

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**JAK SE ZMĚNÍ KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO
CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

SIMONA NOVÁKOVÁ, DiS.

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**JAK SE ZMĚNÍ KVALITA ŽIVOTA PACIETŮ PO CÉVNÍ
MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

Bakalářská práce

SIMONA NOVÁKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Bronislava Schusterová

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Nováková Simona
3VS2

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

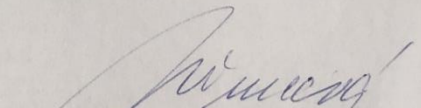
Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě

How Will Be the Quality of Patients' Life Changed after Brain Stroke

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Bronislava Schusterová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 25. 10. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Dagmar Tečové za statistické zpracování získaných dat a vedoucí práce paní MUDr. Bronislavě Schusterové za odborné vedení a věcné připomínky při tvorbě této bakalářské práce.

ABSTRAKT

NOVÁKOVÁ, Simona. *Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Bronislava Schusterová. Praha. 2017. 68 stran.

Tématem bakalářské práce je: „Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě.“ Bakalářská práce je rozdělena na dvě základní části, na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na charakteristiku cévní mozkové příhody, především na patofyziologii, rizikové faktory, symptomatologii onemocnění, dále také na diagnostiku, terapii, rehabilitaci a preventivní opatření. Poslední kapitoly teoretické části jsou zaměřeny na charakteristiku specifik ošetrovatelské péče a také pojmu kvalita života.

Praktická část je vypracovaná na základě kvantitativního průzkumného šetření, pojatého formou dotazníku vlastní konstrukce. Cílem praktické části bylo zjistit, jak se změní kvalita života pacientů po prodělání cévní mozkové příhody ve třech základních sférách života. Ve sféře fyzické, psychické a také sociální. Získaná data byly statisticky zpracovány do tabulek a grafů.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Iktus. Kvalita života. Ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

NOVÁKOVÁ, Simona. *How will be the quality of patients' life changed after brain stroke*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Bronislava Schusterová. 2017. 68 pages.

The topic of the bachelor thesis is: "How is changed the quality of life of patients after cerebral stroke." The bachelor thesis is divided into two basic parts, the theoretical part and the practical part.

The theoretical part is focused on pathophysiology, risk factors, symptomatology, diagnosis, therapy, rehabilitation and prevention of this disease. Last chapters of the theoretical part are focused on the characteristics of nursing care specifics and quality of life.

The practical part was elaborated on the basis of a quantitative survey. The form is a questionnaire of my own construction. The aim of the practical part was to find out how is changed the quality of life of patients after cerebral stroke in physical, mental and also social spheres of life. The obtained data were statistically processed into tables and graphs.

Keywords

Brain stroke. General nurse. Nursing care. Quality of life. Stroke.

PŘEDMLUVA

Tématem bakalářské práce je: „Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě“. Tohle téma pro psaní práce jsem si vybrala záměrně, a to z důvodu, že pracuji na lůžkovém oddělení rehabilitace, ve Fakultní nemocnici v Olomouci, na kterém se velice často setkávám s pacienty, kteří právě cévní mozkovou příhodu prodělali. Nejedná se pouze o již nezaměstnané pacienty v důchodovém věku, ale právě i o pacienty v produktivních letech nebo na vrcholu produktivních let, u kterých často vlivem tohoto onemocnění dochází k neschopnosti vykonávat vůbec, nebo minimálně ne ve stejném rozsahu své dosavadní zaměstnání.

Pacienti po cévních mozkových příhodách jsou na tomto oddělení hospitalizováni k intenzivní rehabilitaci, která zahrnuje pohybovou terapii a trénink chůze, ergoterapii, logopedii a kognitivní trénink s cílem úpravy porušených kognitivních funkcí. Rehabilitace je zaměřená individuálně na potřeby každého pacienta, s cílem zmírnit možné následky, způsobené cévní mozkovou příhodou. Tyto následky většinou negativně ovlivňují nejen život samotného pacienta, ale i jeho blízkých a rodinných příslušníků.

Cévní mozková příhoda je cerebrovaskulární onemocnění vedoucí často k závažnému funkčnímu deficitu, handicapu a invalidizace. Její incidence má neustále stoupající tendenci, což svědčí o její neustálé aktuálnosti a důležitosti.

Touto bakalářskou prací bych chtěla prostřednictvím níže uvedených dat získaných provedeným průzkumným šetřením poukázat na závažnost tohoto onemocnění. Především na následky, ke kterým po cévní mozkové příhodě dochází, a tím i na změnu kvality života nejen samotných pacientů, a rovněž na důležitost zajištění a dodržování preventivních opatření.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	17
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	19
1.1 PATOFYZIOLOGIE	19
1.1.1 PRIMÁRNÍ MOZKOVÉ POŠKOZENÍ	19
1.1.2 SEKUNDÁRNÍ MOZKOVÉ POŠKOZENÍ	20
1.2 MOZKOVÁ ISCHEMIE	21
1.2.1 ATEROTROMBOTICKÝ SUBTYP	22
1.2.2 LAKUNÁRNÍ SUBTYP	22
1.2.3 KARDIOEMBOLICKÝ SUBTYP	22
1.2.4 OSTATNÍ PŘÍČINY	22
1.2.5 TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA.....	23
1.2.6 REVERZIBILNÍ ISCHEMICKÝ NEUROLOGICKÝ DEFICIT	23
1.2.7 VYVÍJEJÍCÍ SE IKTUS	23
1.2.8 DOKONČENÝ IKTUS.....	23
1.3 MOZKOVÁ HEMORAGIE.....	24
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	24
1.4.1 RIZIKOVÉ FAKTORY NEOVLIVNITELNÉ	24
1.4.2 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVNITELNÉ.....	25
1.5 SYMPTOMATOLOGIE	27
1.5.1 PORUCHA HYBNOSTI	27
1.5.2 PORUCHA KOORDINACE	27
1.5.3 PORUCHA CITLIVOSTI	27
1.5.4 BOLEST	28
1.5.5 PORUCHA POLYKÁNÍ.....	28
1.5.6 PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ	28
1.5.7 POSTIŽENÍ ŘEČI.....	29

1.5.8	PORUCHA KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	29
1.5.9	VÝKYVY NÁLAD A EMOCÍ.....	29
1.6	DIAGNOSTIKA	30
1.6.1	ANAMNÉZA.....	30
1.6.2	ŠKÁLOVÁNÍ.....	30
1.6.3	LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	30
1.6.4	RADIOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA.....	31
1.7	TERAPIE	32
1.7.1	KONZERVATIVNÍ TERAPIE.....	33
1.7.2	ANTIEMATOMATOSNÍ TERAPIE.....	33
1.7.3	LÉČBA MOZKOVÉ ISCHEMIE.....	33
1.7.4	LÉČBA MOZKOVÉ HEMORAGIE.....	34
2	REHABILITACE	36
2.1	CVIČENÍ NA NEUROFIZIOLOGICKÉM PODKLADĚ	36
2.2	LOGOPEDIE.....	37
2.3	LÉČEBNÝ TĚLOCVIK.....	37
2.4	ERGOTERAPIE.....	37
2.5	NUTRIČNÍ TERAPIE	38
2.6	KLINICKÁ PSYCHOLOGIE.....	38
3	PREVENCE.....	39
3.1	ANTIKOAGULAČNÍ TERAPIE	39
3.2	CHIRURGICKÁ FORMA PREVENCE	39
3.3	KOMPENZACE PŘIDRUŽENÝCH CHOROB	40
3.3.1	HYPERTENZE.....	40
3.3.2	ZVŠENÁ HLADINA CHOLESTEROLU.....	40
3.3.3	DIABETES MELLITUS	40
3.3.4	ATEROSLERÓZA	40
3.3.5	SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	41
3.4	ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU	41
3.4.1	NADVÁHA, OBEZITA.....	41
3.4.2	KOUŘENÍ A UŽÍVÁNÍ JINÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	41

3.4.3	ALKOHOL.....	41
3.4.4	FYZICKÁ AKTIVITA.....	42
3.4.5	STRES.....	42
3.4.6	ORÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	42
4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	43
4.1	BIOLOGICKÉ POTŘEBY	43
4.1.1	POHYBOVÝ REŽÍM, POLOHA	43
4.1.2	HYGIENICKÁ PÉČE	43
4.1.3	OBLÉKÁNÍ.....	44
4.1.4	VÝŽIVA.....	44
4.1.5	VYLUČOVÁNÍ.....	44
4.1.6	ODPOČINEK A SPÁNEK.....	45
4.2	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY	45
4.3	SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY.....	45
5	KVALITA ŽIVOTA	46
6	PRŮZKUM	47
6.1	TÉMA, PROBLÉM, CÍL PRŮZKUMU	47
6.2	VÝBĚROVÝ SOUBOR	47
6.3	METODA PRŮZKUMU.....	47
6.4	ORGANIZACE PRŮZKUMU	48
6.5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	48
7	DISKUZE.....	77
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	79
ZÁVĚR		80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		81
PŘÍLOHY		

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Tabulka č. 1 Věkové kategorie respondentů
- Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů
- Tabulka č. 3 Podklad cévní mozkové příhody
- Tabulka č. 4 Omezení citlivosti či vnímání
- Tabulka č. 5 Dominantní horní končetina
- Tabulka č. 6 Změna v množství přijímané potravy
- Tabulka č. 7 Změna ve vyprazdňování
- Tabulka č. 8 Porucha komunikace či poznávacích funkcí
- Tabulka č. 9 Specifikace poruch řeči
- Tabulka č. 10 Omezení pohyblivosti
- Tabulka č. 11 Potřeba pomoci druhých osob či kompenzačních pomůcek
- Tabulka č. 12 Ovlivnění charakterových vlastností
- Tabulka č. 13 Aktuální změna v pocitech
- Tabulka č. 14 Změna v pocitech v prvních dnech po cévní mozkové příhodě
- Tabulka č. 15 Psychická podpora
- Tabulka č. 16 Odborná pomoc
- Tabulka č. 17 Kontakt respondentů se svými vzdálenějšími rodinnými příslušníky, přáteli, blízkými
- Tabulka č. 18 Vnímání následků cévní mozkové příhody okolím
- Tabulka č. 19 Omezení zájmů či koníčků
- Tabulka č. 20 Objevení nových zájmů či koníčků
- Tabulka č. 21 Vliv cévní mozkové příhody na zaměstnání
- Tabulka č. 22 Využití sociálních služeb po propuštění do domácí péče
- Tabulka č. 23 Pozorované četnosti v omezení pohyblivosti
- Tabulka č. 24 Pozorované četnosti v aktuální změně v pocitech
- Tabulka č. 25 Pozorované četnosti ve změně v pocitech v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody
- Tabulka č. 26 Pozorované četnosti v omezení zájmů či koníčků
- Graf č. 1 Věkové kategorie respondentů
- Graf č. 2 Pohlaví respondentů

- Graf č. 3 Podklad cévní mozkové příhody
- Graf č. 4 Omezení citlivosti či vnímání
- Graf č. 5 Dominantní horní končetina
- Graf č. 6 Změna v množství přijímané potravy
- Graf č. 7 Změna ve vyprazdňování
- Graf č. 8 Porucha komunikace či poznávacích funkcí
- Tabulka č. 9 Specifikace poruch řeči
- Graf č. 10 Omezení pohyblivosti
- Graf č. 11 Potřeba pomoci druhých osob či kompenzačních pomůcek
- Graf č. 12 Ovlivnění charakterových vlastností
- Graf č. 13 Aktuální změna v pocitech
- Graf č. 14 Změna v pocitech v prvních dnech po cévní mozkové příhodě
- Graf č. 15 Psychická podpora
- Graf č. 16 Odborná pomoc
- Graf č. 17 Kontakt respondentů se svými vzdálenějšími rodinnými příslušníky, přáteli, blízkými
- Graf č. 18 Vnímání následků cévní mozkové příhody okolím
- Graf č. 19 Omezení zájmů či koníčků
- Graf č. 20 Objevení nových zájmů či koníčků
- Graf č. 21 Vliv cévní mozkové příhody na zaměstnání
- Graf č. 22 Využití sociálních služeb po propuštění do domácí péče

SEZNAM ZKRATEK

CMP	Cévní Mozková Příhoda
CS	Completed Stroke (dokončený iktus)
CT	Computer Tomography (počítačová tomografie)
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
ES	Evolving Stroke (vyvíjející se iktus)
MR	Magnetická Rezonance
MRA	Magnetická Rezonanční Angiografie
NOAC	Novel Oral Anticoagulants (nová perorální antikoagulancia)
PCT	Perfuzní CT
RIND	Reversibilní Ischemický Neurologický Deficit
TIA	Tranzitorní Ischemická Ataka
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

(HUGO, VOKURKA, 2015) (CHOUDHARY, RAHMAN, 2010)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afázie	Porucha řeči
Agregace	Shlukování
Anestezie	Znecitlivění
Aneuryzma	Výduť
Anosognosie	Neschopnost náhledu pacienta na nenormálnost vlastního duševního nebo tělesného stavu
Arteria basilaris	Bazilární tepna
Arteria carotis	Krkavice
Arteria cerebri anterior	Přední mozková tepna
Arteriopatie	Poškození tepen
Aspirace	Vdechnutí
Ataxie	Porucha koordinace
Ateroskleróza	Kornatění tepen
Cerebrální	Mozkový
Dekomprese	Snížení tlaku v určitém orgánu
Dekubity	Proleženiny
Diabetes mellitus	Úplavice cukrová
Diastola	Srdeční ochabnutí
Difuzní	Rozptýlený
Dysartire	Porucha řeči, charakterizovaná špatnou artikulací
Dysfagie	Porucha polykání
Dysfunkce	Narušení funkce orgánů
Edém	Otok
Embolie	Vmetení
Endotel	Vnitřní výstelka cév
Endovaskulární	Uvnitř cév
Enterální	Střevní
Epidurální	Prostor mezi tvrdou plenou a lebkou
Ergoterapie	Činnostní léčba
Fibrilace	Míhání komor či síní srdce
Glykemie	Hladina cukru v krvi

Hematom	Krevní podlitina
Hemianopsie	Jednostranný výpadek zorných polí
Hemiparéza	Částečné ochrnutí jedné poloviny těla
Hemiplegie	Úplné ochrnutí jedné poloviny těla
Hemisféra	Polokoule
Hemodynamika	Fyzikální vlastnosti krve a cév
Hemoencefalická bariéra	Přechod mezi mozkovými kapilárami a tkání
Hemoragie	Krvácení
Hypertenze	Zvýšený krevní tlak
Hypestezie	Snížená citlivost na vnější smyslové podněty
Iktus	Cévní mozková příhoda
Imobilita	Neschopnost pohybu
Indikace	Stanovení léčebného postupu
Infarkt	Ohraničené odumření tkáně po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny
Inkontinence	Samovolný únik moči nebo stolice
Intracerebrální	Uvnitř mozkové tkáně
Intrakraniální	Nitrolební
Intravenózní	Nitrožilní
Intubace	Zavedení rourky do průdušnice k udržení volných dýchacích cest
Invalidita	Neschopnost práce
Ischemie	Nedokrevnost
Kardiogenní	Pocházející ze srdce
Kardiovaskulární	Týkající se srdce a cév
Koagulace	Srážení krve
Koagulopatie	Porucha srážlivosti krve
Kolaterální	Vedlejší
Kompenzace	Náhrada
Korekce	Úprava
Kraniotomie	Operativní otevření lebeční dutiny
Léze	Poškození
Likvor	Mozkomíšní mok
Logopedie	Výchova ke správné řeči

Malformace	Vrozená vývojová úchylka tvaru
Mobilita	Pohyblivost
Monitorace	Sledování
Myokard	Sdeční svalovina
Neglect syndrom	porucha uvědomování si podnětů z poloviny tělového prostoru
Neuron	Nervová buňka
Nutrice	Výživa
Okluze	Uzávěr
Parenterální	Mimostřevní
Patologický	Chorobný
Perfuze	Průtok krve tkání, orgánem
Permeabilita	Propustnost
Pneumonie	Zápal plic
Progrese	Postup onemocnění, jeho zhoršování
Recidiva	Návrat nemoci, u které již vymizely příznaky
Rekanalizace	Obnovení průchodnosti tepny po jejím uzávěru
Reverzibilní	Vratný
Ruptura	Trhlina
Sipping	Popíjení
Spasticita	Zvýšené svalové napětí
Stabilita	Stálost
Stenóza	Zúžení
Subdurální	Prostor, mezi tvrdou plenou a pavučnicí
Symptom	Příznak
Systola	Srdeční stah
Transezofageální	Přes jícn
Transtorakální	Přes hrudník
Trombolýza	Rozpuštění krevní sraženiny
Trombóza	Děj, při kterém dochází ke vzniku trombu
Vaskulární	Týkající se cév
Ventilace	Výměna vzduchu

(HUGO, VOKURKA, 2015)

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je velice závažné onemocnění, které postihuje čím dál mladší věkové kategorie v produktivních letech života a ve většině případů vede k invaliditě a omezené soběstačnosti pacienta. Z tohoto důvodu má iktus vliv nejen na život a jeho kvalitu samotného pacienta, ale i na život jeho blízkých a rodinných příslušníků. Následkem iktu tak pacienti nemohou již vykonávat své dosavadní zájmy a koníčky, často i musejí změnit své zaměstnání.

Problematika kardiovaskulárních onemocnění, tedy i cévní mozkové příhody je v dnešní době čím dál více probírané téma. Incidence tohoto onemocnění má však neustále stoupající tendenci, a to z důvodu nedostatečné prevence iktu, především z důvodu nedodržování zásad zdravého životního stylu, které nedodržíje nejen většina obyvatelstva České republiky, ale i jiných zemí.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak se změní kvalita života pacientů, po prodělání cévní mozkové příhody, se zaměřením na níže uvedené dimenze života a poukázat na závažnost tohoto onemocnění. Po stanovení těchto základních cílů bakalářské práce, byla následně zvolena metoda kvantitativního průzkumu, který byl prováděn formou anonymního dotazníku, sloužícího k získání co největšího množství informací o problematice změny kvality života pacientů, od většího množství respondentů.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo stanoveno následující téma, problém a cíl:

Téma: Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě

Problém: Může cévní mozková příhoda ovlivnit kvalitu života pacientů?

Cíl 1: Zjistit, jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě ve sféře fyzické.

Cíl 2: Zjistit, jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě ve sféře psychické.

Cíl 3: Zjistit, jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě ve sféře sociální.

Vstupní literatura:

PALMER, S. a J. B. PALMER, 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0348-3.

LAURENČÍKOVÁ, E., 2007. *Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349.

LUDÍKOVÁ, L. a kol., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4296-9.

Popis rešeršní strategie:

Pro vyhledávání publikací, zabývajících se problematikou cévní mozkové příhody, použitých následně k vypracování bakalářské práce na téma: „Jak se změnila kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě“, bylo využito rešeršních služeb Univerzitní knihovny v Hradci Králové.

Jako klíčová slova v českém jazyce byla zvolena cévní mozková příhoda, iktus, kvalita života, ošetrovatelská péče a všeobecná sestra. V anglickém jazyce to byla klíčová slova brain stroke, general nurse, nursing care, quality of life a stroke.

Hlavními kritérii pro vyhledání podkladů k bakalářské práci byla tematická souvislost s cíli v českém či anglickém jazyce a v časovém rozmezí od roku 2004 až po současnost.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Podle WHO je cévní mozková příhoda, neboli také iktus definována jako rychle se rozvíjející klinické příznaky fokální nebo globální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního poškození (KALVACH, 2010).

Cévní mozková příhoda je druhou nečastější příčinou úmrtí a nejčastější příčinou invalidizace a to jak ve vyspělých zemích, tak i v České republice (PETRŽELA, 2016). Výskyt cévních mozkových příhod se každým rokem zvyšuje a postihuje čím dál více lidí v produktivních letech (RYBKÁ, 2007). V České republice je výskyt iktů přibližně 30 000 obyvatel za rok.

Cévní mozková příhoda se řadí se mezi urgentní stavy, jako je např. i infarkt myokardu, které vznikají náhle, nepředvídatelně a mají významný dopad, nejen na život samotného pacienta, ale i na život jeho rodinných příslušníků (BARTŮNEK, JURÁSKOVÁ a kol., 2016).

Iktus je poměrně dobře léčitelný, u třetiny nemocných i úplně vyléčitelný. Úspěch terapie však závisí na mnoha faktorech, kam se řadí především doba, během které je pacient dopraven do nemocnice od objevení se prvních příznaků, které svědčí o vzniku iktu (KALITA, 2010).

1.1 PATOFYIOLOGIE

Při vzniku iktu, a to jak ischemického, tak i hemoragického, se uplatňují dva základní metabolické procesy - primární a sekundární mozkové poškození.

1.1.1 PRIMÁRNÍ MOZKOVÉ POŠKOZENÍ

Při primárním mozkovém poškození se spouští řada na sebe navazujících dějů, které následně zhoršují míru poškození a vedou k postupnému zvětšování poškozené tkáně. Poškození se rozvíjí ve všech strukturách mozkové tkáně, tedy v neuronech, cévách a především i v endotelu (VRÁNOVÁ, 2013). Velikost primárního poškození závisí na mnoha faktorech. Mezi tyto faktory se řadí velikost poškozené arterie, dále rychlost a rozsah okluze. Při ischemickém iktu, vzniklém na podkladě aterosklerotického

zúžení, či postupně rozvíjející se trombózy může dojít ke vzniku kolaterálního oběhu, jež může nahradit i oběh, který byl některým, z těchto výše uvedených patologických procesů uzavřen. Rozsah poškození cerebrálních struktur je v tomto případě malý, nebo i žádný. Kolaterální oběh však nevzniká při náhle vzniklé zástavě krevního oběhu, která je nejčastěji způsobena embolií. Takto náhle vzniklá porucha krevního oběhu vede k poškození, nebo až k zániku mozkových tkání a k rozvoji sekundárních změn.

U cévní mozkové příhody na podkladě hemoragie je mechanismus vzniku primárního poškození zcela odlišný. Vlivem vzniku hematomu je část cerebrálních struktur zničena úplně. V tomto případě není možné žádné léčebné ovlivnění. Ostatní mozková tkán je však pouze stlačena. Z tohoto důvodu jsou poškozené mozkové funkce, nacházející se v této oblasti alespoň částečně reversibilní, a to za předpokladu odsátí hematomu a tím i zmírnění tlaku na ostatní struktury. Se vznikem rozsáhlejšího hematomu v mozkových strukturách vzniká difuzní poškození mozkové tkáně s nitrolební hypertenzí (KALINA, 2008).

1.1.2 SEKUNDÁRNÍ MOZKOVÉ POŠKOZENÍ

Druhým základním metabolickým procesem je sekundární poškození mozku, vzniklé na základě nitrolební hypertenze. Lebeční dutina je polozavřený prostor. Tvoří ji asi z 80 % mozková tkán, z 10 % likvor a z 10 % cévní systém. Pokud dojde ke zvětšení jakékoliv z těchto struktur, dojde k utlačení některé jiné části. Při zvýšení intrakraniálního tlaku se dostává likvor do žil a tím pádem se udržuje stálý objem. Odvod likvoru a jeho tvorba jsou tedy v rovnováze. V případě, že dojde ke zvětšení mozkových nebo cévních struktur, zvýší se intrakraniální tlak, likvor se začne rychleji propouštět do žilního systému, než se tvoří a likvorový kompartment se zmenší. V závislosti na mnoha faktorech může dojít k vyrovnání produkce a resorpce likvoru. Při zvýšeném intrakraniálním tlaku, nebo při jeho neustálém narůstání, může dojít až ke smrti mozku. Z tohoto důvodu je nutná monitorace intrakraniálního tlaku pomocí čidel, které mohou být zavedeny více způsoby (např. epidurálně, subdurálně, intracerebrálně) (KALITA, 2010).

Dělení cévních mozkových příhod dle jejich příčiny:

1. Ischemická CMP – jedná se o nejčastější typ (objevuje se zhruba u 80 % všech CMP) (SEIDL, 2008). Tento typ je způsoben náhlou úplnou či částečnou nedokrevností určité oblasti mozkové tkáně, vzniklou na podkladě aterosklerózy, trombózy nebo embolie (HEJNAROVÁ, SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).
2. Hemoragická CMP - tvoří zbývající část příhod (jedná se zhruba o 20 %), která jsou způsobeny krvácením do mozku či do jeho okolí (SEIDL, 2008). Nejčastějším zdrojem krvácení je ateroskleróza nebo tepenné aneuryzma (HEJNAROVÁ, SLEZÁKOVÁ a kol., 2012). Přibližně třičtvrtě hemoragických CMP je způsobeno krvácením přímo do mozkové tkáně, zbývající čtvrtina vzniká na podkladě krvácení do prostor kolem mozku nebo do mozkových obalů (KALITA, 2010).

1.2 MOZKOVÁ ISCHEMIE

Mozková ischemie se může dále dělit podle místa vzniku, mechanismu vzniku a také dle časového hlediska.

Mozková ischemie se dělí podle místa vzniku ke vztahu k tepennému povodí:

1. Teritoriální infarkty – vyskytuje se v povodí některé z mozkových tepen.
2. Interteritoriální – tento typ mozkové ischemie vzniká na rozhraní povodí dvou či více tepen.
3. Lakunární – vyskytuje se jako varianta teritoriálního infarktu v povodí malých arterií.

Dělení CMP podle mechanismu vzniku:

1. Makroarteriopatie – zde se řadí aterotrombotický okluzivní proces, vyskytující se na velkých a středních arteriích.
2. Mikroarteriopatie – vzniká následkem arteriopatie malých cév (neboli lakunární infarkty).
3. Kardiogéní embolizace

4. Ostatní příčiny – zde se řadí poruchy hemodynamiky, koagulopatie, dále poruchy neaterosklerotické povahy a jiné.

Dělení CMP podle časového hlediska:

1. Tranzitorní ischemická ataka
2. Reverzibilní ischemický neurologický deficit
3. Vyvíjející se iktus (evolving stroke)
4. Dokončený iktus (completed stroke)

1.2.1 ATEROTROMBOTICKÝ SUBTYP

Změny na podkladě aterosklerózy patří mezi nejčastější etiologii (KÖLBEL, 2011). Tyto změny poškozují mozkové nebo hlavní přívodné tepny a často se vyskytují v místech větvení arterií (KRAJÍČEK, 2007). Aterosklerotické pláty tepnu nejprve zužují, než ji uzavrou úplně. V druhém případě může na plát nasednout trombus, která tepnu uzavře zcela, nebo se z trombu mohou začít odlučovat jeho části, neboli emboly (SEIDL, 2015). Tyto emboly se dále dostávají krevním proudem více do periferií, kde uzavírají mozkové tepny a tepénky menšího průměru, což má za následek náhlé přerušování krevního zásobení určité části mozku (KALITA, 2010).

1.2.2 LAKUNÁRNÍ SUBTYP

Při lakunárním iktu dochází k poškození mozkových tepének menší velikosti, nejčastěji hypertenzí. Rozsah poškození mozku a tedy i vzniklé symptomy jsou méně výrazné, než je tomu u aterotrombotického subtypu (KÖLBEL, 2011).

1.2.3 KARDIOEMBOLICKÝ SUBTYP

Kardioembolický iktus je způsoben vmetky, pocházející ze srdce, nejčastěji při fibrilaci síní srdce (HUTYRA, 2011). Rozsah poškození závisí na velikosti postižených arterií (PALMER, PALMER, 2013).

1.2.4 OSTATNÍ PŘÍČINY

Mezi méně časté příčiny patří hyperkoagulační stavy, při kterých dochází ke zvýšenému sklonu k tvorbě krevních sraženin. Další příčinou může být srdeční selhávání,

na jehož podkladě dochází ke snížené dodávce krve do mozku a i při jinak méně zjevném zúžení arterie se může zpomalit tok krve, což má za následek nedostatečnou dodávku kyslíku a živin do určité oblasti mozku a rozvoj ischemie. Neméně významnou příčinou je dehydratace. Při dehydrataci dochází k „zahuštění“ krve, k jejímu sníženému průtoku což i při nepatrném zúžení některé z tepen, může vést k ischemii mozkové tkáně (KALITA, 2010).

1.2.5 TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA

Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je stav, při kterém dojde k náhlému výpadu mozkových funkcí, jako je například postižení řeči, či brnění jedné poloviny těla, způsobené náhlou poruchou prokrvení části mozku, nejčastěji na aterosklerotickém podkladě. Prokrvení se však upraví nejpozději do 24 hodin, nejčastěji se jedná pouze o minuty (RYBKA, 2007).

1.2.6 REVERZIBILNÍ ISCHEMICKÝ NEUROLOGICKÝ DEFICIT

Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND) znamená ložiskové poškození mozkové tkáně cévního původu s akutně vzniklými příznaky. Tyto symptomy obvykle odeznívají do 14 dnů, v ojedinělých případech však může dojít k trvalým funkčním poruchám (NOVÁKOVÁ, 2011).

1.2.7 VYVÍJEJÍCÍ SE IKTUS

Vyvíjející se iktus (evolving stroke - ES) je charakteristický dalším rozvojem poruchy prokrvení a tím i rozvojem dalších symptomů. Při tomto typu iktu není možná stabilizace stavu v prvních 24 hodinách (SEIDL, 2015).

1.2.8 DOKONČENÝ IKTUS

Dokončený iktus (completed stroke - CS) je charakteristický poruchou prokrvení libovolného úseku mozku, které se spontánně znovu neobnoví. Symptomy cévní mozkové příhody nevymizí, ani se dále nevyvíjejí do 24 hodin (HERZIG, 2014).

1.3 MOZKOVÁ HEMORAGIE

Tento druh iktu se vyskytuje podstatně méně často, však průběh a prognóza je závažná. Úmrtnost je až dvakrát vyšší, než u mozkových příhod, vzniklých na podkladě ischemie (KNOR, ŠEBLOVÁ, 2013). Mozková hemoragie může nastat, v jakékoli části mozku. Při tomto typu iktu dochází k výronu krve do mozkové tkáně z často chorobně změněné tepenné stěny (NOVÁKOVÁ, 2011). Krevní výron se může v následujících hodinách zvětšovat a tím dochází k postupnému zhoršování symptomatologie. Výron působí na mozkovou tkáň nejprve tlakem, v pozdější fázi může dojít i k uskřínutí mozku s životně důležitými centry, jako je např. dýchání, nebo krevní oběh, což má za následek vznik dalších komplikací (SEIDL, VANĚČKOVÁ, 2014).

Mezi hlavní příčiny mozkové hemoragie je především nedostatečná či žádná léčba hypertenze, nebo také poruchy krevní srážlivosti (BARTŮNĚK, JURÁSKOVÁ a kol., 2016).

Mozková hemoragie se může dále rozdělovat dle míst, kde se krvácení vyskytuje na krvácení intracerebrální a subarachnoidální. Intracerebrální hemoragie může nastat v jakékoli oblasti mozku či mozečku a výskyt příznaků je v přímé souvislosti s lokalizací hemoragie (SEIDL, 2015).

Subarachnoidální krvácení vzniká nejčastěji vlivem ruptury tepenného aneurysmatu, které se vyskytují nejčastěji v oblastech větvení arterií, nebo rupturou arteriovenózní malformace, které mohou být uloženy v jakékoli části mozku (SPENCE, 2008).

1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY

Stavy a choroby, které mohou zvyšovat riziko cévní mozkové příhody, se rozdělují do tří různých kategorií. První kategorií tvoří rizikové faktory neovlivnitelné, druhou kategorií jsou faktory ovlivnitelné a třetí kategorie je tvořena nesprávným životním stylem a životními návyky.

1.4.1 RIZIKOVÉ FAKTORY NEOVLIVNITELNÉ

V této kategorii je hraje nejvýznamnější roli věk. Nejrizikovější jsou lidé po 75. roce života (OSTER, SCHULER, 2010). Dále do této kategorie patří genetické

dispozice, pohlaví (častější výskyt je u mužského pohlaví), a rasové rozdíly (např. u Číňanů a Japonců je nejen výskyt, ale i úmrtnost vyšší) (HERZIG, 2014).

1.4.2 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVNITELNÉ

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory se řadí především chronická onemocnění (jako je například hypertenze, srdeční onemocnění, diabetes mellitus atd.) a také nezdravý životní styl.

HYPERTENZE

Nejvýznamnějším, ovlivnitelným rizikovým faktorem je hypertenze. Za hypertenzi se považují hodnoty systolického krevního tlaku nad 140 mm rtuťového sloupce a diastolického tlaku nad 90 mm sloupce rtuti (ŠTEJFA, 2007).

SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Do této podkategorie se řadí především fibrilace srdečních síní. Vlivem tohoto onemocnění dochází k hromadění krve a ke zvýšenému sklonu ke vzniku trombů v srdci (LUŽNÁ, VRÁNOVÁ, 2007). Tyto tromby mohou embolizovat do kterékoli části organismu, nejčastěji do mozku, což má za následek vznik iktu (ŠPINAR, VÍTOVEC, 2007).

DIABETES MELLITUS

U osob postižených diabetem mellitem vznikají předčasně aterosklerotické změny na stěně jak velkých, tak i malých tepen. Tyto změny mají i rychlejší tendenci. Častou součástí diabetu je i porucha metabolismu tuků (RYBKA, 2007). Vlivem poruchy tukového metabolismu dochází ke zvyšování hladiny celkového cholesterolu v krvi. Poruchy tukového metabolismu jsou však i samostatnými rizikovými faktory pro vznik cévní mozkové příhody (LUŽNÁ, VRÁNOVÁ, 2007).

ATEROSKLERÓZA TEPEN

I samostatné aterosklerotické poškození cévní stěny patří mezi hlavní rizikové faktory. Ateroskleróza může postihnout všechny přívodní tepny, vedoucí krev do mozku (MEREDITH, 2011).

JIŽ JEDNOU PRODĚLANÝ IKTUS

Riziko cévní mozkové příhody zvyšuje také nejen již jednou prodělaný iktus, ale i tranzitorní ischemická ataka (ŠTEJFA, 2007).

KOUŘENÍ

Kouření cigaret a to jak aktivní, tak i pasivní má z následků zvyšování hodnot cholesterolu v krvi, zvyšování krevního tlaku a vede k rozvoji aterosklerotických změn. Riziko iktu se v tomto případě lineárně zvyšuje k počtu vykouřených cigaret (ŠPINAR, VÍTOVEC, 2007).

ALKOHOL

Dále je riziková i nadměrná konzumace alkoholu, která zvyšuje riziko vzniku iktu až čtyřnásobně. U mužů je již rizikový denní příjem alkoholu, který je větší než 20 – 25 g (tzn. například dva decilitry vína nebo dvě piva), u žen je tato hodnota poloviční (HERZIG, 2014).

OBEZITA

Nadváha či obezita je v přímé souvislosti s dalšími rizikovými faktory, jako je například diabetes mellitus, nebo porucha metabolismu tuků. Nejrizikovějším druhem obezity je tzv. abdominální typ (LUŽNÁ, VRÁNOVÁ 2007).

ABSENCE FYZICKÉ AKTIVITY A NADMĚRNÝ STRES

Rovněž absence fyzické aktivity a nadměrný psychický stres, může vést k rozvoji aterosklerózy (KALVACH, 2010).

NÁVYKOVÉ LÁTKY

Mezi rizikové se řadí též užívání kokainu, heroinu, amfetaminu, marihuany a jiných návykových látek a halucinogenů. Tyto látky mají za následek spastické zúžení tepen, které přivádějí krev do mozku, nebo zvyšování krevního tlaku (FEIGIN, 2007).

ORÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Užívání orální antikoncepce se současným aktivním kouřením, je dalším rizikovým faktorem pro vznik cévní mozkové příhody, z důvodu možného vzniku poruch srdečního rytmu či krevních sraženin. Užívání orální antikoncepce i po prodělaném iktu se řadí také mezi rizikové (KALITA, 2010).

1.5 SYMPTOMATOLOGIE

Symptomatologie po mozkovém iktu je velmi pestrá a přímo souvisí s oblastí mozku, která byla postižena. Zařazuje se zde porucha hybnosti, ztráta koordinace či citlivosti, bolesti, poruchy polykání a vyprazdňování, dále postižení řeči, kognitivních funkcí, výkyvy nálad a emocí a snížení sebeobsluhy.

1.5.1 PORUCHA HYBNOSTI

Nejčastějším symptomem iktu je svalová slabost nebo ztráta svalových funkcí na některé z částí těla, nejčastěji na jedné polovině. Ztráta svalových funkcí může být pouze částečná (tzv. hemiparéza), nebo úplná (tzv. hemiplegie) (ŠPINAR, VÍTOVEC, 2007).

V některých případech může dojít ke stavu, kdy je zachována síla, ale hybnost je omezena kvůli zvýšenému svalovému napětí (tzv. spasticitě) (HERZIG, 2014).

1.5.2 PORUCHA KOORDINACE

Ztráta koordinace (tzv. ataxie) je charakteristická neohrabanými či trhanými pohyby, které jsou však funkční. Při těžší formě může však dojít k úplnému zamezení všech volných pohybů, úplně znemožňující chůzi, z důvodu porušené organizace pohybů v mozku (PALMER, PALMER, 2013).

1.5.3 PORUCHA CITLIVOSTI

Ztráta citlivosti se může vyskytovat částečná (tzv. hypestezie) nebo úplná (tzv. anestezie) a to na jedné polovině těla, či pouze na některé z jeho částí. Lidé s porušenou citlivostí hůře vnímají teplo či chlad, dotek, tlak, tah a bolest, vibraci, polohu a pohyby (VILÍMOVSKÝ, 2012).

Jako další porucha citlivosti se vyskytuje hemianopsie, která je charakteristická výpadkem zorného pole. Vzniká při centrální lézi zrakového nervu. Jako poměrně vzácná porucha se může vyskytnout kompletní postižení některého z očních nervů, což má za následek slepotu.

1.5.4 BOLEST

Bolesti se objevují nejčastěji v oblasti ramen, rukou, kyčlí, kolen či kotníků, z důvodu zvýšeného namáhání a napětí ve svalech a kloubech, kvůli slabosti a zvýšenému svalovému napětí. Mezi další příčiny bolestí patří poškození center v mozku, které přenášejí signály bolesti z jedné oblasti mozku do druhé (PALMER, PALMER, 2013).

Při cévní mozkové příhodě, vzniklé na podkladě hemoragie se objevují výrazné bolesti hlavy. Bolesti hlavy se však nevyskytují vůbec, nebo pouze ve výjimečných případech při iktu, vzniklém na podkladě ischemie (KÖLBEL, 2011).

1.5.5 PORUCHA POLYKÁNÍ

Porucha polykání (tzv. dysfagie) může vést k aspiraci tekutin a stravy, k následným záchvatům kašle a dušení, což může mít za následek mnoho komplikací, jako je například aspirační pneumonie, záněty plic. V prvních dnech po iktu může vést i k udušení (ČIHÁKOVÁ a kol., 2010).

1.5.6 PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ

Po prodělaném iktu dochází nejčastěji k inkontinenci moči. Inkontinence se může objevit pouze jako dočasný stav, související s poruchou vědomí či zmateností, nebo také jako trvalý stav. K trvalé inkontinenci dochází tehdy, když je poškozena ta část mozku, která ovládá močový měchýř, či močové funkce.

Mezi další nejčastější poruchy vyprazdňování se řadí inkontinence stolice, vzniklá na stejném podkladě jako inkontinence moči, nebo zácpa, která je nejčastěji způsobena příjmem menšího množství potravy spojeného s nedostatečným pohybem (PALMER, PALMER, 2013).

1.5.7 POSTIŽENÍ ŘEČI

Mezi poruchy řeči se zařazují dva zcela odlišné stavy (afázie a dysartrie). Afázie je charakteristická ztrátou produkce a rozumění řeči. Při nejtěžší formě afázie pacienti vůbec nerozumí slovům a nejsou schopni verbální komunikace. Příčinou afázie je postižení řečového centra v dominantní levé mozkové hemisféře. (LIPPERTOVÁ - FGRÜNEROVÁ, 2015).

Dysartrie je rovněž porucha řeči, která je však způsobena špatnou koordinací rtů, jazyka a krčních svalů, což má za následek poruchu výslovnosti. Pacienti s touto poruchou vědí přesně, co chtějí říci, však jejich řeč je nezřetelná a nesrozumitelná.

1.5.8 PORUCHA KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Mezi další symptomy iktu se řadí porucha kognitivních funkcí. Dochází k postižení paměti, soustředění, pozornosti, rychlosti myšlení, porozumění a zpracování informací, dále exekutivních funkcí tj. plánování, organizování a řešení problémů, emocionální sebekontroly, např. náhledu a úsudku, dále prostorové orientace, vnímání a porozumění řeči (PALMER, PALMER, 2013).

Při poškození nedominantní pravé mozkové polokoule dochází k poruše vnímání své nemoci, neuvědomování si svého stavu a poruchy (tzv. anosognosie). Častou poruchou vnímání je i neglect syndrom, charakterizován jako porucha orientace v prostoru s opomíjením jedné, nejčastěji levé poloviny prostoru (VILÍMOVSKÝ, 2012).

1.5.9 VÝKYVY NÁLAD A EMOCÍ

Lidé po prodělaném iktu často trpí poruchou ovládnání vlastních emocí, což vede k nečekaným výbuchům, nebo naopak k absencí citových reakcí. Asi v polovině případů se objevuje depresivní syndrom, který je způsoben poškozením mozku. Mezi symptomy depresivního syndromu se řadí nespavost, nechutenství, podrážděnost a také ztráta zájmu o různé činnosti. Rozpoznání a léčba této poruchy je velmi důležitá. Depresivní syndrom může ovlivnit fyzické fungování, vztahy a následné zotavování (PALMER, PALMER, 2013).

1.6 DIAGNOSTIKA

U mozkové ischemie či hemoragie je terapie zcela odlišná, proto lékaři za pomoci níže uvedených vyšetřovacích metod nejprve stanovují, jaký typ iktu pacient prodělal, dále volí co nejúčinnější terapii, aby zamezili především dalšímu rozvoji poškození mozku (MEREDITH, 2011).

1.6.1 ANAMNÉZA

Odběr anamnestických údajů nemocných, postižených cévní mozkovou příhodou, může být velmi komplikovaný. A to nejčastěji z důvodu poruchy řeči, která vzniká následkem onemocnění. V tomto případě je nutné získání údajů od známých, rodiny, přátel, nebo z předchozí dokumentace pacienta.

V rámci anamnézy lékař zjišťuje, kdy a za jakých okolností se vyskytly symptomy, jejich průběh, závažnost, charakter, dále přítomnost celkových příznaků iktu (např. porucha vědomí), výskyt dalších symptomů, které by znamenaly iktus, také zjišťuje výskyt přidružených onemocnění (např. hypertenze, diabetes mellitus), životní styl pacienta a užívání návykových látek a předepsaných medikamentů (KALINA, 2008).

1.6.2 ŠKÁLOVÁNÍ

V akutní fázi onemocnění se hodnotí další vývoj a výsledný neurologický stav dle v současné době nejužívanější Iktové škály Národních zdravotních ústavů (NIHSS, neboli National Institutes of Health Stroke Scale) (FISHER, 2009). V akutní fázi při porušeném vědomí, se může také používat škála k odhalení hloubky poruchy vědomí, zvaná Glasgow coma scale (SLEZÁKOVÁ, 2007). Po stabilizaci stavu se na většině pracovištích užívá Barthelův test základních všedních činností, odhalující schopnost soběstačnosti pacienta (LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, 2015).

1.6.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Laboratorní vyšetření krve má také své nezastupitelné místo v diagnostice a také při určení dalších metod léčby. Z laboratorních metod se nejčastěji kontroluje krevní srážlivost, hladiny krevního cukru a také cholesterolu (SLEZÁKOVÁ, 2007).

1.6.4 RADIOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

V rámci radiologické diagnostiky se provádí vyšetření, jako je počítačová tomografie, perfúzní CT mozku, magnetická rezonance s mozkovou angiografií, dále tomografická scintigrafie mozku, neurosonografické vyšetření s transkraniální dopplerovskou ultrasonografií, elektroencefalografie, elektrokardiografie, rentgenové vyšetření srdce a plic, echokardiografické vyšetření srdce.

POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE (CT)

Počítačová tomografie je spolehlivá k vyloučení mozkové hemoragie. Ischemické změny, především ty akutní, v mozkové tkáni nelze prokazatelně rozlišit. Znamky ischemie jsou na CT obvykle objevovány až po 6 hodinách od vzniku ischemie (HUTYRA, 2011). Znamky ischemie se na CT zobrazí asi jen u 50 - 60 % pacientů a to z důvodu vzniku kolaterálního oběhu.

PERFUZNÍ CT (PCT)

Jedná se o poměrně rychlé snímkování tkáně za pomoci kontrastní látky, sloužící ke zhodnocení cévního řečiště. Nejčastěji se zkoumá objem krve v mozku, průtok krve a doba krevního průchodu mozem. PCT poukáže i na akutní ischemický iktus (HUTYRA, 2011).

MAGNETICKÁ REZONANCE (MR)

Jedná se o citlivější diagnostiku, než tomu u CT, která dokáže již v akutní fázi rozlišit ischemický iktus od hemoragického. Změny jsou patrné již za několik hodin a postupně se zvyrazňují (MEREDITH, 2011).

MAGNETICKÁ REZONANČNÍ ANGIOGRAFIE (MRA)

Magnetická rezonanční angiografie je zobrazovací metoda, která má za úkol zobrazit krční a mozkové tepny pomocí 3D obrazu (HUTYRA, 2011). Lze sledovat tok i anatomii větších arterií, také i stenóz větších cév (MEREDITH, 2011).

NEUROSONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ

Další metodou k diagnostice iktu se využívá ultrazvukové vyšetření precerebrálních tepen, které slouží především ke zjištění možných zúžení či úplných

uzávěrů v arteriích, přivádějící krev k mozku. Ultrazvukové vyšetření je neinvazivní a nijak nepoškozuje pacienta, proto je ho možno opakovat v kratších intervalech (KALVACH, 2010).

ELEKTROENCEFALOGRAFIE (EEG)

EEG zaznamenává elektrickou aktivitu mozku a změnu polarity neuronů. Pomocí tohoto vyšetření se zjišťuje, zda cévní mozková příhoda, vzniklá na podkladě ischemie či hemoragie, nebude vyvolávat záchvatovitou aktivitu (FEIGIN, 2007).

PROSTÝ RENTGEN HRUDNÍKU

Vyšetření hrudníku pomocí rentgenového záření se řadí mezi základní vyšetřovací metody, při kterém se vyhledávají patologické změny v oblasti hrudníku, zejména plic, srdce a aorty (FEIGIN, 2007).

ELEKTROKARDIOGRAFIE (EKG)

Tato vyšetřovací metoda se využívá především ke zjištění poruch srdečního rytmu, nejčastěji fibrilace síní (ŠRÁMEK, TOMEK, 2007).

ECHOKARDIOGRAFIE

Echokardiografie neboli ultrazvukové vyšetření srdce, se používá při prokazování patologických změn na srdci a může se provádět dvěma způsoby. Transtorakálně nebo transezofageálně. Echokardiografie se používá k odhalení změn, jako jsou například patologické změny na chlopních, nebo patologické zvětšení některých komor či k odhalení krevních sraženin, zkratové vady, přítomnost plicní hypertenze atd. Při transezofageální ultrasonografii, která se provádí speciální sondou, zavedenou do jícnu, se podrobněji vyšetřují možné abnormality, například infekční endokarditida, nitrosrdeční sraženiny a zkraty (TOMEK, 2011).

1.7 TERAPIE

Obecně platí, že čím dříve je zahájena léčba mozkového iktu, tím je výsledný stav lepší. Iktus je nejlépe léčitelný v prvních 4 hodinách od vzniku prvních symptomů (KALITA, 2010).

1.7.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE

V rámci konzervativní terapie se podávají léčiva, napomáhající správné střevní peristaltice a správnému odkašlávání hlenů z dýchacích cest jako prevence zácpy a pneumonie. U pacientů v těžkém zdravotním stavu je indikována intubace s umělou plicní ventilací, monitorace intrakraniálního tlaku a dalších základních fyziologických funkcí, jako je EKG, krevní tlak, pulz, příjem a výdej tekutin, vědomí a také udržování normální tělesné teploty. Provádí se korekce krevního tlaku, dále aplikace nízkomolekulárního heparinu v prevenci vzniku systémové trombembolické nemoci, monitorace glykemií s eventuálním podáním inzulínu, korekce laboratorních abnormalit. Monitorace intrakraniálního tlaku je velmi důležitá z důvodu nutnosti včasného záchytu recidivy krvácení nebo nitrolební hypertenze (HUTYRA, 2011).

1.7.2 ANTIEDEMATOZNÍ TERAPIE

K této terapii lékař přistupuje v případě, kdy došlo k vytvoření otoku v okolí mozkového infarktu. Ke vzniku otoku může dojít nejen po prodělání ischemického iktu, ale i iktu hemoragického. Tvorba otoku má za následek další zvětšování již poškozené tkáně, utlačování tkáně zdravé a následnou poruchu dodávky kyslíku a potřebných živin. Terapie se provádí formou řízené hyperventilace a aplikace intravenózních infuzí s antiedematozním účinkem (BAUER, 2010).

V krajním případě se může provést dekompresní kraniotomie (KNOR, ŠEBLOVÁ, 2013). Při dekompresní kraniotomii se odstraňuje část lebeční kosti, která se později zašije do podkoží na břicho nebo se může uchovat ve speciálních chladicích zařízeních, k uvolnění otoku mozkové tkáně. Po jeho odeznění se lebeční kost vrací na její původní místo k zajištění celistvosti lebky (SOVOVÁ, 2006).

1.7.3 LÉČBA MOZKOVÉ ISCHEMIE

K léčbě mozkové ischemie se může využívat léčba trombolitiky, dále mechanická rekanalizace, nebo sonotrombolýza.

TROMBOLYTICKÁ LÉČBA

Při mozkové ischemii se používá jako základní léčebná metoda systémová trombolýza (KALITA, 2010). Při této metodě se aplikuje intravenózně lék, který vede

k „rozpuštění“ cévního uzávěru. Pro použití této léčebné metody jsou přesně daná kritéria, které musí pacient splnit (KNOR, ŠEBLOVÁ, 2013). Hlavním kritériem k provedení trombolýzy je doba od objevení prvních příznaků, což je 6 hodin (SEIDL, VANĚČKOVÁ, 2014).

Trombolýza se může provádět i dvěma dalšími možnými způsoby. A to možností selektivní trombolýzy anebo kombinované trombolýzy (KALITA, 2010). Intraarteriální (selektivní) trombolýza, u které je časové okno do 6 hodin, se provádí nejčastěji při uzávěru arterie basilaris. Zavádí se katétr až k místu uzávěru na speciálním stanovišti angiografie. Nevýhodou této metody může být delší příprava angiolinky (HUTYRA, 2011).

Kombinovaná trombolýza je léčebná metoda, při které se využívají oba výše zmíněné typy trombolýzy. Nejprve se pacientovi podá systémová trombolýza, v případě trvání uzávěru následuje trombolýza selektivní (BAUER, 2010).

MECHANICKÁ REKANALIZACE

V případě neúspěšnosti léčby trombololytiky se mohou využívat k odstranění embolu mechanické extraktory. Mechanická rekanalizace se může také využívat v kombinaci se selektivní trombolýzou. Nejčastěji se využívá při uzávěru arterie carotis interna nebo arterie cerebri anterior (AMBEL, BEDNAŘÍK, RŮŽIČKA, 2008).

SONOTROMBOLÝZA

Jedná se o experimentální metodu, která k odstranění trombu využívá potenciální procesu trombolýzy ultrazvukem. Nízké frekvence ultrazvuku účinně tromby rozpouštějí, ale mechanické a především termální účinky poškozují cévní stěnu. Existuje řada studií, některé byly předčasně přerušeny pro vysoké riziko intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení nebo pro zvýšenou permeabilitu hemato-encefalické bariéry. Všechny tyto metody jsou však závislé nejen na optimalizaci technologie, ale i na dostupnosti vhodných technologií (CEREBROVASKULÁRNÍ MANUÁL, 2015).

1.7.4 LÉČBA MOZKOVÉ HEMORAGIE

Léčba cévní mozkové příhody na podkladě hemoragie se volí nejčastěji konzervativní na jednotkách intenzivní péče, z důvodu vysoké pravděpodobnosti samovolného vstřebání hemoragie v mozkové tkáni. Terapie operační se využívá pouze

v určitých a omezených indikacích. Provádí se odsátí či evakuace hematomu při jeho progresi, dekompresivní kraniektomie při rozvoji edému mozku s nitrolební hypertenzí apod (ŠROUBEK, TOMEK, 2007).

Z operační léčby mozkových aneuryzmat se nejčastěji používají poměrně nové postupy, clipping nebo coiling. Clipping využívá svorky, kterými zvenčí uzavře krček aneuryzmatu a tím zabrání dalšímu krvácení. Coiling je prováděn endovaskulárně s použitím platinových spirálek (coilů), kterými lékař vyplní dutinu aneuryzmatu. Oba tyto operační postupy se využívají pouze na vybraných pracovištích, a musí být prováděny zkušeným operačním týmem (KALITA, 2010).

2 REHABILITACE

Po prodělání cévní mozkové příhody je rehabilitace pro pacienta životně důležitá a je jí nutné zahájit ihned po vzniku iktu (KALITA, 2010). Jedná se o nezbytnou součást léčby jak ischemické, tak i hemoragické cévní mozkové příhody, především k obnově nezávislosti a pro zařazení pacientů do života, kterým žili před cévní mozkovou příhodou, což zahrnuje i vykonávání dřívějšího povolání (NOVÁKOVÁ, 2011). Správně míněná rehabilitace může mít za následek výrazné ovlivnění invalidity po CMP a působí preventivně proti vzniku dalších komplikací.

Rehabilitace musí však být vždy individuální záležitost, která se přizpůsobuje potřebám jednotlivých pacientů a také dlouhodobý proces, který se uplatňuje v různých formách a zařízeních. Hlavním cílem rehabilitace je co nejrychlejší a co nejlepší mobilizace k soběstačnosti v běžných denních činnostech, jako je například oblékání, stravování, pití, vyprazdňování a další (OSTER, SCHULER, 2010). Dobré výsledky jsou závislé na vysoké frekvenci cvičení a aktivní spolupráci pacienta s multidisciplinárním týmem, příslušných rehabilitačních klinik. Významnou úlohu v rehabilitaci hrají i pacienti rodinní příslušníci a blízcí (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Pozitivní přístup přátel a rodinných příslušníků zásadně ovlivňuje vznik deprese a také velmi napomáhá při rehabilitaci, především v motivaci nemocného, která vede ke zlepšování funkčního postižení. Také urychluje snížení závislosti na cizích osobách, urychluje obnovu sebeobsluhy a začlenění pacienta do života a práce. Pozitivní přístup výrazně zlepšuje kvalitu života pacientů po cévní mozkové příhodě. U rodinných příslušníků a známých pacienta se však klade velký důraz především na trpělivost (KALITA, 2010).

Mezi nejčastější metody rehabilitace se zařazuje cvičení na neurofyziologickém podkladě, léčebný tělocvik, ergoterapie, dále pak logopedie, nutriční terapie a klinická psychologie

2.1 CVIČENÍ NA NEUROFIZIOLOGICKÉM PODKLADĚ

Cvičení na neurofyziologickém podkladě je nejvyužívanějším kinezioterapeutickým postupem v pohybové rehabilitaci. Velmi často se využívá metoda dle Bobatha, jejíž cílem je úprava patologicky změněného napětí svalstva na postižené straně těla, zlepšení inervace svalstva, rozšíření rozsahu pohybů v jednotlivých kloubech,

znovuzískání rovnováhy a stability, zabránění asymetrie těla a dosažení optimální motorické souhry postižené a zdravé poloviny těla.

Metoda cvičení dle Bobatha není pevně stanovená, proto ji je možné měnit dle potřeb pacienta a jeho aktuálního zdravotního stavu (LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, 2015).

2.2 LOGOPEDIE

Logopedie se rozděluje do tří na sebe navazujících fází. Hlavním úkolem logopeda v první fázi je získání důvěry pacienta a navázání kontaktu. Ve druhé fázi se provádí cvičení, které určí rozsah poškození řečových funkcí a pomocí opakování se bude snažit tato poškození upravit. V poslední fázi se provádí cvičení řeči doma, za pomoci příbuzných nebo ve skupinové terapii. V logopedii je také velmi důležité neustálé procvičování již naučených věcí, např. čtením či psaním (LOGOPED ONLINE, 2010).

2.3 LÉČEBNÝ TĚLOCVIK

Další metodou využívanou v rámci rehabilitace je léčebný tělocvik, jehož úspěchy jsou závislé na schopnosti spolupráci pacienta. Cílem léčebného tělocviku je především upevnění rovnováhy, správného držení těla, upevnění vnímání vlastního těla, také zabránění spasmů svalstva a navození fyziologických pohybových stereotypů. Fyzioterapeuti také podněcují pacienty, aby k běžným denním činnostem používali postiženou stranu těla, a učí je správnou techniku přetáčení, posazování a později také vstávání, chůze po rovině a v terénu, s využitím kompenzačních pomůcek i bez nich (BAR, CHMELOVÁ, 2011).

2.4 ERGOTERAPIE

Ergoterapie je další metodou rehabilitace, jejíž cílem je obnova pohybů a jejich koordinace, které jsou potřebné pro vykonávání běžných denních činností (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

2.5 NUTRIČNÍ TERAPIE

Nutriční terapie je důležitá především v získání podrobnějších informací o výživě pacienta před vznikem iktu, ke sledování nutričního stavu po prodělané CMP a k zajištění vhodné a především bezpečné výživy (VÁCLAVÍK a kol., 2015).

2.6 KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

V rámci klinické psychologie se zkoumají především změny v pacientově koncentraci, bdělosti, krátkodobá a dlouhodobá paměť, pacientovy inteligenční výkony, změny v jeho vnímání, citění, myšlení a chování, dále se zde může pacient učit, jak přijmout svoji chorobu, nezapírat ji a převzít za ni zodpovědnost (JAVŮRKOVÁ, RAUDENSKÁ, 2011).

3 PREVENCE

Prevence mozkového infarktu se uskutečňuje ve třech možných fázích. A to v kompenzaci léčitelných chorob, které se řadí mezi rizikové faktory, především arteriální hypertenze nebo diabetu a úprava životního stylu.

3.1 ANTIKOAGULAČNÍ TERAPIE

Součástí prevence je užívání léčiv. Z důvodu nejčastějšího výskytu příčiny aterotrombogenní se používají antiagregační léčiva, působící především proti aktivaci krevních destiček, zabraňující shlukování a agregaci trombocytů do krevních sraženin. Nejčastěji se podává kyselina acetylsalicylová (např. Aspirin, Anopyrin), nebo léčiva ze skupiny thienopyridinů (např. Plavix) (ŠTEJFA, 2007). Mezi další, velmi časté příčiny mozkové ischemie, patří kardiogenní embolie. Z tohoto důvodu se podávají léky, které ovlivňují krevní srážlivost a tím i tvorbu trombů a embolů. V akutní fázi iktu se podávají deriváty heparinu nebo nízkomolekulární heparin, později se přechází na perorální formu antikoagulace, například warfarinem nebo moderními léky skupiny NOAC (Novel Oral Anticoagulants) (KÖLBEL, 2011) (CHOUDHARY, RAHMAN, 2010).

Tyto uvedené léky snižují relativní riziko mozkové ischemie přibližně o 25 %. Výjimkou je však warfarin, který snižuje relativní riziko recidivy asi o 70 %. Podávání warfarinu je závislé na sledování krevní srážlivosti, protože jehož nežádoucí účinky mohou být velmi závažné (např. krvácení do mozku) (KALITA, 2010).

3.2 CHIRURGICKÁ FORMA PREVENCE

V indikovaných případech aterotrombogenní ischemické CMP, při prokázaném významném zúžení krkavice je možná i chirurgická prevence cévní mozkové příhody. Jedná se o chirurgický výkon tzv. endarterektomie, který odstraňuje toto zúžení, způsobené aterosklerotickým plátem. Druhou možností může být endovaskulární výkon, při kterém se zúžení mechanicky rozšíří pomocí katetru zavedeného přímo do zúžené tepny, s následným zavedením implantátu (neboli stentu), který toto rozšíření zajistí (KALVACH, 2010).

3.3 KOMPENZACE PŘIDRUŽENÝCH CHOROB

Mezi základní preventivní opatření patří také léčba přidružených onemocnění, kam patří především arteriální hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu, diabetes mellitus, ateroskleróza a srdeční onemocnění.

3.3.1 HYPERTENZE

Samostatná terapie vysokého krevního tlaku může snížit riziko vzniku iktu až o 62 % (KÖLBEL, 2011). V rámci prevence cévní mozkové příhody jsou nutné pravidelné kontroly u lékaře, jehož cílem je co největší přiblížení krevního tlaku k fyziologickým hodnotám. A to nejprve za pomoci zvýšení pravidelné fyzické aktivity a vyváženého stravování. Pokud tato opatření po tříměsíčním dodržování nepovedou ke snížení krevního tlaku, následuje ordinace léčiv s antihypertenzním účinkem, při kterém je nutné pravidelné užívání a bez předchozí domluvy s lékařem nevysazování (FEIGIN, 2007).

3.3.2 ZVÝŠENÁ HLADINA CHOLESTEROLU

Zvýšená hladina cholesterolu se léčí především na nízkocholesterolovou dietou, při její neúčinnosti se podávají léčiva, které snižují hladinu tuků, zpomalují rozvoj aterosklerózy a vedou ke zprůchodnění tepen, tzv. statiny (například levastatin nebo simvastatin) (ŠTEJFA, 2007).

3.3.3 DIABETES MELLITUS

V rámci preventivních opatření je také velmi důležitá kompenzace diabetu. Pacienti by měly dodržovat zdravý a vyvážený jídelníček, se zaměřením na kontrolu příjmu cukrů a lipidů, a s častými kontrolami glykemie (KNOR, ŠEBLOVÁ, 2013).

3.3.4 ATEROSLERÓZA

Při ateroskleróze se klade důraz především na eliminaci rizikových faktorů, které by mohly vést k jejímu vzniku. Při pokročilé ateroskleróze s významným zúžením tepen se postižený úsek odstraňuje pomocí chirurgického výkonu, endarterektomie (FEIGIN, 2007).

3.3.5 SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Kompenzace onemocnění srdce je nezbytnou součástí prevence cévní mozkové příhody, především fibrilace síní, srdeční vady. Fibrilace síní se léčí medikamentózně, kdy se podávají léčiva, které zpomalují srdeční rytmus, nebo kardioverzí, která zajistí pravidelný srdeční rytmus. Srdeční vady se léčí především medikamentózně, ale je možná i léčba chirurgická, kdy se může provádět například chirurgická korekce srdeční chlopně (KALVACH, 2010).

3.4 ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU

V rámci životního stylu je nutná redukce váhy při nadváze či obezitě, dále abstinence kouření a také návykových látek, alkoholu, zařazení fyzické aktivity do běžného života, redukce stresu a užívání jiných forem antikoncepce, než orální hormonální antikoncepce.

3.4.1 NADVÁHA, OBEZITA

V rámci prevence iktu je třeba se zaměřit na redukci hmotnosti při nadváze či obezitě. V tomto případě je nutné omezení konzumace tuků, zejména živočišných, omezení solení, zvýšení příjmu ovoce a zeleniny, ryb, celozrnných obilnin, dále omezení vysokotučných potravin, červeného masa, cukru a příjem dostatečného množství tekutin (LUŽNÁ, VRÁNOVÁ, 2007).

3.4.2 KOUŘENÍ A UŽÍVÁNÍ JINÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Kouření a užívání návykových látek patří mezi závažné rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku cévní mozkové příhody. Z tohoto důvodu je v rámci prevence nutné ukončení užívání těchto látek (PESCHILLO, 2016).

3.4.3 ALKOHOL

Pravidelná konzumace alkoholických nápojů ve vyšších dávkách, než je denní limit, je také riziková pro vznik iktu. Proto je v preventivních opatřeních nutné alespoň omezení konzumace těchto nápojů pod výše uvedený denní limit, nebo úplné omezení příjmu alkoholických nápojů. V tomto případě je možná i odborná pomoc ve specializovaných centrech (FEIGIN, 2007).

3.4.4 FYZICKÁ AKTIVITA

Nutné je také zařazení fyzické aktivity alespoň 3 – 4x v týdnu. Mezi vhodné pohybové aktivity se řadí chůze, běh, jízda na kole nebo plavání (KALITA, 2010).

3.4.5 STRES

V prevenci iktu je také nutné zmírnění stresu, například vykonáváním činností, o kterých pacient ví, že jej uklidní (například procházky v přírodě, poslech hudby, malování či jiná ruční práce), nebo také relaxačními cvičeními a masážemi (PESCHILLO, 2016).

3.4.6 ORÁLNÍ ANTIKONCEPCE

U žen, které užívají orální hormonální antikoncepci, je vhodné její vysazení, především při současném onemocnění cévního systému či srdce (FEIGIN, 2007).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Základním cílem ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánování uspokojování potřeb nejen zdravého, ale i nemocného člověka. Všeobecná sestra by měla vnímat nemocného člověka jako celek v jeho bio-psycho-sociální a také spirituální jednotě. V případě, že dojde k porušení jedné z částí, dojde k porušení celého systému (BURDA, ŠOLCOVÁ, 2016).

4.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY

V rámci biologických potřeb je kladen důraz především na pohybový režim, polohu, hygienickou péči, oblékání, výživu, vylučování a na odpočinek a spánek.

4.1.1 POHYBOVÝ REŽÍM, POLOHA

U pacientů v bezvědomí nebo s nízkým stupněm soběstačnosti se provádí především polohování s časovým rozmezím dvou hodin, jako prevence vzniku dekubitů. K polohování se využívají polohovací lůžka, antidekubitní matrace a další polohovací pomůcky odlišných tvarů a velikostí. Jako prevence vzniku proleženin se provádí také péče o lůžko a lůžkoviny, které musí být neustále napnuté a udržované v suchu a čistotě. K zajištění bezpečnosti pacienta a prevence pádu, může být postel opatřena postranicemi (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Při alespoň částečné mobilitě provádí všeobecná sestra nácvik soběstačnosti pacienta, a to ve spolupráci s fyzioterapeutem. K soběstačnosti pacienta se současnou aktivací jeho postižené strany také přispívá přístup k lůžku či postavení nočního stolku na straně funkčního deficitu pacienta (ČIHÁKOVÁ a kol., 2010).

4.1.2 HYGIENICKÁ PÉČE

V případě imobility je hygienická péče prováděna všeobecnou sestrou na lůžku, zvýšený důraz je kladen na hygienu genitálií, především při zavedeném permanentním močovém katetru. Jako prevence vzniku dekubitů se provádí v rámci hygieny promazávání kůže vhodnými přípravky. Zařazuje se zde i péče o chrup a dutinu ústní, a to nejméně 2x denně, dále úprava vlasů a nehtů (FEIGIN, 2007).

Při alespoň částečné soběstačnosti pacienta je vhodné jeho zapojení do hygienické péče, která je již prováděna sprchováním. V tomto případě je nutné zajištění bezpečnosti pacienta použitím speciálních pomůcek, jako jsou madla a protiskluzové podložky (LAURENČÍKOVÁ, 2007).

4.1.3 OBLÉKÁNÍ

V rámci oblékání sestra provádí nácvik soběstačnosti a doporučí pacientovi vhodné osobní prádlo bez zipů a knoflíků. Při oblékání nohavic či rukávů se nejprve volí končetina s omezenou hybností či citlivostí. Při svlékání je tomu naopak. Obuv by se měla volit pohodlná, nejlépe se zapínáním na suché zipy (ČIHÁKOVÁ a kol., 2010).

4.1.4 VÝŽIVA

V oblasti výživy pacienta sestra dbá na vhodnou polohu při stravování jako prevence aspirace a zajistí dostatek vhodné stravy a tekutin, jako prevence dehydratace. U pacientů v akutním stádiu onemocnění se může podávat výživa enterální nebo parenterální formou. Podávaná výživa by měla být energeticky vyvážená. V případě nedostatečné výživy se může pacientovi podávat speciální tekutá strava, tzv. sipping (SLEZÁKOVÁ, 2007).

4.1.5 VYLUČOVÁNÍ

Po prodělání iktu se velmi často vyskytuje inkontinence moči, inkontinence stolice nebo zácpa. V případě močové inkontinence se v akutním stádiu onemocnění často zavádí permanentní močový katetr, který se však ponechává pouze na nezbytně nutnou dobu, z důvodu možnosti vzniku zánětu či dekubitů stěny močové trubice. Po jeho odstranění se provádí nácvik kontinence. V případě omezené soběstačnosti všeobecná sestra doprovází pacienta na WC nebo pacientovi podává podložní mísu či močovou lahev. Při používání plen či inkontinenčních vložek je kladen důraz na jejich častou výměnu (LAURENČÍKOVÁ, 2007).

V případě inkontinence stolice jsou využívány plenkové kalhotky, které musí být měněny v případě znečištění. Při zácpě sestra pacientovi podává dostatek tekutin, vlákniny a zajistí dostatek fyzické aktivity (FEIGIN, 2007).

4.1.6 ODPOČINEK A SPÁNEK

V rámci dostatečného odpočinku a spánku všeobecná sestra zajišťuje klid, eliminuje rušivé vlivy prostředí a v případě potřeby zajistí pacientovu bezpečnost postranicemi (SLEZÁKOVÁ, 2007).

4.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Vlivem cévní mozkové příhody může dojít k porušenému plnění dosavadních rolí a často také k závislosti na pomoci a péči od druhých osob, což může vést k pocitům méněcennosti. Sestra se v rámci psychosociálních potřeb zaměřuje na vnímání pacientova zdravotního stavu a zjišťuje, zda vnímání odpovídá skutečnosti. Dále se zaměřuje na získávání informací o sebekoncepci a sebevědomí pacienta. Vlivem onemocnění může být toto vnímání narušené a pacient může pociťovat pocity bezmocnosti či beznaděje. Sestra by měla pacienta vést k vyjadřování jeho pocitů, pacienta trpělivě vyslechnout a povzbuzuje v dalším jednání. Také pacientovi zajistí dostatečný kontakt s jeho blízkými a rodinnými příslušníky, kterým vysvětlí jejich nezastupitelnou roli v péči o pacienta. Rodinní příslušníci zlepšují psychický stav pacienta, také motivují pacienta do dalšího života a aktivního přístupu při rehabilitaci. Při vystupňovaných psychických obtížích, jako je například plačtivost, úzkost nebo deprese všeobecná sestra zajistí pomoc psychologa (LAURENČÍKOVÁ, 2007).

4.3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

V rámci této oblasti sestra zjišťuje individuální potřeby pacienta, jeho přesvědčení a náboženskou víru. Také plní jeho potřeby s ohledem na tuto víru, popřípadě zajistí náboženské služby, poskytované daným zdravotnickým zařízením (FEIGIN, 2007).

5 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života představuje pojem, který je v současnosti velmi frekventovaný (ŘEHŮLKOVÁ a kol, 2008). Tento pojem je zkoumán v různých oblastech vědy, především ve filozofii, ekonomii, lékařství, sociologii atd. (LUDÍKOVÁ a kol., 2014). Další oblastí vědy, ve které je tento pojem zkoumán, je ošetrovatelství, ve kterém získal svoji nezastupitelnou roli (SESTRA, 2013).

Kvalita života je charakterizovaná jako neustále měnící se proces, ovlivněný mnoha činiteli. Tento pojem je kritériem i cílem ošetrovatelské péče a je v přímé souvislosti s uspokojováním všech základních, ale i vyšších potřeb, také s cíli, očekáváním, pochybnostmi člověka a s mírou podpory (HUDÁKOVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2013). Existuje však i mnoho dalších definic kvality života, podle některých autorů však žádná univerzální definice kvality života neexistuje a u každého člověka a v každém oboru se různí.

Kvalita života je relativní kategorie a může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. Kvalitativní indikátory vycházejí z hodnotového systému toho, kdo kvalitu života posuzuje. Kvantitativní indikátory vycházejí z objektivních a měřitelných metod.

Způsob hodnocení kvality života se mění v závislosti na účelu, který chceme sledovat (SESTRA, 2013). Předmětem hodnocení může být nejen život jednotlivce, ale i život určité skupiny, společnosti nebo populace. V ošetrovatelství může být zkoumán život pacientů s určitým onemocněním (GURKOVÁ, 2011).

6 PRŮZKUM

V této oblasti bakalářské práce bude popsáno téma, průzkumný problém a průzkumné cíle. Následně bude popsán časový harmonogram, výběrový soubor, metoda průzkumu a také metoda zvolená pro zpracování dat.

6.1 TÉMA, PROBLÉM, CÍL PRŮZKUMU

Téma: Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě

Problém: Může cévní mozková příhoda ovlivnit kvalitu života pacientů?

Cíl 1: Zjistit, jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě ve sféře fyzické.

Cíl 2: Zjistit, jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě ve sféře psychické.

Cíl 3: Zjistit, jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě ve sféře sociální.

6.2 VÝBĚROVÝ SOUBOR

Výběrový soubor tvořily pacienti po cévní mozkové příhodě, kteří byly osobně oslovení prostřednictvím vybraných oddělení ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

Soubor tvořily muži i ženy, všech věkových kategorií, s cévní mozkovou příhodou vzniklou na podkladě ischemie i hemoragie a s poruchou hybnosti a cití různé intenzity jak na pravé, tak i levé polovině těla.

6.3 METODA PRŮZKUMU

Zvolenou metodou k provedení průzkumu byla metoda kvantitativní, k získání co nejvíce možných informací od co největšího množství respondentů. K získání dat byl zvolen strukturovaný a anonymní dotazník vlastní konstrukce, vytvořený především pro účely této bakalářské práce.

Dotazník byl rozdělený do čtyř oblastí. První oblast zkoumala věk a pohlaví respondentů, také podklad cévní mozkové příhody. Druhá oblast byla zaměřena na změny

ve fyzické dimenzi života dotazovaných respondentů, třetí oblast byla zaměřena na změny v psychické dimenzi a poslední, čtvrtá oblast, dotazníku byla zaměřena na změny v dimenzi sociální. Vytvořený dotazník byl složen z 22 položek. Z toho 8 položek je uzavřených a 14 polootevřených.

Návratnost a správnost vyplnění dotazníku byla zajištěna jejich vlastní distribucí.

6.4 ORGANIZACE PRŮZKUMU

Získávání literárních zdrojů k teoretické a praktické části probíhalo v průběhu listopadu a prosince 2016. V průběhu ledna a února 2017 byly stanoveny cíle práce, na jejichž základě byl tvořen dotazník. Určování konkrétních míst a získávání jejich souhlasu probíhalo v první půli března 2017. Průzkumné šetření probíhalo od půle března do konce dubna 2017. Zpracování získaných dat probíhalo během května 2017.

6.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 72 respondentů (100,00 %).

Položka č. 1 - Do které, z níže uvedené věkové kategorie patříte?

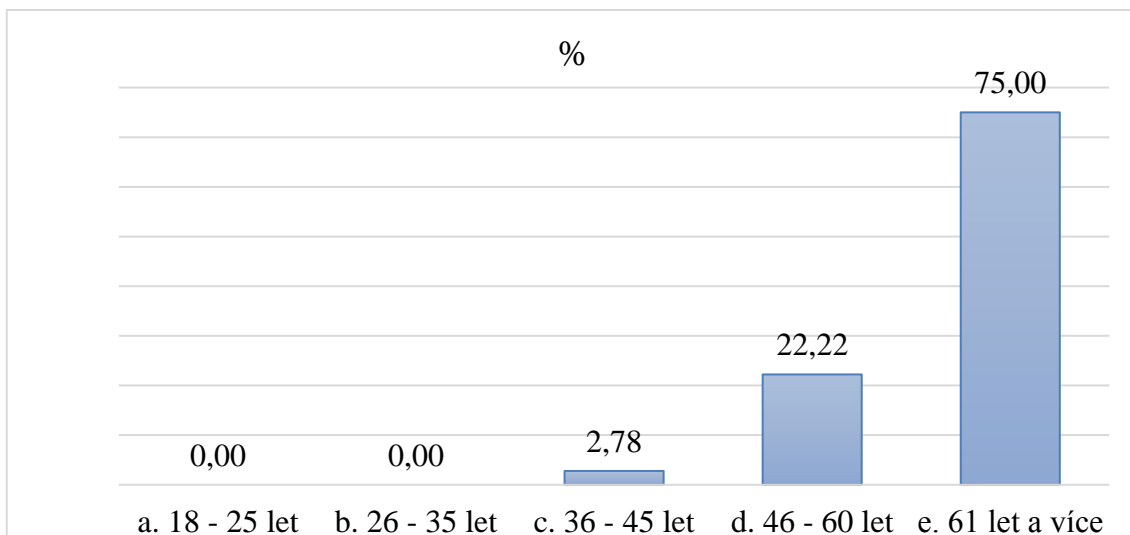
- a. 18 – 25 let
- b. 26 – 35 let
- c. 36 – 45 let
- d. 46 – 60 let
- e. 61 let a více

Tabulka č. 1 Věkové kategorie respondentů

	n	r
a. 18 – 25 let	0	0,00 %
b. 26 – 35 let	0	0,00 %
c. 36 – 45 let	2	2,78 %
d. 46 – 60 let	16	22,22 %

e. 61 let a více	54	75,00 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 1 Věkové kategorie respondentů



V první oblasti dotazníku byla jako první zkoumaná věková kategorie respondentů. Věkové kategorie 18 – 25 let a 26 – 35 let neoznačil žádný respondent (0,00 %). Kategorii 36 – 45 let označily 2 respondenti (2,78 %), dále kategorii 46 – 60 let označilo 16 respondentů (22,22 %) a poslední kategorie, 61 let a více, byla označena 54 respondenty (75,00 %).

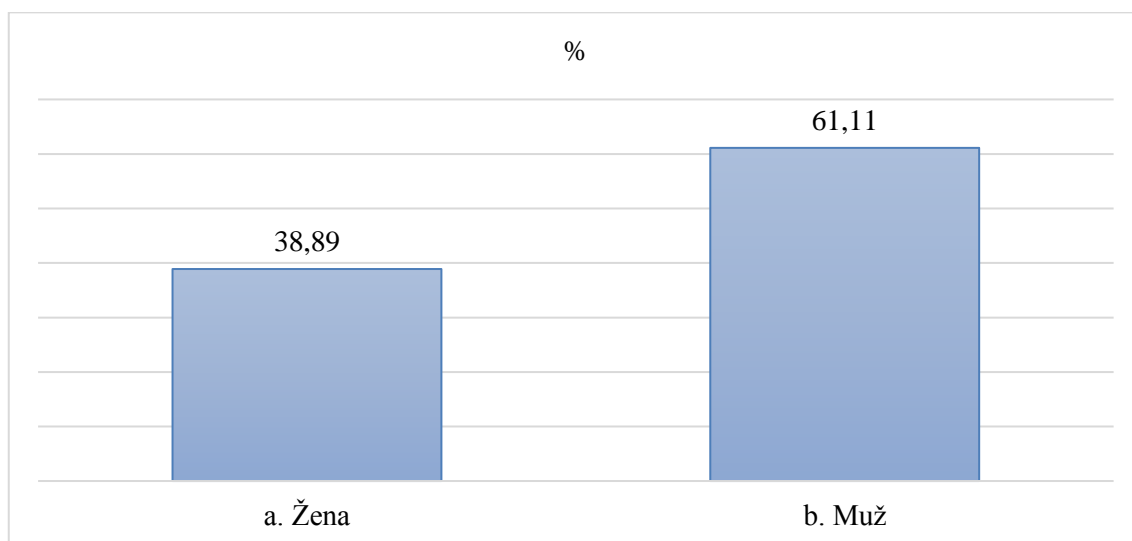
Položka č. 2 - Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

	n	r
a. Žena	28	38,89 %
b. Muž	44	61,11 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 2 Pohlaví respondentů



Cílem bylo zjištění pohlaví dotazovaných respondentů. Možnost žena byla označena 28 respondenty (38,89 %) a možnost muž označilo 44 respondentů (61,11 %).

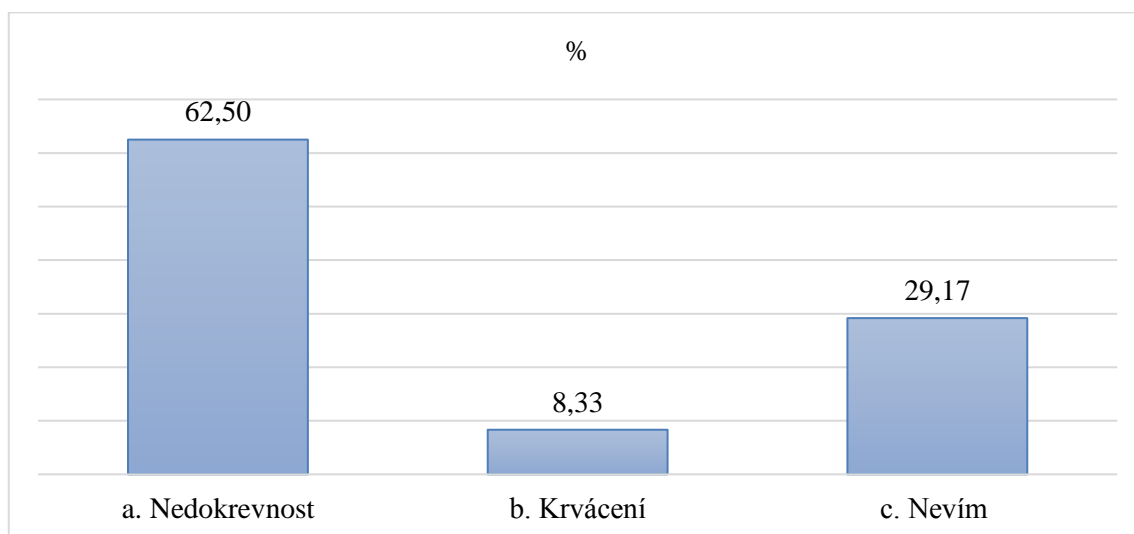
Položka č. 3 - Na jakém podkladě došlo ke vzniku cévní mozkové příhody?

- a. Nedokrevnost
- b. Krvácení
- c. Nevím

Tabulka č. 3 Podklad cévní mozkové příhody

	n	r
a. Nedokrevnost	45	62,50 %
b. Krvácení	6	8,33 %
c. Nevím	21	29,17 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 3 Podklad cévní mozkové příhody



Cílem bylo zjištění, na jakém podkladě k cévní mozkové příhodě. Nedokrevnost uvedlo 45 respondentů (62,50 %), krvácení označilo 6 respondentů (8,33 %) a možnost nevím označilo 21 respondentů (29,17 %).

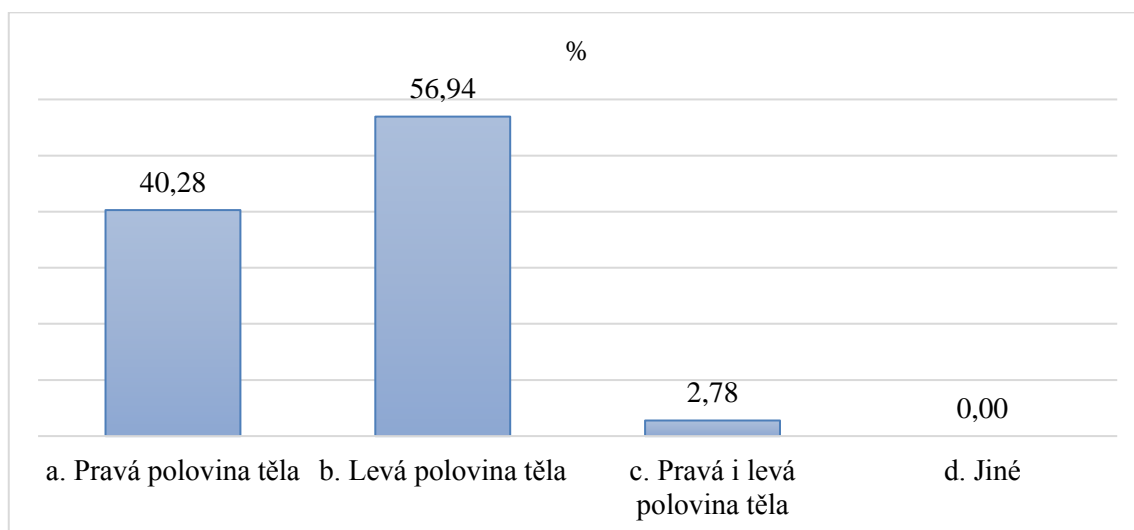
Položka č. 4 - Na které polovině těla byla vlivem cévní mozkové příhody ovlivněna citlivost či vnímání?

- a. Pravá polovina těla
- b. Levá polovina těla
- c. Pravá i levá polovina těla
- d. Jiné

Tabulka č. 4 Omezení citlivosti či vnímání

	n	r
a. Pravá polovina těla	29	40,28 %
b. Levá polovina těla	41	56,94 %
c. Pravá i levá polovina těla	2	2,78 %
d. Jiné	0	0,00 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 4 Omezení citlivosti či vnímání



Touto položkou bylo zjišťováno omezení citlivosti či vnímání na některé z polovin těla, vzniklé vlivem iktu. Omezenou citlivost či vnímání na pravé polovině těla uvedlo 29 respondentů (40,28 %), omezenou citlivost či vnímání na levé polovině těla označilo 41 respondentů (56,94 %). Omezení citlivosti či vnímání na pravé i levé polovině těla uvedli 2 respondenti (2,78 %) a možnosti jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

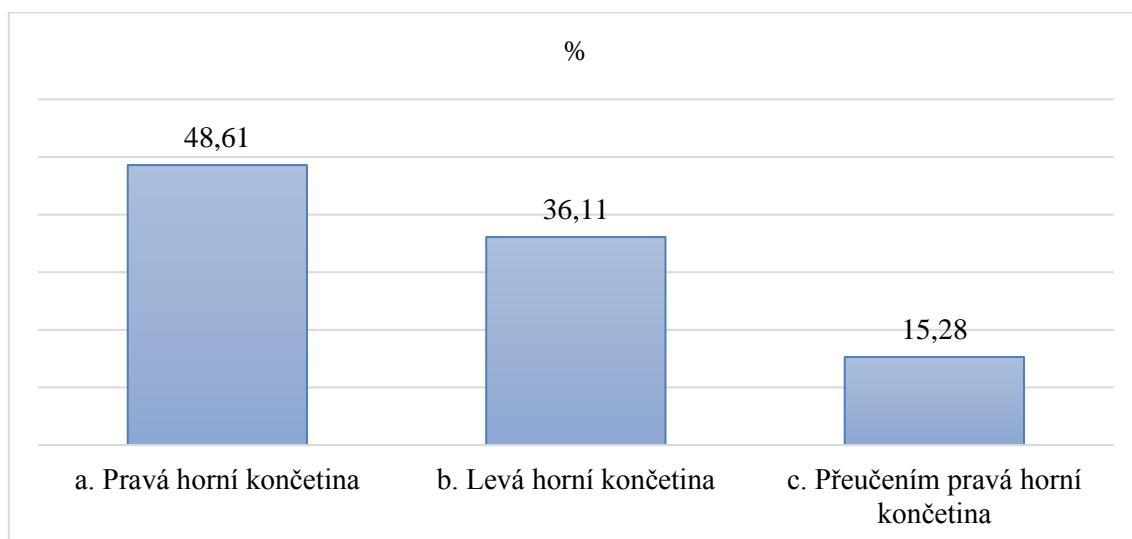
Položka č. 5 - Která horní končetina je dominantní?

- a. Pravá horní končetina
- b. Levá horní končetina
- c. Přeučení pravá horní končetina

Tabulka č. 5 Dominantní horní končetina

	n	r
a. Pravá horní končetina	35	48,61 %
b. Levá horní končetina	26	36,11 %
c. Přeučení pravá horní končetina	11	15,28 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 5 Dominantní horní končetina



Touto položkou byla zjišťována dominantní horní končetina respondentů. Jako dominantní pravou horní končetinu uvedlo 35 respondentů (48,61 %), dominantní levou končetinu označilo 26 respondentů (36,11 %) a přeucením na pravou horní končetinu uvedlo 11 respondentů (15,28 %).

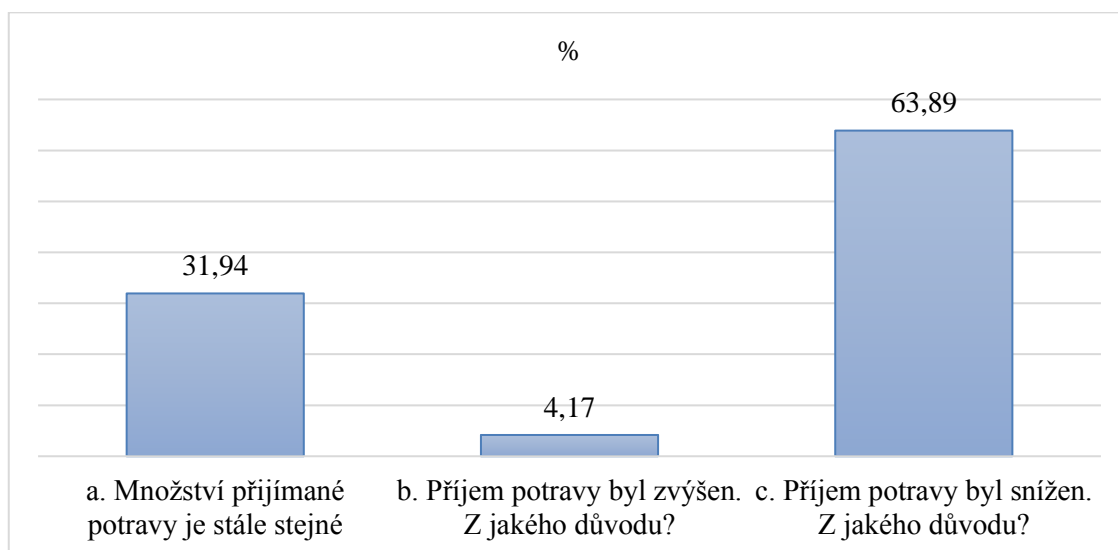
Položka č. 6 - Bylo změněno množství přijaté potravy vlivem cévní mozkové příhody? Popřípadě z jakého důvodu?

- a. Množství přijímané potravy je stále stejné
- b. Příjem potravy byl zvýšen. Z jakého důvodu?
- c. Příjem potravy byl snížen. Z jakého důvodu?

Tabulka č. 6 Změna v množství přijímané potravy

	n	r
a. Množství přijímané potravy je stále stejné	23	31,94 %
b. Příjem potravy byl zvýšen. Z jakého důvodu?	3	4,17 %
c. Příjem potravy byl snížen. Z jakého důvodu?	46	63,89 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 6 Změna v množství přijímané potravy



V pomyslné druhé oblasti dotazníku, jež je zaměřená na změny ve fyzické oblasti, bylo první položkou zjišťována změna v množství přijímané potravy respondentů. Dalších 23 respondentů (31,94 %) uvedlo, že množství přijímané stravy je stále stejné. Dále 3 respondenti (4,17 %) uvedli zvýšení příjmu potravy, a to nejčastěji z důvodu stresu, nebo z důvodu zvýšení chutí. 46 respondentů (63,89 %) označilo snížení příjmu potravy, nejčastěji z důvodu poruch polykání, či psychických obtíží.

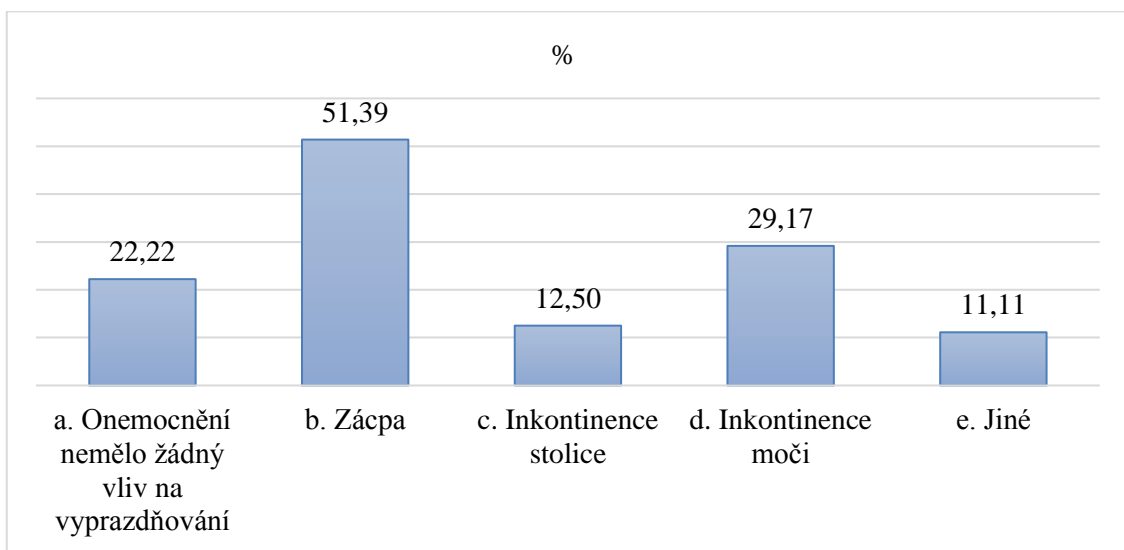
Položka č. 7 - Jaký měla cévní mozková příhoda vliv na Vaše vyprazdňování? Možnost více odpovědí.

- a. Onemocnění nemělo žádný vliv na vyprazdňování
- b. Zácpa
- c. Inkontinence stolice
- d. Inkontinence moči
- e. Jiné

Tabulka č. 7 Změna ve vyprazdňování

	n	r
a. Onemocnění nemělo žádný vliv na vyprazdňování	16	22,22 %
b. Zácpa	37	51,39 %
c. Inkontinence stolice	9	12,50 %
d. Inkontinence moči	21	29,17 %
e. Jiné	8	11,11 %

Graf č. 7 Změna ve vyprazdňování



Následující položkou byla zjišťována změna ve vyprazdňování, vzniklá vlivem cévní mozkové příhody. Možnost, že onemocnění nemělo žádný vliv na vyprazdňování, označilo 16 respondentů (22,22 %), možnost zácpa uvedlo 37 respondentů (51,39 %), inkontinenci stolice označilo 9 respondentů (12,50 %) a inkontinenci moči označilo 21 respondentů (29,17 %). Možnost jiné označilo 8 respondentů (11,11 %), kteří nejčastěji uváděli dysurické obtíže, či průjmy.

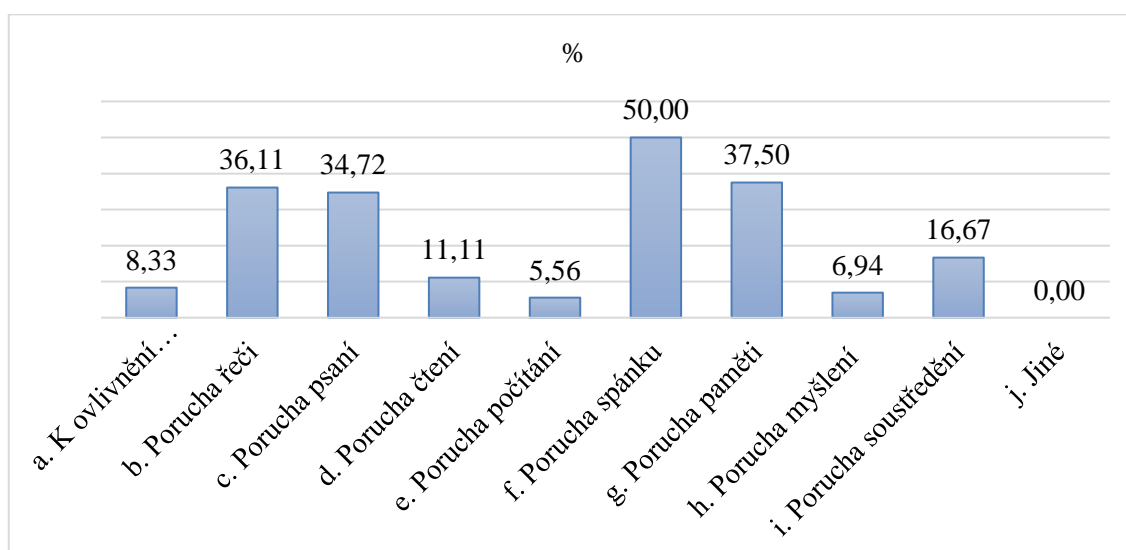
Položka č. 8 - Došlo vlivem cévní mozkové příhody k poruše komunikace či poznávacích funkcí? Možnost více odpovědí.

- a. K ovlivnění těchto funkcí nedošlo
- b. Porucha řeči
- c. Porucha psaní
- d. Porucha čtení
- e. Porucha počítání
- f. Porucha spánku
- g. Porucha paměti
- h. Porucha myšlení
- i. Porucha soustředění
- j. Jiné

Tabulka č. 8 Porucha komunikace či poznávacích funkcí

	n	r
a. K ovlivnění těchto funkcí nedošlo	6	8,33 %
b. Porucha řeči	26	36,11 %
c. Porucha psaní	25	34,72 %
d. Porucha čtení	8	11,11 %
e. Porucha počítání	4	5,56 %
f. Porucha spánku	36	50,00 %
g. Porucha paměti	27	37,50 %
h. Porucha myšlení	5	6,94 %
i. Porucha soustředění	12	16,67 %
j. Jiné	0	0,00 %

Graf č. 8 Porucha komunikace či poznávacích funkcí



Cílem této položky bylo zjistit vliv cévní mozkové příhody na poznávací funkce, však 6 respondentů (8,33 %) uvedlo, že cévní mozková příhoda neměla vliv na tyto funkce, 26 respondentů (36,11 %) označilo možnost porucha řeči, 25 respondentů (34,72 %) označilo možnost porucha psaní, dále 8 respondentů (11,11 %) uvedlo poruchu čtení a 4 respondenti (5,56 %) uvedlo poruchu počítání. Poruchu spánku uvedlo 36 respondentů (50,00 %), poruchu paměti uvedlo 27 respondentů (37,50 %), dále poruchu myšlení označilo 5 respondentů (6,94 %) a poruchu soustředění uvedlo 12 respondentů (16,67 %). Možnost jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

Položka č. 9 - V případě, že jste v položce č. 4 označil/a možnost porucha řeči, specifikujte jakou.

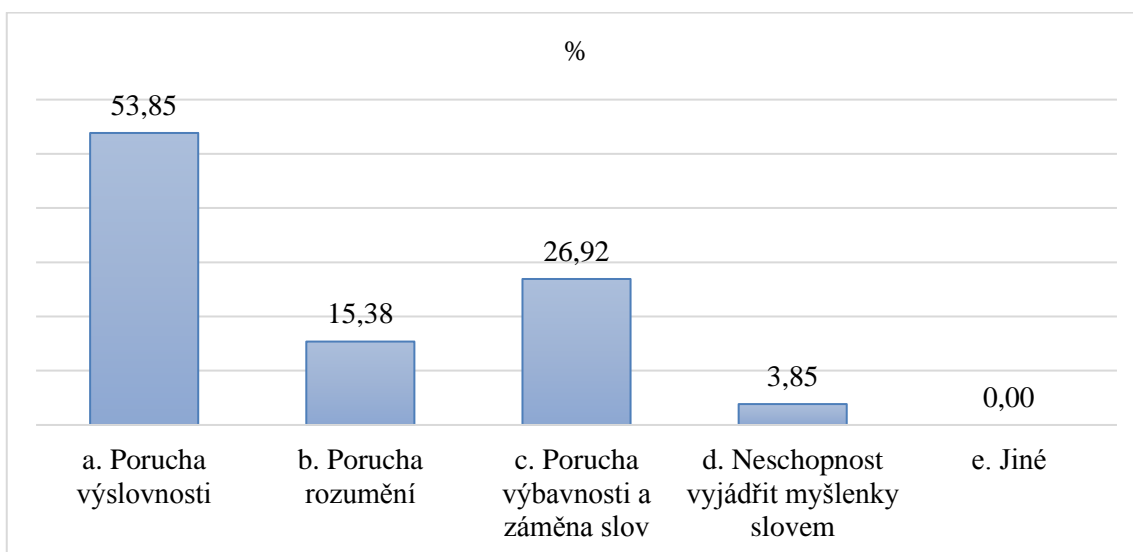
- a. Porucha výslovnosti
- b. Porucha rozumění
- c. Porucha výbavnosti a záměna slov
- d. Neschopnost vyjádřit myšlenky slovem
- e. Jiné

Tabulka č. 9 Specifikace poruch řeči

	n	r
a. Porucha výslovnosti	14	53,85 %
b. Porucha rozumění	4	15,38 %

c. Porucha výbavnosti a záměna slov	7	26,92 %
d. Neschopnost vyjádřit myšlenky slovem	1	3,85 %
Jiné	0	0,00 %
Celkem	26	100,00 %

Tabulka č. 9 Specifikace poruch řeči



Tato položka má za úkol specifikovat, o jakou z poruch řeči se jedná. Porušenou výslovnost uvedlo 14 respondentů (53,85 %), poruchu rozumění uvedli 4 respondenti (15,38 %), dále poruchu výbavnosti či záměnu slov označilo 7 respondentů (26,92 %) a neschopnost vyjádřit myšlenky slovem označil pouze 1 respondent (3,85 %). Možnost jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

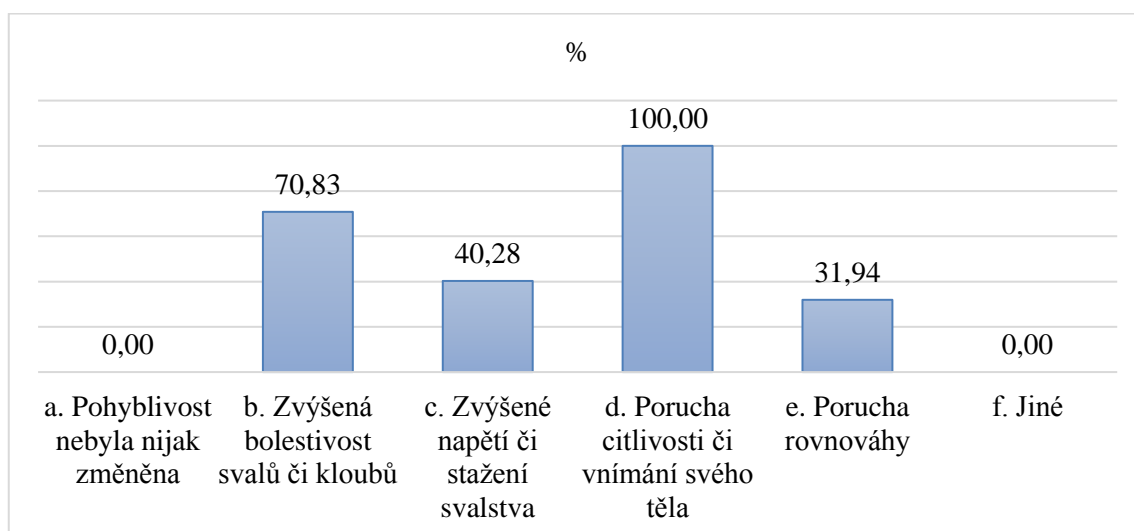
Položka č. 10 - Omezuje Vaši pohyblivost některý, z níže uvedených příznaků? Možnost více odpovědí.

- a. Pohyblivost nebyla nijak změněna
- b. Zvýšená bolestivost svalů či kloubů
- c. Zvýšené napětí či stažení svalstva
- d. Porucha citlivosti či vnímání svého těla
- e. Porucha rovnováhy
- f. Jiné

Tabulka č. 10 Omezení pohyblivosti

	n	r
a. Pohyblivost nebyla nijak změněna	0	0,00 %
b. Zvýšená bolestivost svalů či kloubů	51	70,83 %
c. Zvýšené napětí či stažení svalstva	29	40,28 %
d. Porucha citlivosti či vnímání svého těla	72	100,00 %
e. Porucha rovnováhy	23	31,94 %
f. Jiné	0	0,00 %

Graf č. 10 Omezení pohyblivosti



Cílem této položky bylo zjistit možné omezení v pohyblivosti respondentů. Možnost, že pohyblivost nebyla nijak změněna, neoznačil žádný respondent (0,00 %), zvýšenou bolestivost svalů či kloubů označilo 51 respondentů (70,83 %), zvýšené napětí či stažení svalstva označilo 29 respondentů (40,28 %), poruchu citlivosti či vnímání svého těla označilo všech 72 respondentů (100,00 %) a poruchu rovnováhy uvedlo 23 respondentů (31,94 %). Možnost jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

Položka č. 11 - Potřebujete k pohybu pomoc druhých lidí či speciální pomůcky?

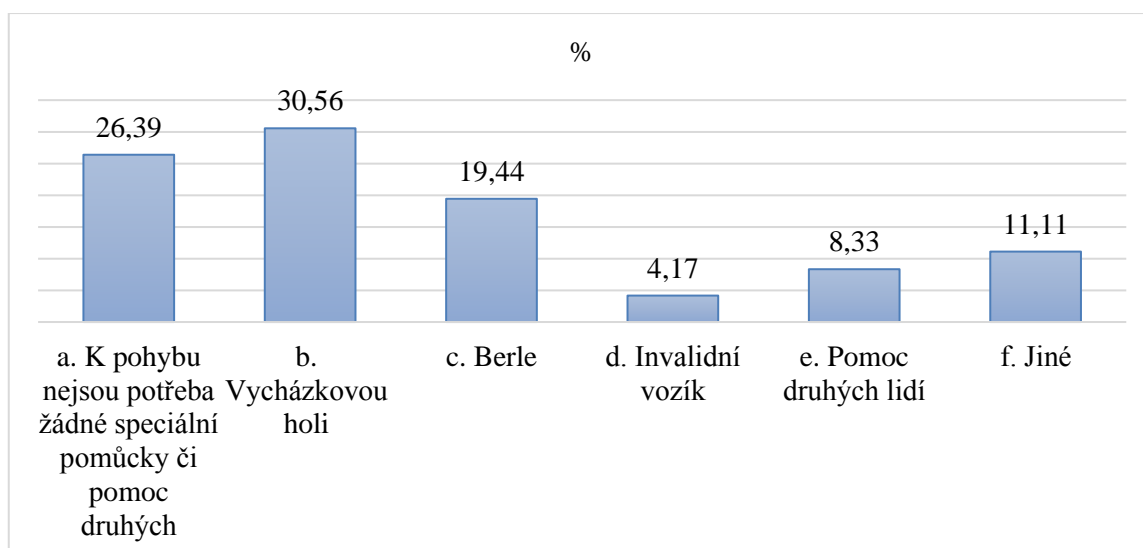
a. K pohybu nejsou potřeba žádné speciální pomůcky či pomoc druhých

- b. Vycházkovou holi
- c. Berle
- d. Invalidní vozík
- e. Pomoc druhých lidí
- f. Jiné

Tabulka č. 11 Potřeba pomoci druhých osob či kompenzačních pomůcek

	n	r
a. K pohybu nejsou potřeba žádné speciální pomůcky či pomoc druhých	19	26,39 %
b. Vycházkovou holi	22	30,56 %
c. Berle	14	19,44 %
d. Invalidní vozík	3	4,17 %
e. Pomoc druhých lidí	6	8,33 %
f. Jiné	8	11,11 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 11 Potřeba pomoci druhých osob či kompenzačních pomůcek



Cílem této položky byla zjistit nutnost pomoci druhých osob či kompenzačních pomůcek k pohybu. Možnost, že k pohybu nejsou potřebné žádné speciální pomůcky či pomoc druhých osob, uvedlo 19 respondentů (26,39 %). Vycházkovou holi k pohybu

potřebuje 22 respondentů (30,56 %), berle 14 respondentů (19,44 %), dále invalidní vozík uvedli 3 respondenti (4,17 %), pomoc druhých osob uvedlo 6 respondentů (8,33 %) a možnost jiné označilo 8 respondentů (11,11 %). Tito respondenti nejčastěji uváděli, že k pohybu potřebují chodítka.

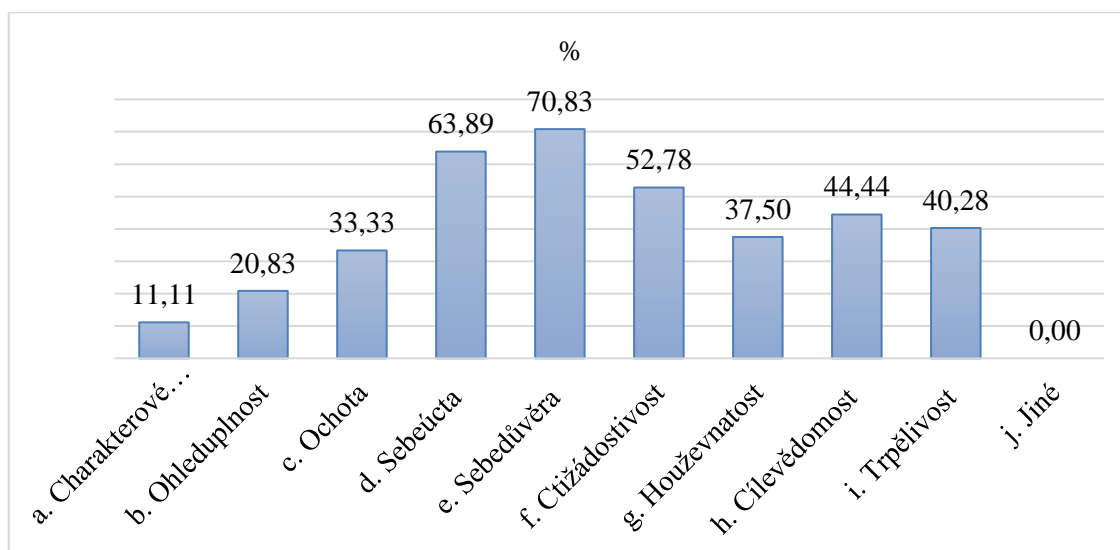
Položka č. 12 - Měly následky cévní mozkové příhody vliv na Vaše charakterové vlastnosti, popřípadě na jaké? Možnosti více odpovědí.

- a. Charakterové vlastnosti nebyly ovlivněny
- b. Ohleduplnost
- c. Ochota
- d. Sebeúcta
- e. Sebedůvěra
- f. Ctižádostivost
- g. Houževnatost
- h. Cílevědomost
- i. Trpělivost
- j. Jiné

Tabulka č. 12 Ovlivnění charakterových vlastností

	n	r
a. Charakterové vlastnosti nebyly ovlivněny	8	11,11 %
b. Ohleduplnost	15	20,83 %
c. Ochota	24	33,33 %
d. Sebeúcta	46	63,89 %
e. Sebedůvěra	51	70,83 %
f. Ctižádostivost	38	52,78 %
g. Houževnatost	27	37,50 %
h. Cílevědomost	32	44,44 %
i. Trpělivost	29	40,28 %
j. Jiné	0	0,00 %

Graf č. 12 Ovlivnění charakterových vlastností



Ve třetí oblasti dotazníku byly zkoumány změny v psychické oblasti respondentů. Tato položka má za cíl zjistit, zda došlo u respondentů vlivem cévní mozkové příhody k ovlivnění charakterových vlastností. Neovlivnění charakterových vlastností uvedlo 8 respondentů (11,11 %), změnu v ohleduplnosti uvedlo 15 respondentů (20,83 %), změnu v ochotě uvedlo 24 respondentů (33,33 %), dále sebeúcty označilo 46 respondentů (63,89 %), sebedůvěru označilo 51 respondentů (70,83 %), ctížádostivost uvedlo 38 respondentů (52,78 %), houževnatost označilo 27 respondentů (37,50 %), cílevědomost uvedlo 32 respondentů (44,44 %) a trpělivost označilo 29 respondentů (40,28 %). Možnost jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

Položka č. 13 - Pociťujete aktuálně nějaké zvláštní pocity, vzniklé vlivem cévním mozkové příhody? Možnost více odpovědí.

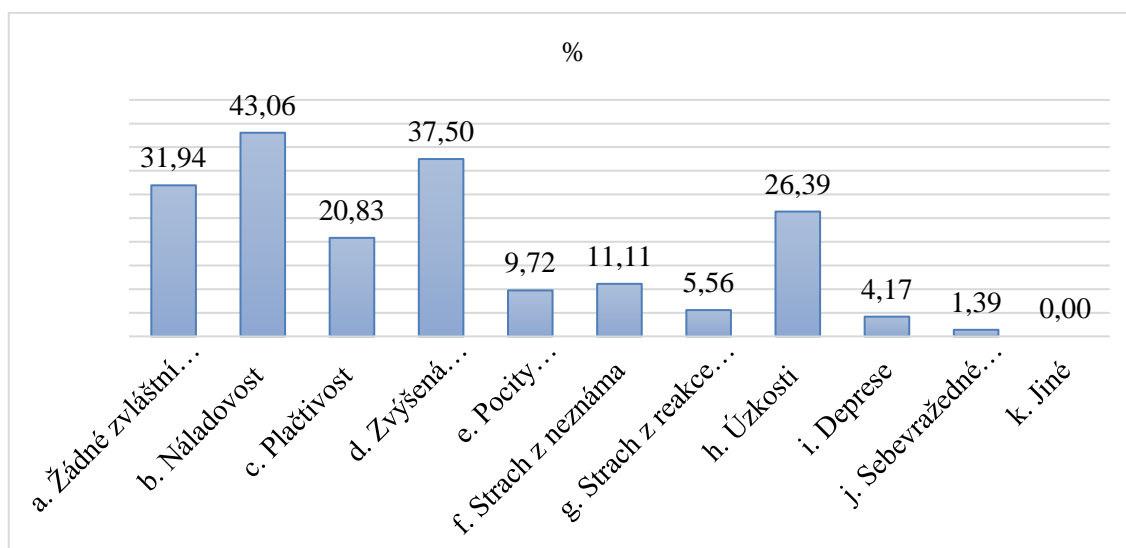
- a. Žádné zvláštní pocity nepociťuji
- b. Náladovost
- c. Plačtivost
- d. Zvýšená podrážděnost
- e. Pocity méněcennosti
- f. Strach z neznáma
- g. Strach z reakce okolí
- h. Úzkosti
- i. Deprese
- j. Sebevražedné sklony

k. Jiné

Tabulka č. 13 Aktuální změna v pocitech

	n	r
a. Žádné zvláštní pocity nepocítuji	23	31,94 %
b. Náladovost	31	43,06 %
c. Plačtivost	15	20,83 %
d. Zvýšená podrážděnost	27	37,50 %
e. Pocity méněcennosti	7	9,72 %
f. Strach z neznáma	8	11,11 %
g. Strach z reakce okolí	4	5,56 %
h. Úzkosti	19	26,39 %
i. Deprese	3	4,17 %
j. Sebevražedné sklony	1	1,39 %
k. Jiné	0	0,00 %

Graf č. 13 Aktuální změna v pocitech



Cílem této položky bylo zjistit možnou změnu v aktuálních pocitech, vzniklých po inktru. Žádné zvláštní pocity udává 23 respondentů (31,94 %), náladovost udává 31 respondentů (43,06 %), plačtivost označilo 15 respondentů (20,83 %), zvýšenou

podrážděnost uvedlo 27 respondentů (37,50 %), dále pocity méněcennosti uvedlo 7 respondentů (9,72 %), strach z neznáma označilo 8 respondentů (11,11 %), strach z reakce okolí uvedli 4 respondenti (5,56 %), úzkosti označilo 19 respondentů (26,39 %), deprese uvedli 3 respondenti (4,17 %) a sebevražedné sklony označil 1 respondent (1,39 %). Možnost jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

Položka č. 14 - Jaké byly Vaše pocity v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody? Možnost více odpovědí.

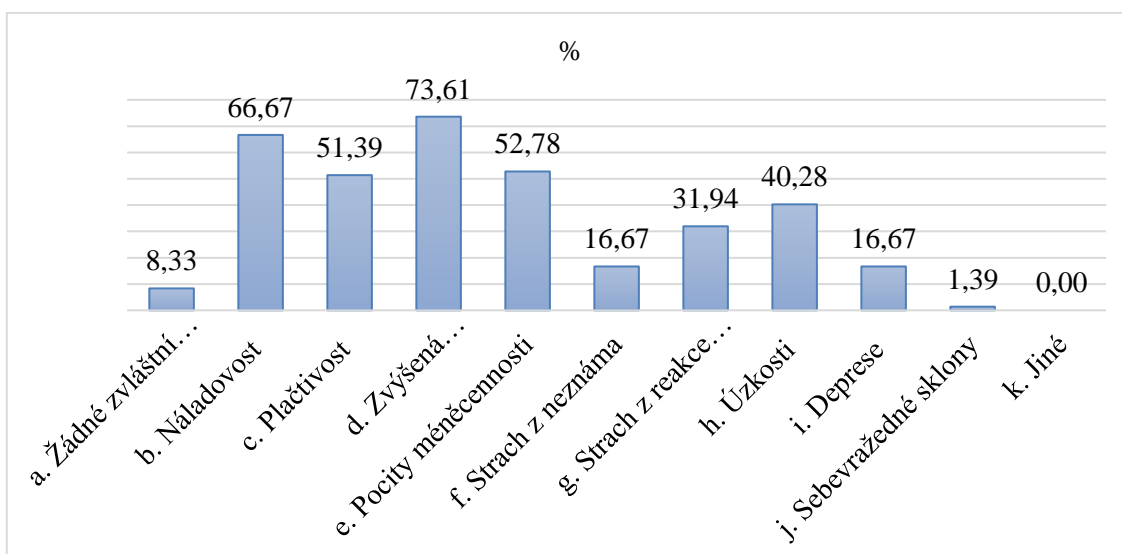
- a. Žádné zvláštní pocity se neobjevily
- b. Náladovost
- c. Plačtivost
- d. Zvýšená podrážděnost
- e. Pocity méněcennosti
- f. Strach z neznáma
- g. Strach z reakce okolí
- h. Úzkosti
- i. Deprese
- j. Sebevražedné sklony
- k. Jiné

Tabulka č. 14 Změna v pocitech v prvních dnech po cévní mozkové příhodě

	n	r
a. Žádné zvláštní pocity se neobjevily	6	8,33 %
b. Náladovost	48	66,67 %
c. Plačtivost	37	51,39 %
d. Zvýšená podrážděnost	53	73,61 %
e. Pocity méněcennosti	38	52,78 %
f. Strach z neznáma	12	16,67 %
g. Strach z reakce okolí	23	31,94 %
h. Úzkosti	29	40,28 %

i.	Deprese	12	16,67 %
j.	Sebevražedné sklony	1	1,39 %
k.	Jiné	0	0,00 %

Graf č. 14 Změna v pocitech v prvních dnech po cévní mozkové příhodě



Tato položka měla za cíl zjistit změnu v pocitech respondentů v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody. Možnost, žádné zvláštní pocity se neobjevily, uvedlo 6 respondentů (8,33 %), možnost náladovost uvedlo 48 respondentů (66,67 %), plačtivost označilo 37 respondentů (51,39 %), zvýšenou podrážděnost označilo 53 respondentů (73,61 %), pocity méněcennosti uvedlo 38 respondentů (52,78 %), strach z neznáma uvedlo 12 respondentů (16,67 %), dále strach z reakce okolí označilo 23 respondentů (31,94 %), úzkosti označilo 29 respondentů (40,28 %), deprese uvedlo 12 respondentů (16,67 %) a sebevražedné sklony uvedl 1 respondent (1,39 %). Možnost jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

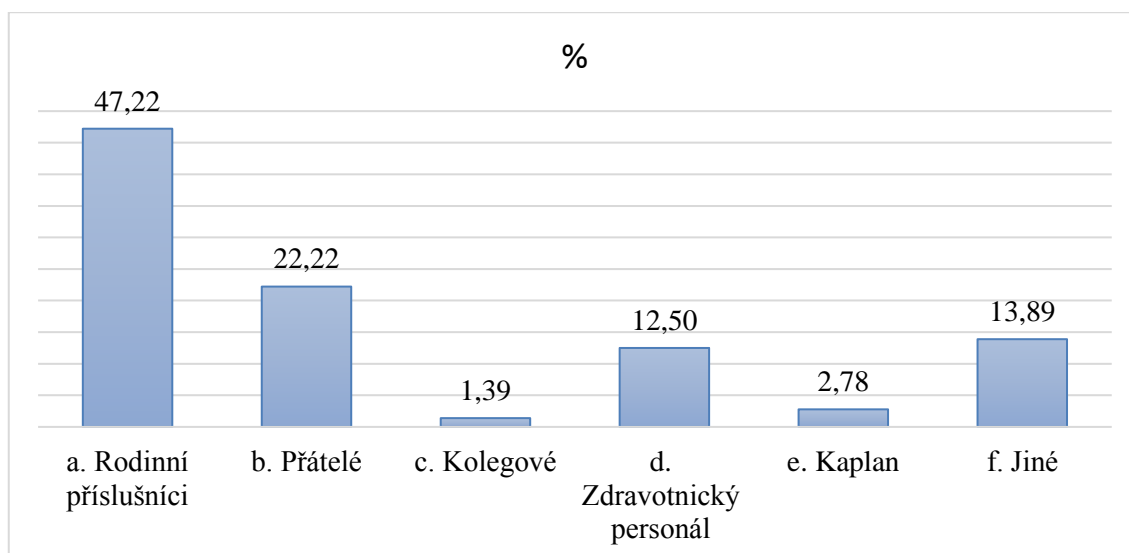
Položka č. 15 - Kdo Vám poskytl největší psychickou podporu?

- Rodinní příslušníci
- Přátelé
- Kolegové
- Zdravotnický personál
- Kaplan
- Jiné

Tabulka č. 15 Psychická podpora

	n	r
a. Rodinní příslušníci	34	47,22 %
b. Přátelé	16	22,22 %
c. Kolegové	1	1,39 %
d. Zdravotnický personál	9	12,50 %
e. Kaplan	2	2,78 %
f. Jiné	10	13,89 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 15 Psychická podpora



Cílem této položky bylo zjistit, kdo poskytl respondentům největší psychickou podporu po vzniku iktu. 34 respondentů (47,22 %) uvedlo, že rodinní příslušníci, 16 respondentů (22,22 %) označilo přátele, kolegy uvedl 1 respondent (1,39 %), dále zdravotnický personál označilo 9 respondentů (12,50 %) a kaplana uvedli 2 respondenti (2,78 %). Možnost jiné označilo celkem 10 respondentů (13,89 %), kteří nejčastěji uváděli partnery.

Položka č. 16 - Byl/a jste nucen/a vlivem psychických obtíží vyhledat odbornou pomoc?

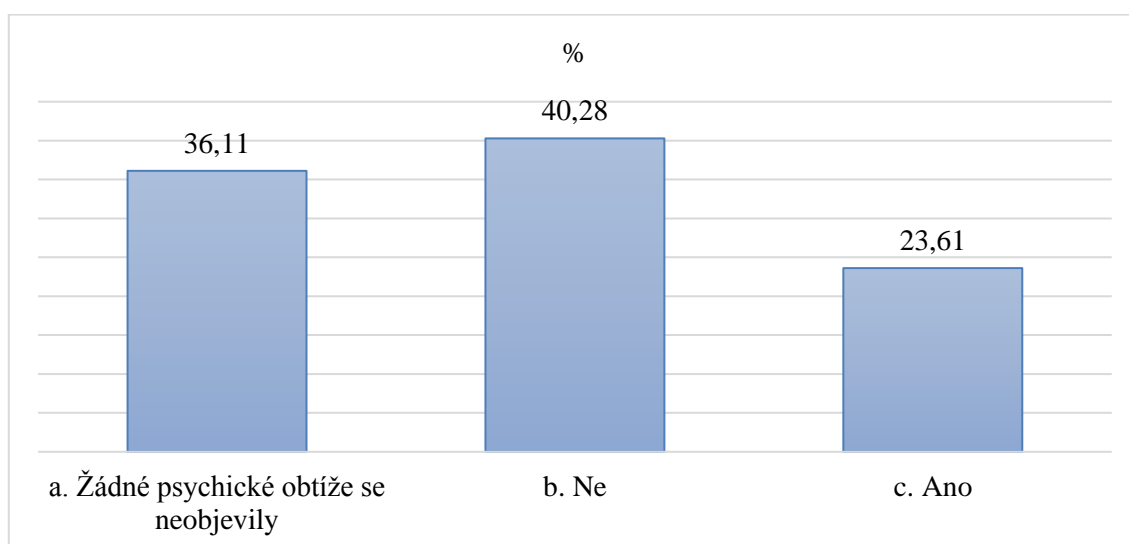
- a. Žádné psychické obtíže se neobjevily
- b. Ne

c. Ano

Tabulka č. 16 Odborná pomoc

	n	r
a. Žádné psychické obtíže se neobjevily	26	36,11 %
b. Ne	29	40,28 %
c. Ano	17	23,61 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 16 Odborná pomoc



Tato položka měla za cíl zjistit, zda dotazovaní respondenti museli vlivem psychických obtíží vyhledat odbornou pomoc. 26 respondentů (36,11 %) označilo možnost, že žádné psychické obtíže se neobjevily, 29 respondentů (40,28 %) odbornou pomoc nepotřebovalo a 17 respondentů (23,61 %) bylo nuceno vyhledat tuto pomoc.

Položka č. 17 - V jakém rozsahu přicházíte nyní do kontaktu se svými vzdálenějšími rodinnými příslušníky, přáteli či blízkými?

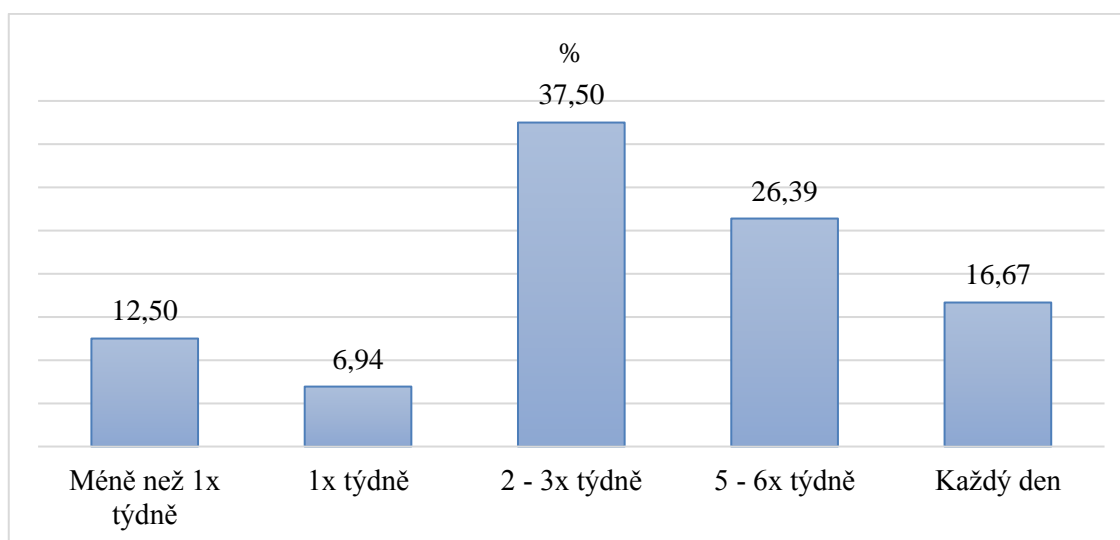
- a. Méně než 1x týdně
- b. 1x týdně
- c. 2 – 3x týdně
- d. 5 – 6x týdně

e. Každý den

Tabulka č. 17 Kontakt respondentů se svými vzdálenějšími rodinnými příslušníky, přáteli, blízkými

	n	r
a. Méně než 1x týdně	9	12,50 %
b. 1x týdně	5	6,94 %
c. 2 – 3x týdně	27	37,50 %
d. 5 – 6x týdně	19	26,39 %
e. Každý den	12	16,67 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 17 Kontakt respondentů se svými vzdálenějšími rodinnými příslušníky, přáteli, blízkými



Cílem této položky, začínající čtvrtou oblast dotazníku, zabývající se sociální oblastí života, bylo zjistit, jak často přichází respondenti do kontaktu se svými vzdálenějšími příbuznými, přáteli, či blízkými. Možnost méně než 1x týdně uvedlo 9 respondentů (12,50 %), 1x týdně uvedlo 5 respondentů (6,94 %), 2 – 3x týdně označilo 27 respondentů (37,50 %), dále 5 – 6x týdně uvedlo 19 respondentů (26,39 %) a možnost každý den označilo 12 respondentů (16,67 %).

Položka č. 18 - Jak byly vnímány následky cévní mozkové příhody Vaším okolím?

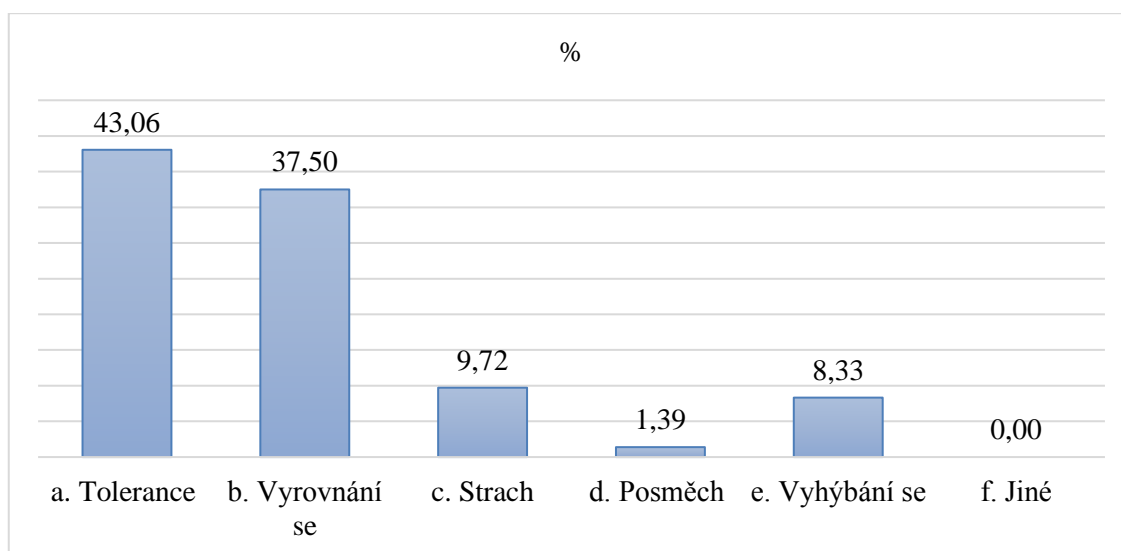
a. Tolerance

- b. Vyrovnání se
- c. Strach
- d. Posměch
- e. Vyhýbání se
- f. Jiné

Tabulka č. 18 Vnímání následků cévní mozkové příhody okolím

	n	r
a. Tolerance	31	43,06 %
b. Vyrovnání se	27	37,50 %
c. Strach	7	9,72 %
d. Posměch	1	1,39 %
e. Vyhýbání se	6	8,33 %
f. Jiné	0	0,00 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 18 Vnímání následků cévní mozkové příhody okolím



Cílem této položky bylo zjistit, jak byly vnímány následky cévní mozkové příhody okolím dotazovaných respondentů. Toleranci označilo 31 respondentů (43,06 %), vyrovnání se označilo 27 respondentů (37,50 %), strach uvedlo 7 respondentů (9,72 %), dále posměch uvedl 1 respondent (1,39 %) a možnost vyhýbání se uvedlo 6 respondentů (8,33 %). Možnost jiné neoznačil žádný respondent (0,00 %).

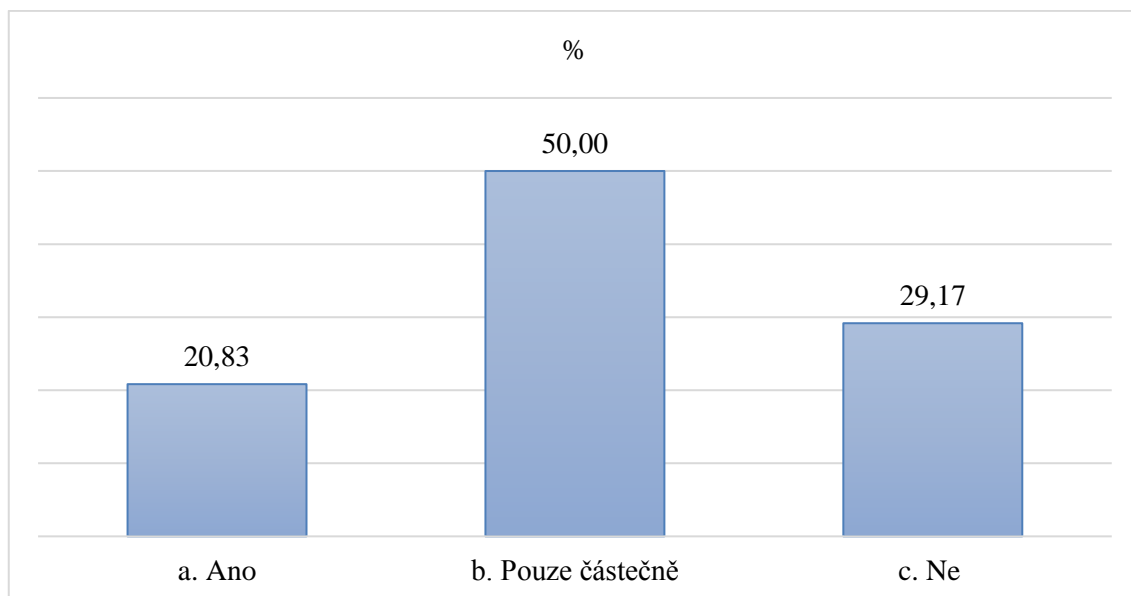
Položka č. 19 - Byl/a jste nucen/a po cévní mozkové příhodě omezit své zájmy či koníčky?

- a. Ano
- b. Pouze částečně
- c. Ne

Tabulka č. 19 Omezení zájmů či koníčků

	n	r
Ano	15	20,83 %
Pouze částečně	36	50,00 %
Ne	21	29,17 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 19 Omezení zájmů či koníčků



Cílem bylo zjistit, zda dotazovaní respondenti, byly nuceni vlivem cévní mozkové příhody omezit své zájmy či koníčky. 15 respondentů (20,83 %) bylo nuceno své zájmy či koníčky omezit, 36 respondentů (50,00 %) bylo nuceno své zájmy či koníčky omezit pouze částečně a 21 respondentů (29,17 %) své zájmy ani koníčky omezovat nemuselo.

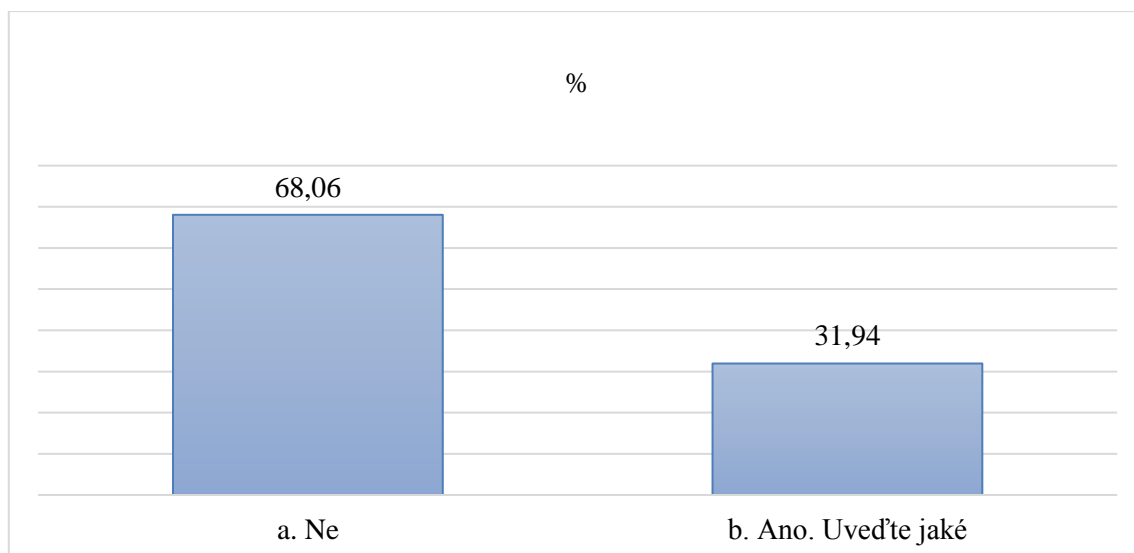
Položka č. 20 - Objevil/a jste některé nové koníčky či zájmy, které jste před cévní mozkovou příhodou nevykonával/a?

- a. Ne
- b. Ano. Uveďte jaké.

Tabulka č. 20 Objevení nových zájmů či koníčků

	n	r
a. Ne	49	68,06 %
b. Ano. Uveďte jaké	23	31,94 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 20 Objevení nových zájmů či koníčků



Cílem této položky bylo zjistit, zda respondenti objevili nějaké nové zájmy či koníčky po cévní mozkové příhodě, 49 respondentů (68,06 %) žádné nové zájmy ani koníčky neobjevilo, však 23 respondentů (31,94 %) nové zájmy objevilo, nejčastěji čtení nebo chůzi.

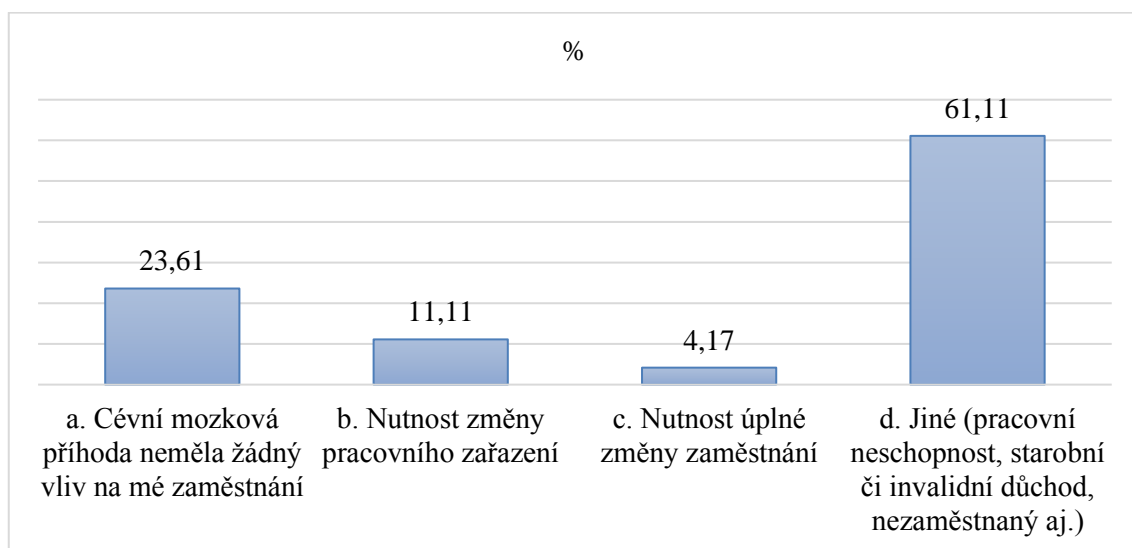
Položka č. 21 - Jaký měla cévní mozková příhoda vliv na Vaše zaměstnání?

- a. Cévní mozková příhoda neměla žádný vliv na mé zaměstnání
- b. Nutnost změny pracovního zařazení
- c. Nutnost úplné změny zaměstnání
- d. Jiné (pracovní neschopnost, starobní či invalidní důchod, nezaměstnaný aj.)

Tabulka č. 21 Vliv cévní mozkové příhody na zaměstnání

	n	r
a. Cévní mozková příhoda neměla žádný vliv na mé zaměstnání	17	23,61 %
b. Nutnost změny pracovního zařazení	8	11,11 %
c. Nutnost úplné změny zaměstnání	3	4,17 %
d. Jiné (pracovní neschopnost, starobní či invalidní důchod, nezaměstnaný aj.)	44	61,11 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 21 Vliv cévní mozkové příhody na zaměstnání



Cílem této položky bylo zjistit, zda měla cévní mozková příhoda vliv na zaměstnání. 17 respondentů (23,61 %) uvedlo, že iktus neměl žádný vliv na zaměstnání, 8 respondentů (11,11 %) bylo nuceno změnit pracovní zařazení, úplně změnit zaměstnání byly nuceni 3 respondenti (4,17 %) a možnost jiné označilo 44 respondentů (61,11 %).

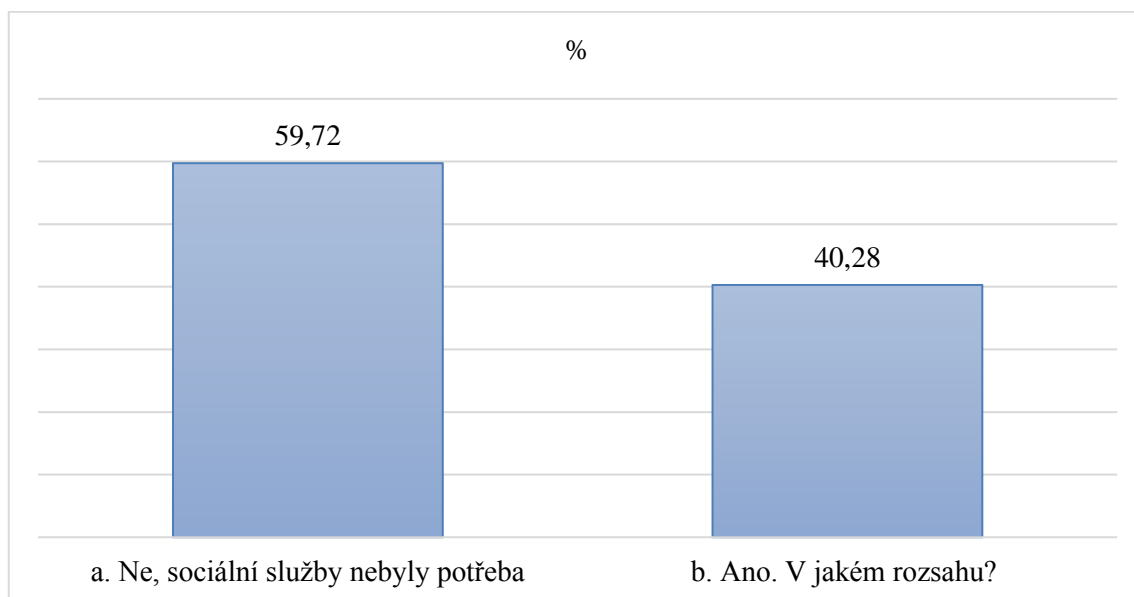
Položka č. 22 - Byl/a jste nucen/a po propuštění do domácí péče využít dalších sociálních služeb, popřípadě v jakém rozsahu (pomoc při hygieně, podávání stravy, léků, pomoc s dobrým chodem domácnosti aj.)?

- a. Ne, sociální služby nebyly potřeba
- b. Ano. V jakém rozsahu?

Tabulka č. 22 Využití sociálních služeb po propuštění do domácí péče

	n	r
a. Ne, sociální služby nebyly potřeba	43	59,72 %
b. Ano. V jakém rozsahu?	29	40,28 %
Celkem	72	100,00 %

Graf č. 22 Využití sociálních služeb po propuštění do domácí péče



Cílem bylo zjistit, zda respondenti byli nuceni, popřípadě v jakém rozsahu, využít po propuštění do domácí péče sociální služby. 43 respondentů (59,72 %) uvedlo, že sociální služby nebyla potřeba a 29 respondentů (40,28 %) těchto služeb využilo, nejčastěji při podávání stravy, léku, k asistenci při hygienické péči, nebo k nakupování.

Tabulka č. 23 Pozorované četnosti v omezení pohyblivosti

	Žena	Muž	Celkem	Očekávané četnosti	
a. Pohyblivost nebyla nijak změněna	0	0	0	0	0
b. Zvýšená bolestivost svalů či kloubů	19	32	51	18,06857	32,93143
c. Zvýšené napětí či stažení svalstva	9	20	29	10,27429	18,72571
d. Porucha citlivosti či vnímání svého těla	28	44	72	25,50857	46,49143
e. Porucha rovnováhy	6	17	23	8,148571	14,85143
f. Jiné	0	0	0	0	0

Signifikance chí-kvadrát testu: 0,665451783

Cílem této průzkumné otázky bylo zjistit, zda má pohlaví respondentů vliv na omezení pohyblivosti, proto byly vytvořeny následující hypotézy. H₀: Pohlaví nemá vliv na omezení pohyblivosti respondentů. H₁: Pohlaví má vliv na omezení pohyblivosti respondentů. Ze sledovaných četností v testu vyšla p-hodnota jako 0,665451783, takže p-hodnota je větší než 0,05 hladina významnosti, proto platí H₀. ZÁVĚR: Pohlaví nemá vliv na omezení pohyblivosti respondentů.

Tabulka č. 24 Pozorované četnosti v aktuální změně v pocitech

	Žena	Muž	Celkem	Očekávané četnosti	
a. Žádné zvláštní pocity nepocítuji	5	18	23	11,66666667	11,333333
b. Náladovost	10	21	31	15,72463768	15,27536
c. Plačtivost	14	1	15	7,608695652	7,391304
d. Zvýšená podrážděnost	11	16	27	13,69565217	13,30435
e. Pocity méněcennosti	7	0	7	3,550724638	3,449275
f. Strach z neznáma	5	3	8	4,057971014	3,942029
g. Strach z reakce okolí	2	2	4	2,028985507	1,971014
h. Úzkosti	13	6	19	9,637681159	9,362319
i. Deprese	2	1	3	1,52173913	1,478261
j. Sebevražedné sklony	1	0	1	0,507246377	0,492754

k. Jiné	0	0	0	0	0
---------	---	---	---	---	---

Signifikance chí-kvadrát testu: 6,37301E-05

Cílem bylo zjistit, zda má pohlaví respondentů vliv na změnu v aktuálních psychických pocitech, proto byly vytvořeny následující hypotézy. H0: Pohlaví nemá vliv na změny v aktuálních pocitech. H1: Pohlaví má vliv na změnu v aktuálních pocitech. Ze sledovaných četností v testu vyšla p-hodnota jako 6,37301E-05, takže p-hodnota je větší než 0,05 hladina významnosti, proto platí H0. ZÁVĚR: Pohlaví nemá vliv na změny v aktuálních pocitech.

Tabulka č. 25 Pozorované četnosti ve změně v pocitech v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody

	Žena	Muž	Celkem	Očekávané četnosti	
a. Žádné zvláštní pocity se neobjevily	1	5	6	3,196911	2,803089
b. Náladovost	26	22	48	25,57529	22,42471
c. Plačtivost	24	13	37	19,71429	17,28571
d. Zvýšená podrážděnost	19	34	53	28,23938	24,76062
e. Pocity méněcennosti	21	17	38	20,2471	17,7529
f. Strach z neznáma	7	5	12	6,393822	5,606178
g. Strach z reakce okolí	14	9	23	12,25483	10,74517
h. Úzkosti	17	12	29	15,45174	13,54826
i. Deprese	8	4	12	6,393822	5,606178
j. Sebevražedné sklony	1	0	1	0,532819	0,467181
k. Jiné	0	0	0	0	0

Signifikance chí-kvadrát testu: 0,105651252

Cílem bylo zjistit, zda má pohlaví respondentů vliv na změnu v psychických pocitech v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody, proto byly vytvořeny následující hypotézy. H0: Pohlaví nemá vliv na změny v pocitech v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody. H1: Pohlaví má vliv na změnu v pocitech v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody. Ze sledovaných četností v testu vyšla p-hodnota jako 0,105651252, takže p-hodnota je větší než 0,05 hladina významnosti, proto

platí H0. ZÁVĚR: Pohlaví nemá vliv na změny v pocitech v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody

Tabulka č. 26 Pozorované četnosti v omezení zájmů či koníčků

	Žena	Muž	Celkem	Očekávané četnosti	
Ano	7	8	15	5,833333	9,166667
Pouze částečně	12	24	36	14	22
Ne	9	12	21	8,166667	12,83333
Celkem	28	44	72		

Signifikance chí-kvadrát testu: 0,610029106

Cílem bylo zjistit, zda má pohlaví respondentů vliv na omezení zájmů či koníčků, proto byly vytvořeny následující hypotézy. H0: Pohlaví nemá vliv na omezení zájmů či koníčků. H1: Pohlaví má vliv na omezení zájmů či koníčků. Ze sledovaných četností v testu vyšla p-hodnota jako 0,610029106, takže p-hodnota je větší než 0,05 hladina významnosti, proto platí H0. ZÁVĚR: Pohlaví nemá vliv na omezení zájmů či koníčků.

7 DISKUZE

Cévní mozková příhoda se řadí mezi velice závažné choroby, jejíž následky vedou k ovlivnění životní kvality samotného pacienta a také pacientových blízkých a rodinných příslušníků. Úroveň kvality života je však velice subjektivní záležitostí. Vliv na životní kvalitu po cévní mozkové příhodě mají změny nejen v oblastech fyzických či psychických, ale také v oblasti sociální, což potvrzují data, zjištěná prostřednictvím průzkumného šetření. Cévní mozková příhoda vede nejčastěji k ovlivnění množství přijímané potravy, k ovlivnění vyprazdňování, determinuje změny kognitivních funkcí, pohyblivosti, a také v mnoha případech vede ke vzniku psychických obtíží, k nutnosti omezení či změny nejen pacientových zájmů a koníčků, a významně ovlivňuje možnost pokračovat ve své profesi a zaměstnání.

V této kapitole bakalářské práce srovnáváme a poukazujeme na zjištěná data vykonávaného průzkumného šetření, zaměřeného na změnu kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě. Srovnávání získaných výsledků však není snadné porovnávat se získanými výsledky prací jiných autorů. Cévní mozkové příhoda je velmi rozsáhlé téma, jež umožňuje zaměřit se na různou oblast z problematiky tohoto onemocnění, vybranou podle osobního zájmu každého autora.

Získaná data jsme porovnávaly se získanými výsledky bakalářské práce vypracované Lenkou Příkrylovou, zkoumající taktéž kvalitu života pacientů s cévní mozkovou příhodou a diplomové práce vypracované Bc. Marií Bandíkovou, zabývající se evaluací kvality života po cévní mozkové příhodě.

Soubor Lenky Příkrylové tvořili respondenti nejčastěji ve věkové kategorii nad 61 let, tedy 80,06 %. V porovnání s naší bakalářskou prací, kdy tuto věkovou kategorii uvedlo 75,00 %. Výjimkou však nejsou ani nižší věkové kategorie v produktivních letech života. Pohlaví respondentů se vyskytovalo častěji mužské, 61,11 %, s porovnáním průzkumu Lenky Příkrylové, kdy soubor respondentů tvořilo 50,75 % mužů. Z průzkumného šetření Lenky Příkrylové také vyplývá, že nejčastější odpovědí na položku dotazující se na typ cévní mozkové příhody, nejvíce respondentů nevědělo, tedy 65,67 % respondentů. Iktus vzniklý na podkladě ischemie vědělo 29,85 % respondentů, zbývající uvedli jako příčinu hemoragii. Nejčastější odpovědí na stejnou otázku v této bakalářské práci byla možnost ischemie, kterou uvedlo 62,50 % respondentů. Na jakém podkladě k cévní mozkové příhodě došlo, nevědělo 29,17 % respondentů. Tato výše

uvedená fakta potvrzují i odborné publikace, zabývající se problematikou vzniku cévní mozkové příhody.

Z průzkumu také vyplynulo, že cévní mozková příhoda měla vliv na kvalitu spánku respondentů. Poruchu spánku uvedlo 50,00 %. V průzkumném šetření Lenky Přikrylové tuto možnost uvedlo nižší, ale stále poměrně vysoké procento respondentů (28,35 %). I v průzkumu Bc. Marie Bandíkové více než polovina respondentů (53,57 %) uvedla negativní ovlivnění spánku po cévní mozkové příhodě. Nedostatek spánku negativně ovlivňuje úroveň kvality života a chování každého jedince.

Bolesti, limitující pohyblivost respondentů, uvedlo v průzkumu Lenky Přikrylové alarmujících 67,16 % respondentů. V průzkumu této bakalářské práce tuto možnost uvedl také velký počet respondentů, 70,83 %. Bolesti se objevují nejčastěji ve velkých kloubech (kyčelní, kolenní a ramenní kloub), limitující pohyblivost a mobilitu respondentů a mohou tak vést k nutnosti užívání kompenzačních pomůcek, nejčastěji vycházkových holí (30,56 %). Bolesti mají značný vliv na soběstačnost pacientů ve vykonávání běžných denních činností a také ve vykonávání jejich zájmů, koníčků či zaměstnání.

Negativní psychické pocity, vzniklé po cévní mozkové příhodě, v naší práci uvádělo 68,03 % respondentů. V porovnání s průzkumem Lenky Přikrylové bylo její procento respondentů vyšší a velice alarmující, 98,51 %. Změnu v psychice respondentů po iktu uváděla ve svém průzkumu i Bc. Marie Bandíková, celkem u 73,81 % dotazovaných.

Nejčastěji zvolenou odpovědí na dotaz týkající se psychické opory jsou rodinní příslušníci, což uvedlo 47,22 % respondentů. V průzkumu Lenky Přikrylové tuto možnost zvolilo 44,44 %. Vlivem psychických obtíží vzniklých po cévní mozkové příhodě muselo až 23,61 % respondentů vyhledat pomoc psychologa či psychiatra. Počet odpovědí na obdobnou položku v průzkumu Bc. Marie Bandíkové byl v porovnání s naší prací poměrně vyšší, a to 41,67 %.

Z našeho průzkumného šetření také vyplynulo, že zálibám a koníčkům se již není schopné věnovat vůbec nebo pouze částečně významných 70,83 % respondentů. Domníváme se, že důvodem k omezení vykonávaných zájmů či koníčků vedly poruchy hybnosti nebo citlivosti na některé z polovin těla, které byly respondenty uváděny v 100,00 %, jako dalším limitujícím faktorem byly v 70,83 % uváděné bolesti. Nové koníčky více než polovina respondentů (68,06 %) již nevyhledávala nebo nenašla. Dle průzkumu Lenky Přikrylové se není schopna svým koníčkům věnovat necelá polovina respondentů (49,25 %).

Vzhledem k převaze vyšších věkových kategorií respondentů, více než polovina zúčastněných našeho průzkumného šetření již nechodí do zaměstnání. Tito respondenti tvoří 61,11 %. Výjimku však netvořili ani stále zaměstnaní respondenti mladších věkových kategorií v produktivním věku 15,28 %, kteří následkem iktu byli nuceni dosavadní zaměstnání ukončit, či alespoň změnit pracovní zařazení. Nejčastějším důvodem byl deficit kognitivních funkcí včetně paměti a řeči (36,11 %) a porucha pohybu a mobility vůbec, s následkem omezení příjmu financí. Z výzkumné práce Lenky Příkrylové vyplývá, že většina těchto respondentů 80,60 % není zaměstnaná. Dle průzkumného šetření Bc. Marie Bandíkové cévní mozková příhoda ovlivnila pracovní pozici u 63,90 % respondentů.

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

S ohledem na výše zmíněné výsledky, získané prostřednictvím kvantitativního průzkumného šetření, zaměřeného na změnu úrovně kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě, jsme došli k následujícím poznatkům. Cévní mozková příhoda se zařazuje mezi cerebrovaskulární onemocnění, na jejichž vzniku se nejčastěji podílí rizikové faktory, jako je nezdravý životní styl, zahrnující nadměrnou konzumaci tuků a cukrů, deficit důležitých stopových prvků a vitamínů se současnými negativními zlozvyky jako je kouření nebo nadměrný příjem alkoholu, spolu se stresem a nedostatkem fyzické aktivity v našem každodenním životě.

Většina současné populace si plně neuvědomuje možný dopad tohoto nezdravého životního stylu, podceňuje prevenci vzniku rizikových onemocnění, které mohou mít souvislost se vznikem cévní mozkové příhody, a v neposlední řadě podceňují první varovné příznaky postižení mozkové tkáně, neboť následný funkční deficit závisí od včasnosti diagnostiky a rychlosti vhodné terapie, aby výsledný neurologický handicap nevedl k těžkým doživotním následkům.

Domníváme se, že je zde velký prostor pro zdravotní personál, zejména zdravotní sestry, pracující především v ambulancích praktických lékařů, které jsou často vysokoškolského vzdělání a měly by tyto informace dobře znát. Rizikovým pacientům by poskytovaly poradenství nejen v preventivních opatřeních, ale i v řešení následků, ke kterým mohou tyto choroby velice často vést. S tím souvisí větší informovanost pacientů v ambulantních zařízeních například formou letáčků či brožur, zabývajících se především prevencí a následky cévní mozkové příhody.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma: „Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě“ byla rozdělena do dvou základních oblastí, teoretickou a praktickou. Teoretická část shromažďuje všechny dostupné základní poznatky týkající se cévní mozkové příhody, etiologii a rizikovým faktorům, charakteristice, dělení a terapii cévních onemocnění mozku. Cílem teoretické části bylo poukázat na závažnost tohoto onemocnění a možnosti preventivních opatření, které by mohli vést ke snížení incidence cévní mozkové příhody.

Praktická část této bakalářské práce vychází z kvantitativního průzkumu, jehož metodou byl dotazník. Pozornost byla věnována změně kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě, rozdělené na tři základní dimenze. První dimenze v dotazníku zahrnuje změny ve fyzické oblasti, druhá je zaměřena na změny v psychické oblasti respondentů a třetí dimenze byla zaměřena na sociální stránku.

Z provedeného průzkumného šetření vyplynuly velice závažné skutečnosti. Cévní mozková příhoda vede k poruše pohybu a mobility různé intenzity, spolu s poruchou citlivosti, bolestmi kloubů a svalů determinuje výsledný funkční deficit. Z těchto důvodů byla většina respondentů nucena používat pro mobilitu kompenzační pomůcky, například francouzskou berli nebo vycházkovou hůl. Psychické změny s negativními pocity v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody byly výrazně větší, ale u většiny respondentů přetrvávají i s odstupem času. Nejčastěji byla uváděna náladovost nebo zvýšenou podrážděnost, úzkost i pocity méněcennosti. Tyto skutečnosti vedly u dotazovaných respondentů k nutnosti omezení nejen zájmů a koníčků, ale i zaměstnání. Všechna tato uvedená fakta tak významně vedou k ovlivnění úrovně kvality života nejen u samotných pacientů, ale i jejich rodinných příslušníků.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Z., J. BEDNAŘÍK a E. RŮŽIČKA, 2008. *Klinická neurologie*. Vyd. 2. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-157-4.
- BAR, M. a I. CHMELOVÁ, 2011. *Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*. [online]. [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>.
- BARTŮNĚK, P., D. JURÁSKOVÁ, a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BAUER, J., 2010. *Léčba ischemické cévní mozkové příhody*. [online]. [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2010/09/12.pdf>.
- BURDA, P. a L. ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.
- CEREBROVASKULÁRNÍ MANUÁL, 2015. *Sonotrombolýza*. [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://cmp-manual.wbs.cz/2404-sonotrombolyza.html>.
- ČÍHÁKOVÁ, O. a kol., 2010. *Cévní mozkové příhoda*. [online]. [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=368>.
- FEIGIN, V. L., 2007. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.
- FISHER, M., 2009. *Stroke*. New York: Elsevier. Handbook of clinical neurology, v. 92-94. ISBN 978-0-444-52005-0.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HEJNAROVÁ, E. a L. SLEZÁKOVÁ, 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.
- HERZIG, R., 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetrujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-373-2.

HUDÁKOVÁ, A. a E. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

HUTYRA, M., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3816-1.

KALINA, M., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2093-0.

KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2765-3.

KÖLBEL, F., 2011. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1962-0.

KRAJÍČEK, M., 2007. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0607-8.

KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

LAURENČÍKOVÁ, E., 2007. *Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349.

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

LOGOPED ONLINE, 2010. *Afázie*. [online]. [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://www.logopedonline.cz/vady-reci/afazie.html>.

LUDÍKOVÁ, L. a kol., 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3827-6.

LUDÍKOVÁ, L. a kol., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4296-9.

LUŽNÁ, D. a D. VRÁNOVÁ, 2007. *Makrobiotický léčebný talíř, aneb, Nemoc není nepřítel II*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-421-7.

MEREDITH, S., 2011. *Jak se vyhnout infarktu a cévním mozkovým příhodám: vaše obrana v deseti krocích*. Praha: Reader's Digest Výběr. ISBN 978-80-7406-146-2.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.

PALMER, S. a J. B. PALMER, 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0348-3.

PESCHILLO, S., 2016. *Frontiers in Neurosurgery: Brain Ischemic Stroke - From Diagnosis to Treatment*. Bentham Science Publishers. ISBN 978-1-68108-310-0.

PETRŽELA, M., 2016. *První pomoc pro každého*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5556-4.

RAHMAN, A. a M. I. CHOUDHARY, 2010. *Frontiers in cardiovascular drug discovery*. Saif Zone, Sharjah, United Arab Emirates: Bentham Science Publishers. ISBN 978-1-60805-668-2

RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1671-8.

ŘEHŮLKOVÁ, O. a kol., 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD. ISBN: 978-80-7392-073-9. [online]. [cit. 2017-22-01]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf

SEIDL, Z. a M. VANĚČKOVÁ, 2014. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-45-46-6.

SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

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

SESTRA, 2013. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi*. [online]. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-oseetrovatelske-praxi-473279>.

SCHULER, M. a P. OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3.

SOVOVÁ, E., 2006. *100 + 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0952-9.

SPENCE, J. D., 2008. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-058-4.

ŠEBLOVÁ, J. a J. KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠPINAR, J. a J. VÍTOVEC, 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1822-4.

ŠTEJFA, M., 2007. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1385-4.

TOMEK, A. a J. ŠROUBEK, 2007. *Cévní mozkové příhody hemoragické*. [online]. [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&termId=1218&tna me=C.

TOMEK, A. a M. ŠRÁMEK, 2007. *Cévní mozkové příhody ischemické*. [online]. [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&termId=1205&tna

me=C%C3%A9vn%C3%AD+mozkov%C3%A9+p%C5%99%C3%ADhody+ischemick%C3%A9.

TOMEK, A., 2011. *Fibrilace síní a cévní mozková příhoda*. [online]. [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/fibrilace-sini-a-cevni-mozkova-prihoda-459517>.

VÁCLAVÍK, D. a kol., 2015. *Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě*. [online]. [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: http://www.cmp.cz/public/4f/60/7a/4946_22196_standard_Dysfagie_Verlag.pdf.

VILÍMOVSKÝ, M., 2012. *Mozková mrtvice: prevence, příznaky, následky a rehabilitace*. [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/24-mozkova-mrtvice-prevence-priznaky-nasledky-a-rehabilitace>.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-7

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Rešerše

Příloha C – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha A – Dotazník

Dotazník

Jmenuji se Simona Nováková a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze, oboru všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, psané na téma: „Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě“. Dotazník je složen z 22 položek, zaměřených na změnu života po cévní mozkové příhodě. Vyplnění Vám zabere asi 10 minut, je dobrovolné a zcela anonymní. Správnou odpověď označte kroužkem. Získaná data budou využity výhradně ke zpracování praktické části v bakalářské práci. V případě zájmu získaných výsledků průzkumného šetření, kontaktujte mě prosím na e-mailové adrese: s.novakova2@seznam.cz.

Děkuji Vám předem za vyplnění

Simona Nováková, DiS.

1. Do které, z níže uvedené věkové kategorie patříte?
 - a. 18 – 25 let
 - b. 26 – 35 let
 - c. 36 – 45 let
 - d. 46 – 60 let
 - e. 61 let a více

2. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a. Žena
 - b. Muž

3. Na jakém podkladě došlo ke vzniku cévní mozkové příhody?
 - a. Nedokrevnost
 - b. Krvácení
 - c. Nevím

4. Na které polovině těla byla vlivem cévní mozkové příhody ovlivněna citlivost či vnímání?
- a. Pravá polovina těla
 - b. Levá polovina těla
 - c. Pravá i levá polovina těla
 - d. Jiné.....
5. Která horní končetina je dominantní?
- a. Pravá horní končetina
 - b. Levá horní končetina
 - c. Přeučení pravá horní končetina
6. Bylo změněno množství přijaté potravy vlivem cévní mozkové příhody? Popřípadě z jakého důvodu?
- a. Množství přijímané potravy je stále stejné
 - b. Příjem potravy byl zvýšen. Z jakého důvodu?.....
.....
 - c. Příjem potravy byl snížen. Z jakého důvodu?.....
.....
7. Jaký měla cévní mozková příhoda vliv na Vaše vyprazdňování? Možnost více odpovědí.
- a. Onemocnění nemělo žádný vliv na vyprazdňování
 - b. Zácpa
 - c. Inkontinence stolice
 - d. Inkontinence moči
 - e. Jiné.....

8. Došlo vlivem cévní mozkové příhody k poruše komunikace či poznávacích funkcí?

Možnost více odpovědí.

- a. K ovlivnění těchto funkcí nedošlo
- b. Porucha řeči
- c. Porucha psaní
- d. Porucha čtení
- e. Porucha počítání
- f. Porucha spánku
- g. Porucha paměti
- h. Porucha myšlení
- i. Porucha soustředění
- j. Jiné.....

9. V případě, že jste v položce č. 4 označil/a možnost porucha řeči, specifikujte jakou.

- a. Porucha výslovnosti
- b. Porucha rozumění
- c. Porucha výbavnosti a záměna slov
- d. Neschopnost vyjádřit myšlenky slovem
- e. Jiné.....

10. Omezuje Vaši pohyblivost některý, z níže uvedených příznaků? Možnost více odpovědí.

- a. Pohyblivost nebyla nijak změněna
- b. Zvýšená bolestivost svalů či kloubů
- c. Zvýšené napětí či stažení svalstva
- d. Porucha citlivosti či vnímání svého těla
- e. Porucha rovnováhy
- f. Jiné.....

11. Potřebujete k pohybu pomoc druhých lidí či speciální pomůcky?

- a. K pohybu nejsou potřeba žádné speciální pomůcky či pomoc druhých
- b. Vycházkovou holi

- c. Berle
- d. Invalidní vozík
- e. Pomoc druhých lidí
- f. Jiné.....

12. Měly následky cévní mozkové příhody vliv na Vaše charakterové vlastnosti, popřípadě na jaké? Možnosti více odpovědí.

- a. Charakterové vlastnosti nebyly ovlivněny
- b. Ohleduplnost
- c. Ochota
- d. Sebeúcta
- e. Sebedůvěra
- f. Ctižádostivost
- g. Houževnatost
- h. Cílevědomost
- i. Trpělivost
- j. Jiné.....

13. Pociťujete aktuálně nějaké zvláštní pocity, vzniklé vlivem cévním mozkové příhody? Možnost více odpovědí.

- a. Žádné zvláštní pocity nepociťuji
- b. Náladovost
- c. Plačtivost
- d. Zvýšená podrážděnost
- e. Pocity méněcennosti
- f. Strach z neznáma
- g. Strach z reakce okolí
- h. Úzkosti
- i. Deprese
- j. Sebevražedné sklony
- k. Jiné.....

14. Jaké byly Vaše pocity v prvních dnech po prodělání cévní mozkové příhody?

Možnost více odpovědí.

- a. Žádné zvláštní pocity se neobjevily
- b. Náladovost
- c. Plačtivost
- d. Zvýšená podrážděnost
- e. Pocity méněcennosti
- f. Strach z neznáma
- g. Strach z reakce okolí
- h. Úzkosti
- i. Deprese
- j. Sebevražedné sklony
- k. Jiné.....

15. Kdo Vám poskytnul největší psychickou podporu?

- a. Rodinní příslušníci
- b. Přátelé
- c. Kolegové
- d. Zdravotnický personál
- e. Kaplan
- f. Jiné.....

16. Byl/a jste nucen/a vlivem psychických obtíží vyhledat odbornou pomoc?

- a. Žádné psychické obtíže se neobjevily
- b. Ne
- c. Ano

17. V jakém rozsahu přicházíte nyní do kontaktu se svými vzdálenějšími rodinnými příslušníky, přáteli či blízkými?

- a. Méně než 1x týdně
- b. 1x týdně

- c. 2 – 3x týdně
- d. 5 – 6x týdně
- e. Každý den

18. Jak byly vnímány následky cévní mozkové příhody Vaším okolím?

- a. Tolerance
- b. Vyrovnání se
- c. Strach
- d. Posměch
- e. Vyhýbání se
- f. Jiné.....

19. Byl/a jste nucen/a po cévní mozkové příhodě omezit své zájmy či koníčky?

- a. Ano
- b. Pouze částečně
- c. Ne

20. Objevil/a jste některé nové koníčky či zájmy, které jste před cévní mozkovou příhodou nevykonával/a?

- a. Ne
- b. Ano. Uveďte jaké.....
.....

21. Jaký měla cévní mozková příhoda vliv na Vaše zaměstnání?

- a. Cévní mozková příhoda neměla žádný vliv na mé zaměstnání
- b. Nutnost změny pracovního zařazení
- c. Nutnost úplné změny zaměstnání
- d. Jiné (pracovní neschopnost, starobní či invalidní důchod, nezaměstnaný aj.)

22. Byl/a jste nucen/a po propuštění do domácí péče využít dalších sociálních služeb, popřípadě v jakém rozsahu (pomoc při hygieně, podávání stravy, léků, pomoc s dobrým chodem domácnosti aj.)?

a. Ne, sociální služby nebyly potřeba

b. Ano. V jakém rozsahu?

.....

Univerzitní knihovna Hradec Králové

Hradecká 1227/4

500 03 Hradec Králové



Jak se změnila kvalita života po cévní mozkové příhodě

MDT 6

Jméno objednatele:	Simona Nováková
Datum vypracování rešerše:	31. 10. 2016
Celkový počet záznamů:	38
Autorka rešerše:	Olga Halamová
Druhy dokumentů:	knihy, články
Časové vymezení dokumentů:	2004-2016
Jazykové vymezení dokumentů:	čeština, angličtina
Výčet rešeršních pramenů:	ČNB, Caslin, NLK Praha

Příloha C – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7. 150 00 Praha 5



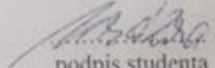
**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Nováková Simona	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Fakultní nemocnice Olomouc, oddělení rehabilitace	
Jméno vedoucího práce	MUDr. Bronislava Schusterová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis
 Bc. Andrea Drobilíková
 Hlavní sestra
 Odbor hlavní sestry
 Fakultní nemocnice Olomouc

V Praze dne 1. 3. 2017


 podpis studenta

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

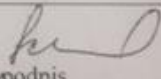
Dušková 7, 150 00 Praha 5



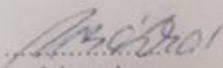
PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Nováková Simona	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Fakultní nemocnice Olomouc, oddělení geriatric	
Jméno vedoucího práce	MUDr. Bronislava Schusterová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	


Bc. Andrea Probilíčková
Hlavní sestra
Odbor hlavní sestry
Fakultní nemocnice Olomouc
podpis

V Praze dne 1. 3. 2017


podpis studenta

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Nováková Simona	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	Jak se změní kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Fakultní nemocnice Olomouc, ambulance neurologie	
Jméno vedoucího práce	MUDr. Bronislava Schusterová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis
Sc. Aneta Drobiláčková
Hlavní sestra
Fakultní nemocnice Olomouce

V Praze dne 1. 3. 2017

podpis studenta