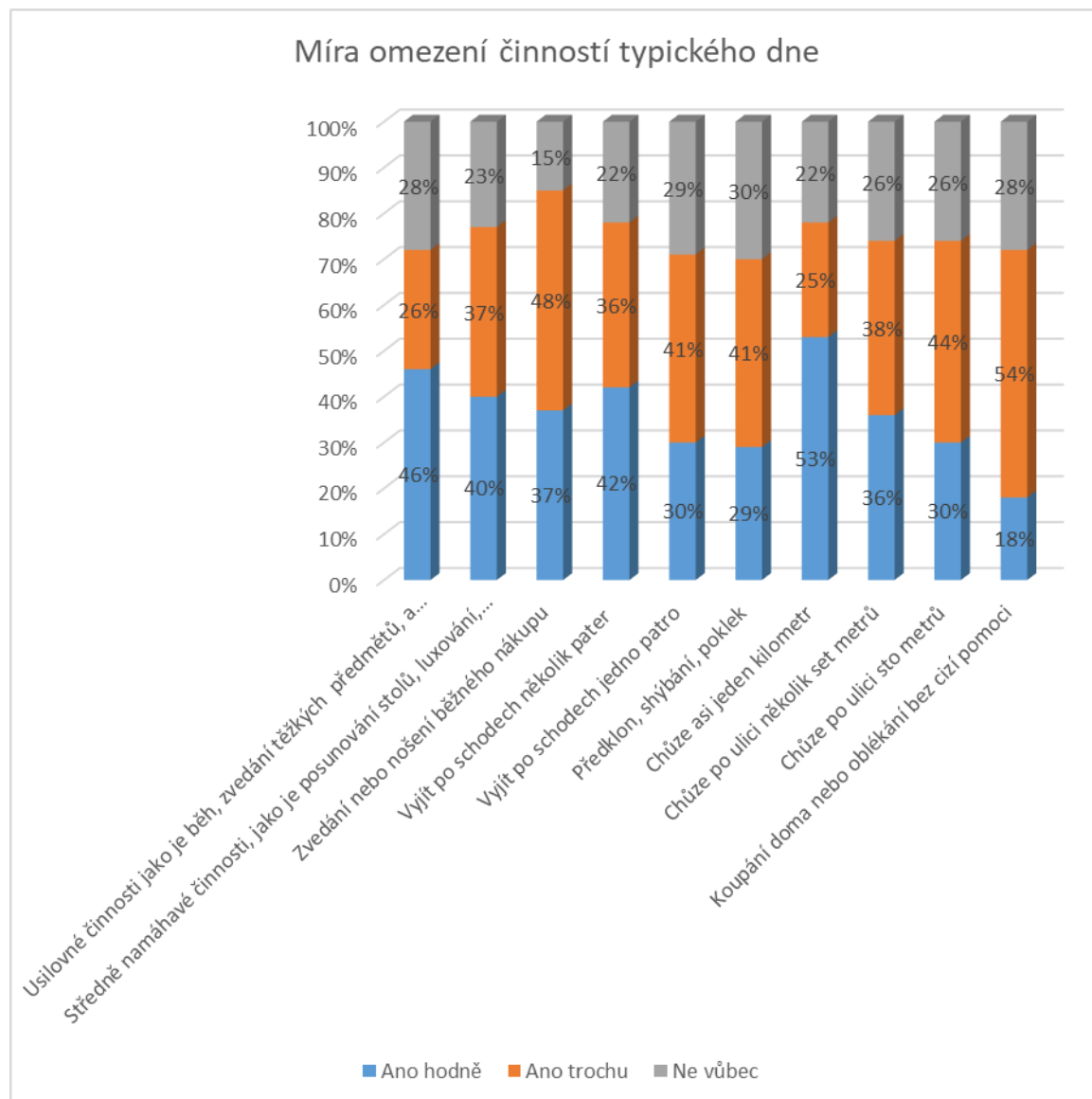
Otázka č. 15: Jak byste zhodnotil/a své zdraví ve srovnání se stavem před rokem?



Graf 15 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu se stavem před rokem

Z uvedeného grafu č. 15 bylo patrné, že nejvíce respondentů 43 (43 %) subjektivně hodnotilo svůj zdravotní stav přibližně stejně jako před rokem. Poněkud horší, než před rokem se cítilo 29 (29 %) a mnohem horší, než před rokem uvedlo 20 (20 %) respondentů. Poněkud lepší, než před rokem uvedlo 6 respondentů (6 %) a mnohem lepší, než před rokem uvedli jen 2 respondenti (2 %).

Otázka č. 16: Následující otázky se týkají činnosti, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?



Graf 16 Míra omezení činností

Graf č. 16 nám znázornil výsledky 10 podotázek týkající se denních aktivit.

Omezení při usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů: při hodnocení vyplynulo, že 46 dotázaných (46 %) bylo hodně omezeno, 28 (28 %) nebylo vůbec omezeno a 26 respondentů (26 %) uvedlo, že trochu omezeno při usilovné činnosti bylo.

Míra omezení při středně namáhavé činnosti, jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole: z grafu vyplynulo, že 40 respondentů (40 %) bylo hodně omezeno, 37 respondentů (37 %) uvedlo trochu omezeno a 23 dotázaných (23 %) nebylo vůbec omezeno.

Míra omezení při zvedání, nebo nošení běžného nákupu: u této činnosti z grafu vyplynulo, že 48 respondentů (48 %) tato činnost trochu omezovala, 37 (37 %) ano, hodně omezovala a 15 respondentů (15 %) uvedlo neomezovala vůbec.

Míra omezení při chůzi po schodech několik pater: u 42 respondentů (42 %) uvedlo hodně omezovala, 36 (36 %) trochu omezovala a pro 22 respondentů (22 %) vůbec neomezovala.

Míra omezení při chůzi po schodech jedno patro: tato činnost trochu omezovala 41 respondentů (41 %), 30 respondentů (30 %) hodně omezovala a 29 (29 %) vůbec neomezovala.

Míra omezení při předklonu, shýbání a pokleku: z hodnocení vyplynulo, že 41 (41 %) respondentů to omezovalo trochu, 30 respondentů (30 %) uvedlo, že je neomezovalo vůbec a u 29 (29 %) tato činnost omezovala hodně.

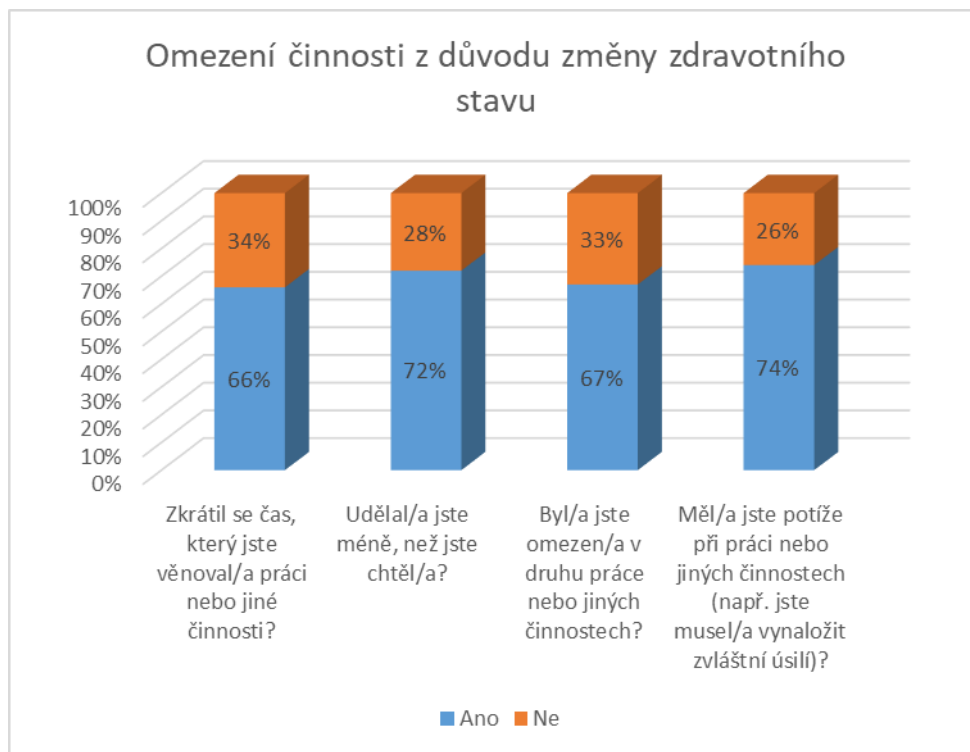
Míra omezení při chůze asi jeden kilometr: byla pro 53 respondentů (53 %) hodně omezující, pro 25 pacientů (25 %) trochu omezující a pro 22 respondentů (22 %) to nebylo vůbec omezující.

Míra omezení při chůze po ulici několik set metrů: u této možnosti 38 (38 %) respondentů odpovědělo ano trochu omezuje, 36 (36 %) hodně omezuje a 26 odpovědí (26 %) bylo není vůbec omezující.

Míra omezení při chůze po ulici sto metrů: z grafu vyplynulo, že pro 44 respondentů (44 %) byla tato činnost trochu omezující, u 30 (30 %) ano hodně omezující a u 22 respondentů (22 %) nebyla vůbec omezující.

Míra omezení při koupání, nebo oblékání bez cizí pomoci: z hodnocení vyplynulo, že omezení při koupání a oblékání byla trochu omezující pro 54 respondentů (54 %), vůbec neomezovala 28 respondentů (28 %) a jen 18 odpovědí (18 %) bylo ano, hodně omezovala.

Otázka č. 17: Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci, nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?



Graf 17 Omezení činnosti v posledních 4 týdnech.

Graf č.17 obsahuje 4 podotázky týkající se omezení činnosti kvůli zdravotnímu stavu.

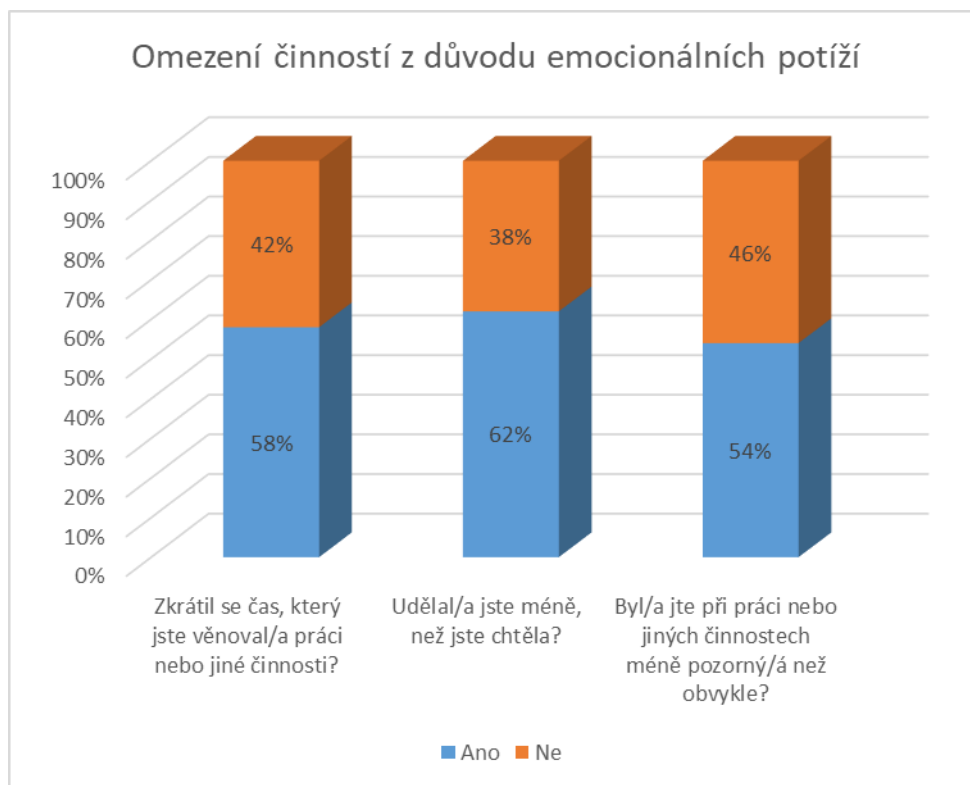
Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci, nebo jiné činnosti: z grafu č. 17 vyšlo, že 66 respondentů (66 %) uvedlo ano, zkrátil se čas, který jsem věnoval/a práci v posledních 4 týdnech a 34 respondentů (34 %) odpovědělo ne, nezkrátil se čas.

Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a: většina respondentů 72 (72 %) odpověděla ano, udělal/a jsem méně a jen 28 respondentů (28 %) odpovědělo ne, neudělal/a jsem méně.

Byl/a jste omezen/a v druhu práce, nebo jiných činnostech: 67 (67 %) odpovědělo ano, byl/a jsem omezen/a, 33 respondentů (33 %) uvedlo nebyl/a jsem omezen/a.

Měl/a jste potíže při práci, nebo jiných činnostech: z grafu vyplynulo, že 74 respondentů (74 %) musí vynaložit zvláštní úsilí a jen 26 respondentů (26 %) nikoliv.

Otázka č. 18: Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci, nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?



Graf 18 Omezení činnosti z důvodu emocionálních potíží

Z grafu č. 18 nám vyplynulo, jak emocionální potíže ovlivňovaly život respondentů v posledních 4 týdnech.

Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci, nebo jiné činnosti: z grafu nám vyplynulo, že omezení činnosti z důvodů emocionálních potíží uvedlo 58 respondentů (58 %) ano a 42 respondentů (42 %) uvedlo ne.

Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a: 62 respondentů (62 %) uvedlo, že udělali méně, než chtěli, kvůli emocionálním potížím a 38 respondentů (38 %) odpovědělo, že udělali stejně.

Byl/a jste při práci, nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle: 54 respondentů (54 %) bylo méně pozorných a 46 respondentů (46 %) bylo stejně pozorných.

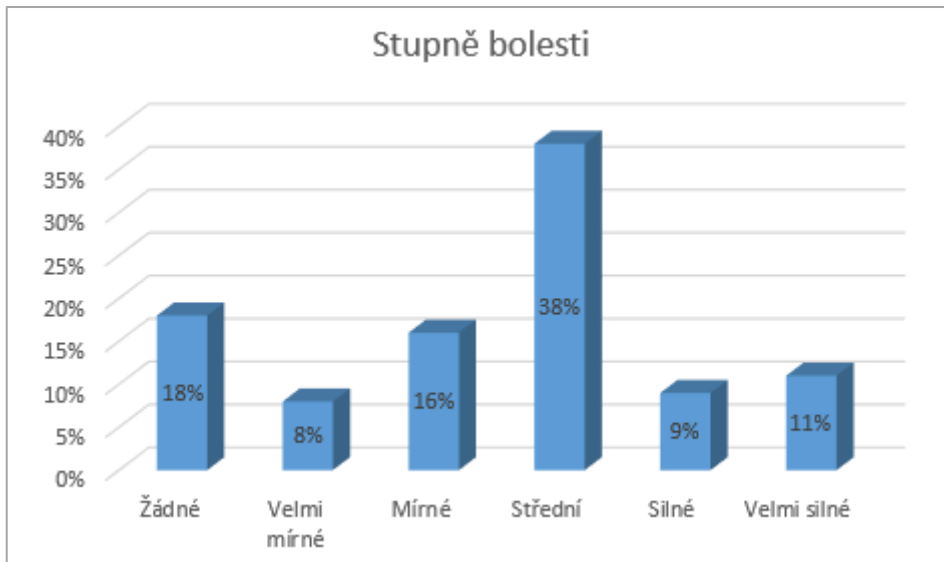
Otázka č. 19: Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní, nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?



Graf 19 Ovlivnění společenského života

Z hodnocení grafu č. 19 vyplynulo, že zdravotní, nebo emocionální potíže bránily v posledních 4 týdnech v normálním společenském životě, mezi přáteli, sousedy anebo v širší společnosti trochu 30 respondentům (30 %). Na 22 respondentů (22 %) neměly potíže vůbec žádný vliv, 22 respondentů (22 %) uvedlo poměrně dost potíží. U 12 respondentů (12 %) byly obtíže jen mírné a 10 pacientů (10 %) uvedlo, že emocionální a zdravotní potíže je ovlivnily velmi silně.

Otázka č. 20: Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?



Graf 20 Stupně bolesti

Z hodnocení grafu č. 20 je patrné, že bolesti různého stupně intenzity v posledních 4 týdnech uvedla většina respondentů. Střední bolesti mělo 38 respondentů (38 %), bez bolesti bylo 18 respondentů (18 %) a jen mírné bolesti uvedlo 16 respondentů (16 %). Velmi silné bolesti zatěžovaly život 11 respondentů (11 %), silné bolesti uvedlo jen 9 respondentů (9 %) a velmi mírné bolesti odpovědělo 8 respondentů (8 %). Průměrně respondenti udávali střední stupeň bolesti.

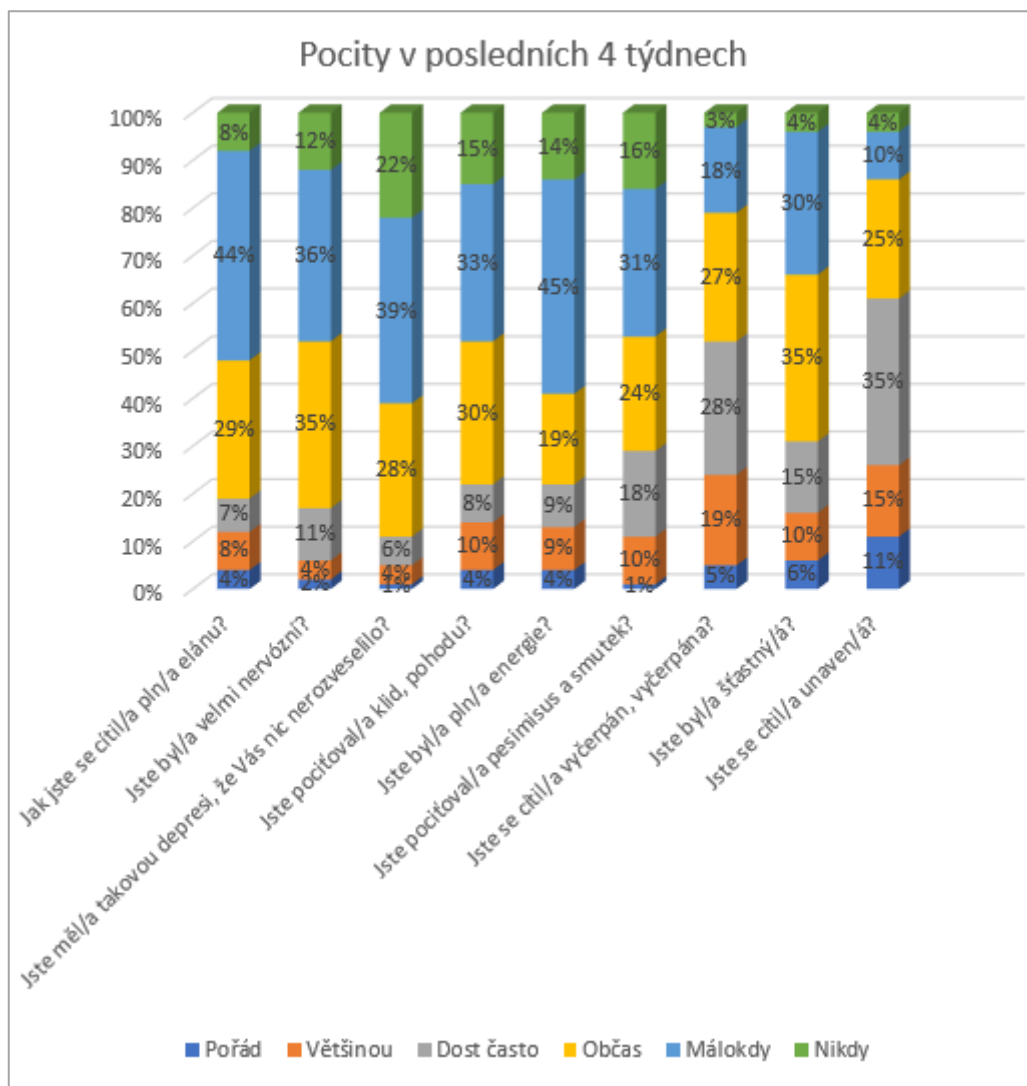
Otázka č. 21: Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?



Graf 21 Vliv bolesti na pracovní činnost

Z uvedeného grafu č. 21 vyplývá, že bolest v posledních 4 týdnech měla trochu vliv na pracovní činnost u 34 respondentů (34 %). Vůbec neměla bolest vliv (v zaměstnání i doma) na 27 respondentů (27 %), mírně působila na 17 respondentů (17 %), poměrně dost působila na 12 respondentů (12 %) a velmi silně bránila v pracovní činnosti jen 10 respondentů (10 %). Z grafu nám vyplývá, že bolest v posledních 4 týdnech bránila u většiny respondentů v pracovní činnosti.

Otázka č. 22: Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.



Graf 22 Pocity v posledních 4 týdnech

Graf č. 22 znázorňuje 9 podotázek, které vypovídají o emocionální oblasti v posledních 4 týdnech.

Jak často jste se cítil/a pln/a elánu: nejvíce respondentů 44 (44 %) uvedlo málokdy, 29 respondentů (29 %) občas, stejný počet respondentů po 8 (8 %) uvedlo většinou a nikdy. U 7 respondentů (7 %) byla odpověď dost často a 4 (4 %) se cítili plni elánu pořád.

Jak často jste byl/a velmi nervózní: ze 100 (100 %) respondentů odpovědělo 36 (36 %) málokdy, 35 (35 %) občas a 12 respondentů (12 %) nikdy. Dost často uvedlo 11 (11 %), 4 respondenti (4 %) odpovědělo většinou a jen 2 respondenti (2 %) byli pořád nervózní.

Jak často jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nerozveselilo: 39 respondentů (39 %) uvedlo, že měli málokdy deprese, 28 (28 %) občas a 22 respondentů (22 %) nikdy nemělo depresi. Časté deprese ovlivňovali život po iktu 6 respondentům (6 %), 4 (4 %) trpěli většinou depresí a jen 1 respondent (1%) zažíval deprese pořád.

Jak často jste pociťoval/a klid a pohodu: ze 100 respondentů jich nejvíce 33(33 %) odpovědělo málokdy, 30 respondentů (30 %) občas cítilo pohodu, 15 (15 %) jich nikdy nebylo v pohodě a v klidu, 10 odpovídajících (10 %) udávalo většinou, 8 (8 %) prožívalo dost často klid a 4 respondenti (4 %) vyplnili, že byli pořád v pohodě a v klidu.

Jak často jste byl/a pln/a energie: 45 respondentů (45 %) zvolilo variantu málokdy byli plni energie, 19 (19 %) vyplnilo občas, 14 respondentů (14 %), že nikdy nebyli plni energie. Stejný počet respondentů po 9 (9 %) uvedlo, že dost často a většinou měli plno energie, jen 4 respondenti (4 %) uvedli, že měli dostatek energie pořád.

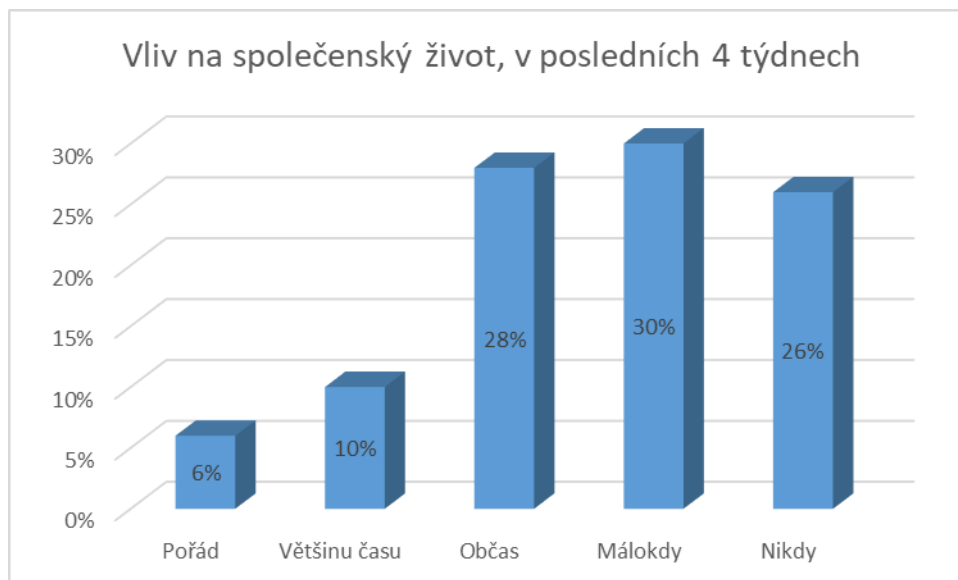
Jak často jste pociťoval/a pesimismus a smutek: málokdy uvedlo smutek 31 respondentů (31 %), 24 (24 %) občas bylo smutných, 18 respondentů (18 %) vyplnilo dost často a 16 (16 %) nikdy. Většinu času se cítilo smutných 10 (10 %) a 1 respondent (1 %) odpověděl, že se cítil smutný pořád.

Jak často jste se cítil/a vyčerpán/a: z grafu je patrné že 28 respondentů (28 %) bylo dost vyčerpáno, 27 respondentů (27 %) bylo vyčerpáno občas, 19 respondentů (19 %) vyplnilo, že většinu času byli vyčerpaní a 18 respondentů (18 %) uvádělo málokdy. Jen 5 odpovědí (5 %) bylo pořád vyčerpaní a 3 respondenti (3 %) odpověděli, že nebyli nikdy vyčerpaní.

Jak často byl/a šťastný/á: z grafu vyplynulo, že 35 respondentů (35 %) se občas cítilo šťastných, málokdy šťastných bylo 30 respondentů (30 %) a dost často vyplnilo 15 respondentů (15 %). U 10 respondentů (10 %) vyšlo, že byli většinou šťastný a 6 (6 %) pořád šťastní.

Jak často jste se cítil/a unaven/á: 35 respondentů (35 %) uvedlo, že dost často cítilo únavu, 25 (25 %) jen občas, 15 (15 %) bylo většinu času unaveno, 11 (11 %) uvedlo únavu pořád, 10 (10 %) bylo málokdy unaveno a jen 4 (4 %) uvedli, že únavu necítí nikdy.

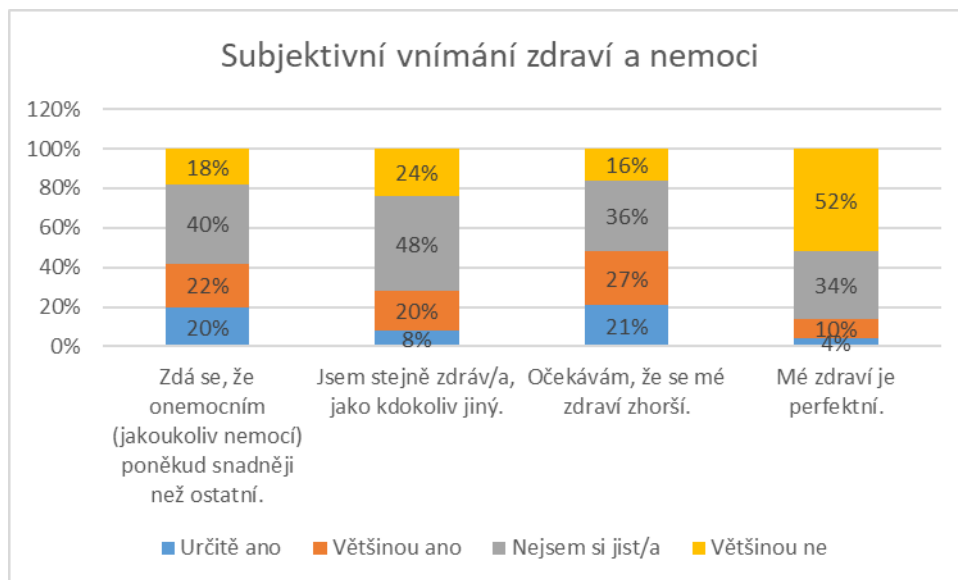
Otázka č. 23: Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (např. návštěvy přátel)?



Graf 23 Vliv obtíží na společenský život v posledních 4 týdnech

Z hodnocení grafu č.23 vyšlo, že vliv zdravotních a emocionálních obtíží na společenský život v posledních 4 týdnech měl jen málokdy pro 30 respondentů (30 %), občas obtíže vyplnilo 28 respondentů (28 %) a 26 respondentů (26 %) napsalo, že nikdy obtíže na sobě neshledali. Pro 10 respondentů (10 %) ovlivnily obtíže většinu času a 6 (6 %) uvedlo, že vliv na jejich společenský život měly pořád.

Otázka č. 24: Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?



Graf 24 Subjektivní vnímání zdraví a nemoci

Graf č.24 znázorňuje 4 podotázky, které nám ukazují vlastní vnímání zdraví a nemoci.

Zdá se, že onemocním jakoukoliv nemocí poněkud snadněji než ostatní: z uvedeného grafu vyplynulo, že 40 respondentů (40 %) si není jistých, 22 respondentů (22 %) odpovědělo většinou ano, 20 (20 %) uvedlo určitě ano a 18 respondentů (18 %) si myslelo, že většinou ne onemocní častěji než ostatní.

Jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný: nejsem si jistý uvedlo 48 respondentů (48 %), většinou ne odpovědělo 24 (24 %), 20 respondentů (20 %) byla většinou zdravá jako kdokoli jiný a 8 respondentů (8 %) odpovědělo určitě ano, zdrav jako kdokoliv jiný.

Očekávám, že se mé zdraví zhorší: 36 respondentů (36 %) si nebylo jistá, 27 (27 %) jich vyplnilo, že většinou ano. U 21 respondentů (21 %) byla odpověď určitě ano a 16 respondentů (16 %) vyplnilo, že většinou neočekávají, že se jejich zdraví zhorší.

Mé zdraví je perfektní: ze 100 respondentů (100 %) bylo 52 (52 %) odpovědí takových, že mé zdraví není perfektní a 34 respondentů (34 %) uvedlo, že si nejsou jistí. Jen 10 respondentů (10 %) vyplnilo většinou ano, mé zdraví je perfektní a 4 respondenti (4 %) odpověděli určitě ano, mé zdraví je perfektní.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit prostřednictvím výzkumného šetření, zda došlo ke změně kvality života pacientů po proběhlé ischemické CMP. V teoretické části jsme se z obecného hlediska zabývali kvalitou života a ischemickou CMP. V empirické části jsme se pomocí dotazníkového šetření zabývali z praktického hlediska problematikou kvality života jedinců po ischemické CMP ve vztahu bio, psycho a sociální stránky života. Ke zjištění kvality života pacientů jsme stanovili tři výzkumné otázky, které byly sestaveny na podkladě nejčastěji zmiňované problematiky v odborné literatuře. Výzkumné otázky zkoumaly, jak pacienti po prodělané CMP vnímají své zdraví, v jakých činnostech byli omezováni a jak byla ovlivněna jejich psychická stránka. Pro přehlednost byly výsledky šetření znázorněny v grafickém zpracování. Výzkumné šetření probíhalo od října 2018 do února 2019 v Nemocnici Havlíčkův Brod na neurologickém oddělení u pacientů po prodělané ischemické CMP. Ke zpracování dat bylo využito standardizovaného dotazníku SF-36 doplněného o položky vlastní konstrukce. Cílový soubor respondentů byl určen na 100. V diskuzi byly znázorněné odpovědi na výzkumné otázky z našeho dotazníku a byly porovnány s výsledky výzkumu studií jiných autorů. Výsledky jiných autorů nám mohou poskytnout vysvětlení poznatků námi zkoumané problematiky.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 38 mužů (38 %) a 62 žen (62 %). Zastoupení většího počtu žen než mužů, se potvrdila naše výzkumná práce s výsledky odborné literatury (Bednařík a kol., 2010) kde se uvádí, že starší ženy postihne onemocnění CMP častěji než muže. Naše práce se shoduje i s výsledky práce Snížkové (2015), kde se jejího výzkumu Kvalita života po cévní mozkové příhodě zúčastnilo 28 (66,67 %) žen a 14 (33,33 %) mužů. Z těchto podobných dat lze vyvodit úsudek, že dotazníkového šetření se zúčastnilo více žen, protože ženy se dožívají vyššího věkového průměru. Při hodnocení věkové kategorie respondentů vyšel v naší práci věkový průměr 70 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 42 let a nejstaršímu 92 let. Ke stejným výsledkům došla ve své práci i Arnoštová (2013). V jejím výzkumu Sledování kvality života u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě v závislosti na typu akutní léčby byla zastoupena nejpočetnější skupina respondentů 66-70 let. Tento závěr se shoduje s publikovanými údaji v literatuře (Bartůněk a kol., 2016), kde se uvádí, že každý rok v ČR vznikne 30 000 nových případů nemoci, jež postihne převážně pacienty věkové kategorie nad 65 let.

Seznam autorů jiných výzkumů, které jsme porovnávali s naším výzkumem:

Arnoštová Lenka. *Sledování kvality života u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě v závislosti na typu akutní léčby*. Pardubice, 2013. Diplomová práce. Vedoucí práce: MUDR. Petr Geier.

Bandíková Marie. *Evaluaace kvality života po cévní mozkové příhodě*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Vedoucí práce: MUDr. Stanislav Horák.

Chovancová Lenka. *Úroveň nezávislosti a subjektivního vnímania ochorenia u pacientov po cievnej mozgovej príhode – implementácie pre ošetrovatelskú prax*. Prešov, 2017. Diplomová práce. Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária Zamboriová, Ph.D., mim prof.

Snížková Martina. *Kvalita života po cévní mozkové příhodě*. Jihlava, 2015. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Prof. MUDR. Jozef Novotný, Ph.D.

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacient po prodělané ischemické CMP vnímá své zdraví?

V dotazníku byla tato otázka obsažena u č. 14, 15, 24. Výsledky výzkumu nám ukázaly, že velká část respondentů 42 (42 %) hodnotila své zdraví docela dobře, 43 (43 %) respondentů ho vnímalo přibližně stejně jako před rokem, 27 respondentů (27 %) vnímalo své zdraví špatně a 29 (29 %) udávalo, že jejich zdraví je poněkud horší než před rokem. Jen 2 respondenti (2 %) uvedli, že se cítí po prodělané ischemické CMP výtečně a jejich zdraví bylo dokonce mnohem lepší než před rokem. Skoro polovina 48 (48 %) si nebyla jistá, že je zdráva jako kdokoli jiný a jen 8 respondentů (8 %) vyplnilo, že byli stejně zdraví, jako kdokoli jiný. Více jak polovina 52 (52 %) odpověděla, že zdraví neměli perfektní, je to ovlivněno i tím, že respondenti byli vyšší věkové kategorie s mnoho přidruženými nemocemi, 21 (21 %) respondentů očekávalo, že se jejich zdraví zhorší. Při vyhodnocení průzkumné otázky č. 1 jsme došli k závěru, že většina respondentů hodnotí své zdraví i po prodělané ischemické CMP celkem dobře. Podobným výzkumem se zabývala ve své práci Snížková (2015), která zkoumala kvalitu života pacienta po CMP. K výzkumu použila také dotazník SF 36. Její výzkumný soubor tvořilo 42 respondentů, a ti hodnotili své zdraví po CMP spíše negativně. V jejím výzkumu 30 (71,43 %) respondentů považovalo své zdraví za špatné a žádný respondent (0 %) nepovažoval své zdraví za výborné. Mnohem horší zdraví, než před rokem uvedlo v její práci 20 (47,62 %) respondentů a mnohem lepší zdraví, než před rokem neuvedl žádný respondent (0 %). Jsem stejně zdravý jako kdokoli jiný uvedlo 12 respondentů (28,57 %), spíše ano a očekávám, že se mé zdraví zhorší uvedlo 16 (38,10 %) respondentů.

Mé zdraví je perfektní uvedlo spíše ne 20 (47,62 %), určitě ne odpovědělo 14 (33,33 %) respondentů a mé zdraví je perfektní neuvedl v jejím výzkumu žádný respondent. Z jejího výzkumu vyplynulo, že pacienti subjektivně hodnotí své zdraví spíše negativně.

Výzkumným šetření kvality života se ve své diplomové práci zabývala i Bandíková (2014), která použila rovněž dotazník kvality SF-36. Dotazníkové šetření použila u 84 respondentů po CMP. Z jejího výzkumu vyšlo, že subjektivní míra spokojenosti se zdravím byla u (37 %) respondentů horší. Z výsledků jejího výzkumu vyplynulo, že respondenti po prodělané CMP vnímali horší kvalitu života než osoby, které CMP neprodělali, a to zejména ženy. Důležitým faktorem, který ovlivnil kvalitu života byla sociální situace. Pokud respondenti žili sami, hodnotí kvalitu života hůře než respondenti žijící ve společné domácnosti. Samota je ve většině případů známý negativní faktor ovlivňující kvalitu života pacienta. Celkově pacienti hodnotili svou kvalitu života špatně, ve srovnání se zdravou populací. Nejhorší byly hodnoceny fyzická činnost a fyzická omezení. Častým problémem je i spánek. Studie jejího výzkumu vykazovaly snížení efektivity spánku, častější přerušování spánku a zvýšení ospalosti. Až (46 %) pacientů po CMP začali po nemoci užívat léky na spaní. Srovnávali jsme naši bakalářskou práci i se slovenskou diplomovou prací od Mgr. Chovancové (2017), která použila dotazník kvality života (IPQ – R). Dotazníkové šetření použila u 105 pacientů po prodělané CMP. Z jejího výzkumu vyplývá, že pacienti po CMP vnímají své onemocnění jako závažné, ale věří ve zlepšení svého stavu. Největší subjektivní potíže, které respondenti udávali v souvislosti s prodělaným onemocněním jsou: bolesti (69,5 %), únava (81,9 %) problémy se spánkem (65,7 %), závratě (64,8 %) a celkovou slabost (82,9 %) respondentů.

Při porovnání naší výzkumné otázky č.1 s jinými pracemi jsme došli k odlišným výsledkům. Z naší práce plyne, že respondenti hodnotili své zdraví i po prodělané nemoci celkem dobře. Naše výsledky se liší od výsledků jiných studií, kde respondenti hodnotili své zdraví spíše negativně.

Výzkumná otázka č. 2: V jakých běžně vykonávaných denních a společenských aktivitách po ischemické CMP je pacient omezován?

V dotazníku byla tato otázka obsažena u č. 16, 17, 21. Z výsledku výzkumu je patrné, že činnosti, jako je běh, zvedání těžkých předmětů a provozování náročných sportů omezovala velkou část respondentů 46 (46 %) a trochu omezovaly jen 26 (26 %) respondentů. Hodně omezovaly, 40 (40 %) respondentů i středně namáhavé činnosti. Trochu byla omezující u 48 respondentů (48 %) i nošení běžného nákupu.

Vůbec to neomezovalo jen 15 (15 %) respondentů. Vyjít po schodech několik pater bylo hodně namáhavé pro 42 (42 %) respondentů, pro 22 (22 %) to nebylo vůbec namáhavé. Vyjít jedno patro a udělat předklon, shýbání, poklek bylo trochu namáhavé pro 41 (41 %) respondentů. Hodně respondentů bylo omezováno v chůzi jeden kilometr 53 (53 %), naopak 22 respondentů (22 %) to vůbec neomezovalo. V chůzi několik set metrů trochu omezovalo 38 (38 %) respondentů a ujít sto metrů bylo trochu omezující pro 44 (44 %) respondentů. Samostatné koupání a oblékání trochu omezovalo 54 (54 %) respondentů, jako hodně omezující to uvedlo 18 (18 %) respondentů. Velká část 72 (72 %) respondentů, udělala v poslední době méně, než chtěla, 67 (67 %) jich bylo po nemoci omezeno v různých činnostech a 74 (74 %) respondentů uvedlo, že museli při práci vynaložit zvláštní úsilí. To, že jim trochu bránilo v práci i bolesti v posledních 4 týdnech, vyplnilo 34 (34 %) respondentů a 10 (10 %) uvedlo dokonce velmi silné bolesti. Při vyhodnocení průzkumné otázky č.2 vyplynulo, že velká část respondentů byla po prodělané ischemické CMP omezována v denních i společenských aktivitách a že často využívají pomoc od druhých osob. Ke stejným výsledkům došla ve své výzkumné práci i Snížková (2015), kdy více než (50 %) jejich respondentů se subjektivně cítilo omezeno ve všech uvedených činnostech. Usilovné činnosti hodně omezovaly 37 respondentů (88,10 %) a jen 1 respondenta (2,38 %) vůbec neomezovaly. Středně namáhavé činnosti omezovaly 30 (71,43 %) respondentů. Chůze po schodech několik pater byla hodně omezující pro 31 respondentů (73,81 %). Koupání a oblékání bez pomoci hodně omezovalo 24 respondentů (57,14 %) a jen trochu omezovalo 8 respondentů (19,05 %). K podobným výsledkům došla ve své diplomové práci i Arnoštová (2013), kdy z jejího výzkumu vyplývá, že k největšímu omezení došlo u pacientů po prodělané CMP u namáhavých činností, typu zvedání těžkých předmětů, běh, provozování náročných sportů, kdy tato činnost hodně omezovala (78 %) respondentů. U středně namáhavých činností, jako je posouvání stolu, jízda na kole a luxování bylo omezeno trochu (37 %) respondentů a hodně (40 %) respondentů. Omezení v chůzi na jeden kilometr udává jako hodně (35 %) respondentů a jen trochu (38 %) respondentů. Z výše uvedených odpovědí od Arnoštové, a s porovnáním s našeho výzkumu můžeme říci, že u pacientů po prodělané CMP došlo k omezení ve vykonávání denních a společenských aktivit, a ve většině případů se pacienti v různé formě stávali závislými na pomoci druhých. Při porovnání naší práce se zahraniční diplomovou prací od Mgr. Chovancové (2017) vyplynulo, že onemocnění mělo dopad nejen na samotného pacienta, ale i na jeho rodinu a značně jim

komplikovalo rodinný i partnerský život. Čím vyšší je pacientova nezávislost v denních a společenských aktivitách, tím nižší je dopad onemocnění na jeho rodině.

Při porovnání naší výzkumné otázky č.2 s výsledky jiných studií jsme došli ke stejným závěrům, že respondenti po CMP byli omezováni v denních i společenských aktivitách. Prodělaná nemoc zanechala u většiny pacientů nějaký druh postižení a stali se v různé formě závislími na pomoci druhých a byli méně soběstační.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký vliv má ischemická CMP na psychickou stránku pacienta?

V dotazníku byla tato otázka obsažena u č. 18, 19, 22. Výsledky výzkumu nám ukázaly, že kvůli emocionálním potížím, po prodělané ischemické CMP, se zkrátil čas věnovaný práci pro 58 (58 %) respondentů, méně udělalo 62 (62 %) respondentů a 54 (54 %) respondentů bylo méně pozorných. Psychická stránka pacientů měla i trochu vliv na společenský život 30 (30 %) respondentů, mírně jen na 12 (12 %) respondentů a velmi silně ovlivnily emocionální potíže společenský život 10 (10 %) respondentů. Emocionální potíže ovlivnily život respondentů i v posledních 4 týdnech. Málokdy se v poslední době cítilo plno elánu 44 (44 %) respondentů a jen 4 respondenti (4 %) uvedli že byli plni elánu pořád, 36 respondentů (36 %) odpovědělo, že málokdy byli nervózní a jen 2 (2 %) uvedli pořád. Nejvíce respondentů odpovědělo, že depresi měli málokdy 39 (39 %) a jen 1 respondent uvedl (1 %), že měl depresi pořád. Klid a pohodu málokdy pocíťovalo 33 respondentů (33 %) a 4 (4 %) respondenti jí cítili pořád. To, že plni energie byli málokdy, uvedlo 45 (45 %) respondenti a jen 4 (4 %) respondenti měli ještě pořád, i po překonané nemoci, dost energie. Smutek a pesimismus cítilo 31 (31 %) respondentů jen málokdy, ale 1 respondent (1 %) uvedl, že cítil smutek pořád. Dost často vyplnili pacienti po CMP, že byli vyčerpaní 28 (28 %) a jen 3 (3 %) uvedlo, že nikdy nebyli vyčerpaní. Že byli občas šťastni uvedlo 35 (35 %) respondentů, 4 (4 %) uvedlo, že se nikdy necítili šťastní. Únavu jich dost často cítilo 35 (35 %) a jen 4 (4 %) uvedlo, že nikdy nebyli unaveni. Při hodnocení otázky č. 3 vyplynulo, že psychická stránka pacienta byla ovlivněna nemocí, většina pacientů udělala méně, než chtěla, a měli i méně energie. Záleželo spíš na určitém jednotlivci, jak si dokázal poradit se stresovou situací. K podobným výsledkům došla ve své práci i Snížková (2015), kdy u jejích respondentů převládal smutek, nervozita a deprese a respondenti se často cítili vyčerpaní a unaveni. U 16 dotázaných (38,10 %) emoce ovlivnily pozornost, 7 respondentů (16,67 %) emoce nebránily vůbec ve společenském životě a 6 respondentů (14,29 %) uvedlo, že emoce ovlivnily

společenský život velmi silně. Že byli plni elánu, uvedlo 14 (33,33 %) respondentů a většinou, uvedli jen 3 respondenti (7,14 %). Depresi cítilo občas 16 (38,10 %), pořád uvedli 3 (7,14 %) respondenti. Smutek cítilo dost často 12 (28,57 %) respondentů a jen 2 respondenti (4,76 %) nebyli smutní nikdy. Vyčerpání po CMP uvedlo většinou 12 respondentů (28,57 %) a 4 respondenti (9,52 %) shodně uváděli nikdy a málokdy. K jiným výsledkům došla ve své diplomové práci Arnoštová (2013), kdy z jejího šetření plyne, že (70 %) respondentů nemělo emocionální potíže typu deprese a úzkosti. V slovenské diplomové práci od Mgr. Chovancové (2017) vyšlo, že emocionální potíže po prodělané CMP měly velký dopad na respondenta. Čím závažnější byl jejich stav po prodělané CMP, tím větší byly jejich negativní emoce. Za největší psychickou příčinu udávali stres a starosti (94 %) respondentů. Dále to bylo přepracovanost, stárnutí a problémy v rodině (89 %) a po nich následovalo citové rozpoložení, negativní myšlenky a povaha respondenta (82 %). Respondenti s vysokoškolským vzděláním uváděli častěji negativní emoce než respondenti s nižším vzděláním. V diplomové práci od Bandíkové (2014) vyplynulo, že emocionální potíže se po CMP nezměnily jen u (26 %) respondentů, u (74 %) se psychické funkce změnily. CMP měla vliv na psychické funkce pacienta a léky na deprese, po prodělané nemoci, bralo 13 % pacientů po propuštění do domácího prostředí. Z jejího výzkumu vyplynulo, že nejčastější emocionální potíže po CMP byly deprese, úzkostná porucha a únava.

Při hodnocení naší výzkumné otázky č.3 s výsledky jiných studií jsme došly ke stejným výsledkům. Psychická stránka respondentů byla ve většině případů ovlivněna prodělanou ischemickou CMP. Emocionální potíže typu deprese a úzkosti měly negativní vliv na kvalitu života u více jak poloviny respondentů.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě zjištěných informací z výzkumného šetření je možné navrhnout následná doporučení. Práce s pacienty po prodělané ischemické CMP vyžaduje specifický přístup a péči. Pacienti jsou často tělesně omezeni a emocionálně citliví. Do specifické péče o nemocné řadíme oblast fyzickou, psychickou a sociální. Je zejména zapotřebí edukovat laickou veřejnost o problematice nemoci, protože nemoc zasáhne náhle život jedince a jeho rodiny a výrazně ovlivní jejich kvalitu života. Ve většině případů končí dosavadní životní styl a pacienti se musí vypořádat s následky nemoci, omezením a změnou v dosavadního života.

Dle výsledků našeho výzkumu doporučujeme zejména zaměřit se na psychický stav pacienta po prodělaném iktu. Ve většině případů má nemoc negativní vliv na psychickou stránku pacienta, a proto doporučuji nebát se vyhledat odborníka a o psychických problémech hovořit. V dnešní době již toto téma není opomíjeno a je potřeba ho řešit a zkvalitnit pacientovi život.

Neméně důležitá je i podpora rodiny. Změna zdravotního stavu má u většiny respondentů dopady v rodinném i partnerském životě. Dle výsledků naší studie byli pacienti často omezováni v denních i společenských aktivitách. Proto doporučuji, pokud pacient rodinu má a ta má zájem, zapojit je do ošetrovatelského procesu vše jim důkladně vysvětlit a názorně ukázat. Poskytnout jim dostatek času i informací týkající se nemoci. Edukace by měla probíhat opakovaně, v ústní i písemné formě. Podpora a povzbuzení do života od rodiny a přátel je pro většinu pacientů ničím nenahraditelná. Pro rodinu i ošetrující personál může být tato práce někdy velmi fyzicky i psychicky náročná, proto by se péče o pacienta po CMP měla dotýkat i jeho širokého okolí. Neméně důležitá je i integrace nemocných do společnosti a podpora sociálních pracovníků.

Problém spatřuji i v nedostatečné informovanosti laické veřejnosti o prvních příznacích nemoci a podceňování příznaků. Často je problém při pomalém transportu pacienta do nemocnice, kdy prodleva od prvních příznaků je i několik hodin a pacientovi se adekvátní pomoci dostává už pozdě. Doporučuji pro praxi více informovat širokou veřejnost o prvních příznacích nemoci. Šíření informací laické veřejnosti by mohla probíhat prostřednictvím různých edukačních materiálů a besed například na školách.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života nemocných po prodělaném ischemickém iktu. Práce je rozdělena do dvou stěžejních částí. První (teoretická) část seznamuje s kvalitou života, a problematikou ischemické CMP. Druhá (empirická) část je založena na kvantitativním výzkumu, pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 doplněného o položky vlastní konstrukce. Z výzkumného šetření vyplynulo, že i pacienti po prodělané závažné nemoci s mnoha následky onemocnění, prožívají ve většině případů kvalitní život.

Na obecný cíl výzkumu navazují 3 výzkumné otázky. Otázka č. 1 zjišťovala, jak respondenti hodnotí své zdraví. Otázka č. 2 zjišťovala, zda došlo po onemocnění k nějakým změnám či omezení v jejich aktivitách. A otázka č. 3 zjišťovala, zda respondenty ovlivnila nemoc po psychické stránce. Stanovené výzkumné otázky byly splněny. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce respondentů hodnotí své zdraví i po prodělané nemoci celkem dobře. Většina respondentů odpověděla, že jsou trochu omezení v různých aktivitách a jejich emoční stav měl v různém rozsahu vliv na psychickou stránku. Z výsledku výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentů, kteří jsou převážně vyšší věkové kategorie měli po ischemické CMP nějaký vliv na kvalitu jejich života. Z dotazníkového výzkumu zaměřeného na sociální dimenze vyplynulo, že nejvíce pacientů po prodělané ischemické CMP jsou ženy, vyššího věku, vyučené a v současné době ve starobním důchodu. Žijí v manželském svazku na vesnici a doma nemusely provést žádné úpravy domácnosti. CMP jim byla diagnostikována jen jednou, a to v čase do jednoho roku. Nezůstal jim žádný druh postižení a na kontroly do neurologické ambulance docházejí pravidelně po 3 měsících. Výsledky výzkumu nám ukázaly, že u respondentů po prodělaném ischemickém iktu došlo ke změně kvality života zejména u pacientů, kteří byli nesoběstační, s neurologickým deficitem, s bolestí, žijící sami, nebo se špatnými sociálními vztahy, psychickými problémy, depresí a po recidivě iktu. U pacientů, kteří tyto potíže neudávali, nedošlo ke zhoršení jejich kvality života.

Seznam použité literatury

ARNOŠTOVÁ, Lenka. *Sledování kvality života u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě v závislosti na typu akutní léčby*. Pardubice, 2013. Diplomová práce. UNIVERZITA PARDUBICE, FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Katedra ošetrovatelství.

BANDÍKOVÁ, Marie. *Evaluaace kvality života po cévní mozkové příhodě*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd.

BARTŮŇEK, Petr a Dana JURÁSKOVÁ, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.

BEDNAŘÍK, J., Z. AMBLER, E. RŮŽIČKA „a kol.“ 2010. *Klinická neurologie*. 1. vydání. Praha: Triton. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. 2. vydání. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

CSISKO, Matěj, 2013. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi. Sestra: časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta roč. 23, č. 12. ISSN 1210-0404.

ČEVELA, R., L.ČELEDOVÁ a H. DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GURKOVÁ, Eva, 2011. *Hodnocení kvality života*. 1. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stárí*. 2. vydání. Praha: HBT. 368 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1.vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. 239 s. ISBN 978-80-7439-106-0.

HOMOLKA, Pavel, 2010. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. 1. vydání. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978- 80-247-2896-4.

CHOVANCOVÁ, Lenka. *Úroveň nezávislosti a subjektivního vnímania ochorenia u pacientov po cievnej mozgovej príhode – implementácie pre ošetrovateľskú prax*. Prešov, 2017. Diplomová práce. VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY BRATISLAVA, ÚSTAV SOCIÁLNIICH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA V PREŠOVE. Ošetrovatelstvo

JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál. 272 r. ISBN 978-80-7367-583-7.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALVACH, P. „a kol.“ 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vydání. Praha: Grada 456 s. ISBN 978-802-4727-653.

KALVACH, Z., L. ČELEDOVÁ, I. HOLMEROVÁ, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ a P. WIJA, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 397 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KULIŠŤÁK, Petr „a kol.“ 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 972 s. ISBN 978-80-246-3068-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele – posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela, 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. 1. vydání. Praha: Galén. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.

LUKÁŠ, Karel „a kol.“ 2011. *Chorobné znaky a příznaky*. 1. vydání. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-3728-7.

MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇOVÁ, 2016. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. 1. vydání. Praha: Grada. 127 s. ISBN 978-80-271-0158-0.

PALMER, Sára a Jeffrey B. PALMER, 2011. *When Your Spouse Has a Stroke*. 1. edition. Baltomor: The Johns Hopkins University Press 224 s. ISBN 0801-89-88-62.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vydání. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

RŮŽIČKA, Radomír a Rudolf SOSÍK, 2011. *Zdraví není náhoda*. 1. vydání. Olomouc: Poznání. 170 s. ISBN 978-80-87419-10-6.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SNÍŽKOVÁ, Martina. *Kvalita života po cévní mozkové příhodě*. Jihlava, 2015. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA. Katedra zdravotnických studií.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie „a kol.“ 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

TOMEK, Aleš „a kol.“ 2012. *Neurointenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 498 s. ISBN 978-80-204-2659-8.

TYRLÍKOVÁ, Ivana „a kol.“ 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vydání. Brno: NCO NZO. 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.