

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Markéta Jarošová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života pacienta po cévní mozkové příhodě ve středním věku

Bakalářská práce

2024

Markéta Jarošová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Markéta Jarošová**
Osobní číslo: **Z21281**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Kvalita života pacienta po cévní mozkové příhodě ve středním věku**
Téma práce anglicky: **Quality of life after stroke in middle age**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací o cévní mozkové příhodě, kvalitě života a středním věku života.
2. Stanovení cílu a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření pomocí polostrukturovaného dotazníku.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BARTŮNĚK, Petr et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BLATNÝ, Marek. 2017. *Psychologie celoživotního úvoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. s. 292. ISBN 978-80-246-3462-3.
3. GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-802-4736-259
4. GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha Grada Publishing, a.s., 244 s. ISBN: 978-80-247-3625-9
5. HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní příhody*. Praha, al Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury. 23 s. ISBN 978-80-7345-373-2

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života pacienta po cévní mozkové příhodě ve středním věku jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25. 04. 2024

Markéta Jarošová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. et. Mgr. Michalu Kopeckému za vedení mé bakalářské práce, respondentům, za provedené rozhovory a všem, kdo mě podporoval po dobu mého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku kvality života pacientů ve středním věku po cévní mozkové příhodě. Cílem práce je zkoumat, jaké jsou dopady této zdravotní události na tělesný stav, psychiku a sociální interakce nemocí postižených jedinců. V rámci průzkumu bylo provedeno hodnocení subjektivně a objektivně vnímané kvality života šesti pacientů v různých časových horizontech po cévní mozkové příhodě.

Práce je strukturována do úvodní části, teoretického rámce, průzkumné části, prezentaci výsledků a diskuse. Průzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky práce poskytují důležité poznatky o tom, jaké jsou dopady cévní mozkové příhody na kvalitu života pacientů ve středním věku a jak lze této problematice lépe porozumět a podpořit rekonvalescenci v rámci poskytované zdravotní péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Cévní mozková příhoda, léčba cévní mozkové příhody, kvalita života, střední věk, rizikové faktory.

TITLE

Quality of life after stroke in middle age.

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on the quality of life of middle-aged patients after stroke. The aim of the thesis is to investigate the impact of this health event on the physical condition, psyche and social interactions of the affected individuals. The research involved the assessment of subjective and objective perceived quality of life of six patients at different time points after stroke.

The thesis is structured into an introductory section, theoretical framework, research section, presentation of results and discussion. The research was conducted using semi-structured interviews. The results of the thesis provide important insights into the impact of stroke on the quality of life of middle-aged patients and how this issue can be better understood and recovery can be supported within the healthcare provided.

KEYWORDS

Stroke, stroke treatment, quality of life, middle age, risk factors.

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	14
1.1 Cíl práce.....	14
1.2 Metody k dosažení cíle	14
2 Teoretická část	15
2.1 Anatomie.....	15
2.2 Cévní mozková příhoda	16
2.2.1 Epidemiologie.....	17
2.2.2 Dělení CMP	17
2.2.3 Klinické projevy cévní mozkové příhody.....	22
2.2.4 Diagnostika	24
2.2.5 Primární prevence CMP.....	26
2.2.6 Sekundární prevence	28
2.2.7 Péče o pacienty po CMP	29
2.3 Kvalita života po CMP	32
2.3.1 Hodnotící škály kvality života	32
2.4 Střední věk života	33
3 Průzkumná část	35
3.1 Cíle práce	35
3.2 Metodika	35
3.2.1 Tematická analýza dat	35
3.3 Průzkumné otázky.....	37
3.4 Přípravná fáze průzkumného šetření.....	37
3.4.1 Pilotní rozhovor	38
3.5 Realizace, sběr dat a charakteristika průzkumného vzorku	38
3.6 Technika vyhodnocení dat	40

3.7	Interpretace dat	41
3.7.1	Každodenní život	41
3.7.2	Psychický stav.....	44
3.7.3	Změna hodnot a postojů.....	46
3.7.4	Sociální interakce.....	48
3.7.5	Odpočinek.....	49
3.7.6	Spánek.....	49
4	Diskuze	50
4.1	Průzkumná otázka č. 1 – Jak ovlivnilo CMP každodenní život respondentů?	51
4.2	Průzkumná otázka č. 2 – Jak se změnil psychický stav respondentů po CMP?	52
4.3	Průzkumná otázka č. 3 – Změnily se hodnoty respondentů po onemocnění?	53
4.4	Průzkumná otázka č. 4 – Jaký vliv má CMP na sociální vztahy?	54
4.5	Průzkumná otázka č. 5 – Pociťují respondenti zvýšenou únavu po CMP?	54
4.6	Průzkumná otázka č. 6 – Ovlivnilo onemocnění spánek?	55
5	Závěr	56
6	Použitá literatura	57
6.1	Internetové zdroje	58
6.2	Porovnávané práce	62
7	Přílohy.....	63

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Charakteristika respondentů	39
Tabulka 2 - Výsledky SF - 36.....	40

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APTT – Aktivovaný parciální tromboplastinový test

ASA – kyseliny acetylsalicylové

CBF – perfuze mozková

CMP – cévní mozková příhoda

CT – výpočetní tomografie

CTA – CT angiografie

CTP – CT perfuze

GUSS – The Gugging Swallowing Screen (Screeningové vyšetření schopnosti polykání)

HDL – high density lipoprotein (lipoproteiny s vysokou hustotou)

iCMP – Ischemická cévní mozková příhoda

ICH – Intracerebrální krvácení

IVT – Intravenózní trombolýza

IV-tPA - nitrožilní aktivátor tkáňového plazminogenu

ml – mililitr

MMSE – mini mental state exam (test kognitivních funkcí)

MR – magnetická rezonance

NINDS - National Institutes of Neurological Disease and Stroke

NOAC - nová perorální antikoagulancia

PT – Prothrombin time (protrombinový čas)

RIND – Reverzibilní ischemický neurologický deficit

RS - roztroušená skleróza

s.c. – subkutánně

SAK – Subarachnoidální krvácení

TIA – Tranzitorní ischemická ataka

TK – Tlak krve

TT – Phrombin time (trombinový čas)

TTE - Transtorakální echokardiografie

UZ – Ultrazvuk

ÚVOD

Cévní mozková příhoda (CMP) představuje závažné zdravotní onemocnění, které může mít dlouhodobé dopady na kvalitu života postižených pacientů, zejména ve středním věku. Tato bakalářská práce se zaměřuje na hodnocení kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě ve středním věku a na identifikaci faktorů, které mohou ovlivnit jejich fyzické, psychické a sociální blaho.

Cílem této práce je prostřednictvím průzkumného šetření získat hlubší porozumění tomu, jakým změnám mohou pacienti po CMP ve středním věku čelit v každodenním životě, a jak tyto změny ovlivňují jejich celkovou kvalitu života. Dále se práce zaměřuje na identifikaci možných strategií a intervencí, které by mohly přispět ke zlepšení kvality života těchto pacientů a podpořit jejich rehabilitaci a adaptaci na nové životní podmínky.

V rámci úvodní části budou nejprve představeny teoretické poznatky týkající se stručné anatomie mozku, klinických projevů, diagnostiky a prevence. Následně bude prezentováno o konceptu kvality života a jeho hodnocení u pacientů po CMP ve středním věku. V praktické části práce bude proveden průzkum prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří prodělali CMP, s cílem získat jejich subjektivní pohled na kvalitu života.

Tato bakalářská práce si klade za cíl přispět k rozšíření znalostí o kvalitě života pacientů po cévní mozkové příhodě ve středním věku a poskytnout pohled na problematiku péče a podpory těchto pacientů v procesu rekonvalescence.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce "Kvalita života pacienta po cévní mozkové příhodě ve středním věku" je zhodnotit kvalitu života u vybraných pacientů po cévní mozkové příhodě v různém časovém horizontu po úraze.

Dílčími cíli práce jsou:

- Zjistit a posoudit aktuální tělesný stav respondentů po cévní mozkové příhodě.
- Prozkoumat, jak se onemocnění podepsalo na psychice respondentů.

1.2 Metody k dosažení cíle

Pro dosažení cíle bakalářské práce "Kvalita života pacienta po cévní mozkové příhodě ve středním věku" byla zvolena metoda **kvalitativního výzkumu**. Tato metoda zahrnuje sběr dat prostřednictvím **polostrukturovaných rozhovorů** s vybranými pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Respondenti byli vybráni na základě potvrzené diagnózy CMP a věkové kategorii 45-60 let, kterou pro účely této práce nazýváme střední věková kategorie.

Kvalitativní výzkum umožňuje získat hlubší porozumění subjektivního pohledu pacientů na změny, výzvy spojené s cévní mozkovou příhodou a jak tyto faktory ovlivňují jejich kvalitu života. Polostrukturované rozhovory umožňují respondentům vyjádřit své pocity, zkušenosti a názory v rámci specifických témat týkajících se tělesného stavu, psychiky a hodnotových změn po onemocnění. (Dasom et. al, 2023)

Do této práce byl zařazen také krátký test kognitivních funkcí (MMSE) pro posouzení kognitivního stavu respondentů a určení jejich vhodnosti pro zařazení do průzkumu. Tato metoda pomáhá zajistit, zda respondenti jsou schopni vést rozhovor a adekvátně reagovat na otázky týkající se jejich kvality života po cévní mozkové příhodě.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie

Mozek

Mozek je mimořádně složitý orgán, jak z hlediska funkce, tak i stavby. Rozlišujeme 2 systémy **centrální** a **periferní**. Mozek je součástí centrální nervové soustavy společně s míchou. Uložení mozku je v dutině lební, mícha je chráněna páteří.

Centrální nervovou soustavu chrání tři obaly – tvrdá plena (dura mater), pavoučnice (arachnoidea) a měkká plena (pia mater). Prostor mezi pavoučnicí a měkkou plenou nazýváme subarachnoidálním prostorem, ve kterém se vyskytuje mozkomíšní mok. Společně s lebkou mají tyto obaly za úkol chránit proti nárazům a otřesům. (Orel, 2019, s. 333)

Základní stavební jednotkou nervové tkáně jsou buňky **nervové** – **neurony** a buňky **podpůrné** – **glie**.

Neurony

Buňky, které mají za úkol přijímat, integrovat a tvořit informace za pomoci elektrického potenciálu. Tato role je pro funkci veškerých orgánů zcela zásadní. Odhadovaný počet celkového množství neuronů je stovky miliard. Jejich tvorba začíná již v ranném embryonálním vývoji. V dospělosti neurony ztrácejí schopnost se množit.

Nervová buňka se skládá z buněčného těla, dendritů (krátkých výběžků – vede informace do těla buňky) a axonu (dlouhý výběžek – vede informace od těla buňky).

Glie

Zajišťují stavební, ochrannou a metabolickou funkci. Účastní se na tvorbě Myelinové pochvy. Některé Glie se podílí na imunitním systému – chrání nervovou tkáň před záněty a infekcemi. Ačkoliv glie elektrické potenciály nevedou, jsou nezbytné pro jejich šíření. (Orel, Procházka 2017, s. 13, 14)

Pro správnou funkci neuronů a mozku jako celku je potřeba ohromné množství kyslíku a živin. Snížení nebo zástava průtoku okysličené krve do mozku je okamžitě patrné, může se projevit slabostí, zmateností až ztrátou vědomí. K energeticko-metabolické nedostatečnosti dochází již

v řádu minut či pouhých sekund. Větší spotřebu kyslíku má šedá hmota mozková než bílá. Buňky hipokampální oblasti jsou nejvíce citlivé.

Zásobení mozku

Minutový mozkový průtok (tzv. mozková perfuze z anglického cerebral blood flow – CBF) vyjadřuje, kolik mililitrů (ml) krve proteče 100 g tkání mozku. Existují různé faktory ovlivňující perfuzi mozku, mezi které spadá výše tlaku, periferní resistance cév, krevní viskozita, délka a průsvit cév. Když nastane pokles CBF pod 20 ml / 100 g / min., vzniká porucha funkce buněk – **penumbra** (polostín). Při obnově průtoku dochází u buněk k návratu jejich funkce. Avšak pokud CBF poklesne pod 12 ml / 100 g / min. jsou buňky nenávratně poškozeny. Z klinických nálezů se nedá zjistit, v jakém stádiu se buňky nachází. (Seidl, 2023, s.191).

Hlavní zásobení mozku zajišťují 4 hlavní tepny (arterie):

1. arteria carotis interna dextra – pravá vnitřní krkavice,
2. arteria carotis interna sinistra – levá vnitřní krkavice,
3. arteria vertebralis dextra – pravá páteřní tepna,
4. arteria vertebralis sinistra – levá páteřní tepna.

Obě páteřní tepny prochází do mozku a po jejich spojení vzniká **arteria basilaris – tepna bazilární**. Po spojení bazilární tepny s pravou a levou vnitřní krkavicí tepennými spojkami vzniká ve spodní části mozku circulus arteriosus Willisii neboli **Willisův arteriální okruh**. (Orel, 2019 s.345)

2.2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) lidově se označuje jako mrtvice, mrtvička nebo odborně apoplexie, iktus, mozkový infarkt nebo anglicky stroke. Představuje náhlou poruchu funkce cévního zásobení mozku krví. Častěji bývá postižení tepenné, žilní je spíš vzácnější etiologie. Jedná se o akutně vzniklý stav, který je definován neurologickým deficitem. Nástup příznaků je rychlé, ve většině případů dlouhodobé. (Orel, 2023, s. 239).

Prognóza onemocnění je závislá na **době** a **intenzitě** nedokrvění mozkové tkáně. Snížená dodávka kyslíku má vliv na funkční změny neuronů. (Seidl, 2023, s.189).

Neurony v mozku jsou velice závislé na dodávce kyslíku a živin. Závažné zúžení, ucpání nebo krvácení cév přeruší přívod krve do mozku, což vede k rozvoji energetického metabolického syndromu. Dochází ke změnám v nervové tkáni, hodnotám pH a uvolňování volných kyslíkových radikálů, čímž jsou neurony poškozeny a následně odumírají. Tento proces vede k psychickým změnám, zahrnující změny myšlení, paměti, vnímání a chování jedince.

Dlouhodobé narušení přívodu kyslíku a živin k neuronům v mozku může vyústit **vaskulární demencí**, která se primárně projevuje jako závažné poškození kognitivních funkcí. (Orel, 2023, s. 249)

Za předpokladu včasného obnovení krevního zásobení mozku, jsou změny vratné. Nutné je neodkladné diagnostické řešení spojeno s včasnou a účinnou terapií. (Orel, 2023, s. 239).

2.2.1 Epidemiologie

Cévní onemocnění mozku je po kardiovaskulárním onemocnění a nádorech na třetím místě jakožto příčina úmrtí. Toto onemocnění je závažné nejen z pohledu medicínského, ale souvisí i se sociální a ekonomickou problematikou. V České republice můžeme pozorovat vzrůstající trend úmrtnosti na CMP, který očividně souvisí s narůstajícím průměrným věkem obyvatel. Prevalence, tedy podíl počtu jedinců ve sledované populaci, je v naší zemi 150–200/ 100 000 obyvatel za rok. CMP rovněž představuje jedno z nejčastějších onemocnění, se kterým jsou pacienti hospitalizováni. Až 40 % lidí s tímto onemocněním umírá do 1 roku po prodělání příhody. (Seidl, 2023, s.189)

Ischemické i hemoragické formy mají za následek akutně vzniklý stav, který je definován neurologickým deficitem. Nástup příznaků je rychlý a ve většině případů dlouhodobý.

„Onemocnění má vysokou prevalenci – postihuje vyšší věkové skupiny obyvatelstva (tj. převážně věkové kategorie nad 65 let). Značný problém také představuje vysoká letalita (smrtnost) a invalidizace nemocných.“ (Bartůněk et al., 2016, s.431)

2.2.2 Dělení CMP

Z hlediska charakteru, můžeme onemocnění rozdělit na **ischemickou a hemoragickou formu CMP**.

2.2.2.1 Ischemická forma CMP

Ischemická forma (dále iCMP) je typ příhody, která vzniká na podkladě uzávěru cévy buď embolem (vmetek, který cestuje cévním řečištěm), nebo trombem (krevní sraženina) nasedající na aterosklerózu (stav, při kterém dochází k ukládání cholesterolu, vápníku a dalších látek z vnitřní strany cév a tím zprůchodnění cévy). Výskyt ischemické formy je v 80 % případů.

Tato cévní okluze způsobuje nedokrvení určité části mozku, což vede k narušení neurologických funkcí. (Simon et al., 2018, s.371)

Rozvoj je rychlý, neurologické změny trvají déle než 24 hodin nebo končí smrtí. Porucha prokrvení může být zapříčiněná **lokálními změnami cév**, které zásobují mozek, nebo **celkové poruchy krevní cirkulace** z důvodu srdeční zástavy či změn krevního tlaku – hypotenze i hypertenze.

Dle průběhu, charakteristických symptomů, léčebných postupů a časového hlediska rozlišujeme:

- **Tranzitorní ischemickou ataku (TIA)**, což je stav, při kterém mají příznaky krátkodobé trvání a upraví se do 24 hodin.
- **Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND)** je obdobou TIA, který má podobné příznaky, vyskytuje se však po delší dobu a příznaky odeznívají v řádu dní, nejpozději do jednoho týdne.
- **Progredující CMP (stroke in evolution)** kde už z názvu můžeme vyčíst, postupně zhoršující se příznaky.
- **Dokončená CMP (complete stroke)**, symptomy jsou stálé, v čase neměnné.

Prodělání stavu TIA nebo RIND je varovným signálem, který není radno podceňovat. Důležité je brát tyto stavy vážně, protože riziko vzniku CMP je v následujících měsících zvýšené. Vhodné je komplexní vyšetření pacienta a nasazení správné léčby. (Orel, 2023, s. 239-240; Souček a Svačina, 2019 s. 412).

Zásadním pro snížení dopadu a rozsahu CMP je nutné rychlé stanovení diagnózy a následná intenzivní terapie do 3–6 hodin od začátku prvních příznaků. (Souček a Svačina, 2019 s. 412)

Mechanismem vzniku ischemické cévní mozkové příhody na úrovni tepen zásobujících mozek kyslíkem může být následující:

- **Trombóza** – stav při němž vzniká trombus (krevní sraženina), který zamezuje průtoku krve, případně její průtok zcela zastaví.
- **Významná stenóza (zúžení)** – příčinou je kupříkladu pokročilá ateroskleróza, při které dochází k ukládání tukových látek, což vede ke zúžení cév. Může se i měnit výstelka endotelu, a tím se zvýší riziko vzniku trombu. V postižené části je průtok krve omezen.
- **Embolizace** – neboli ucpání cévy embolem (vmetkem), který doputuje do cévy krevním řečištěm z jiné části těla.

- **Závažné vaskulitidy** – zánětlivé onemocnění cév – lokální nebo systémové (představuje onemocnění celého těla).

Nebezpečí vzniku ischemického CMP zvyšují rizikové faktory, které se při kombinaci zesilují. (Orel, 2023 s. 241)

2.2.2.2 Léčba ischemické CMP

Pro léčbu iCMP je nutný multidisciplinární přístup, který zajišťují specializovaná Iktová centra. Hlavním faktorem u ischemického infarktu je zprůchodnění mozkové tepny, které je potřeba řešit neodkladným obnovením krevního oběhu a tím zachráněním tkáně, ve které dochází k nedokrvení. (Vališ, 2020 s.191)

Před devadesátými lety minulého století byla léčba značně omezená. Terapie se zaměřovala na léčbu symptomů, rehabilitace a sekundární prevenci.

Převrat léčení zapříčinila studie National Institutes of Neurological Disease and Stroke (NINDS). Federálním úřad pro léčiva schválil v roce 1995 nitrožilní aktivátor tkáňového plazminogenu (IV-tPA). Současnou praxí je **aplikace alteplázy** – rekombinačního tkáňového plasminogenu: **rt – PA**. (Herpich, 2020)

Léčebná metoda neboli **intravenózní trombolýza (IVT)**, je indikována u pacientu s jasným časovým oknem, a to do 4,5 hodin od začátku příznaků (Vališ, 2020 s.191). Předpokladem k zahájení léčby ischemických příhod je vyloučení krvácení, posouzení celkového rozsahu léze (více než 33% příslušné lokalizace), krevního tlaku (s limitem nad 185/110 mmHg) a další komplikací, které by mohli vést ke zvýšenému riziku krvácení. Pro IVT je doporučeno 0,9 mg/kg rt – PA intravenózně s maximální dávkou 90 mg. Komplikace narůstají v čase od postižení pacienta mozkovým infarktem. (Seidl,2023, s.200).

V roce 2014 díky randomizované studii v Holandsku (Multicenter Randomized Clinical Trial of Endovascular Treatment of Acute Ischemic Stroke in Netherlands) nastává průlom **endovaskulární terapie (EVT)** u akutních iktů. Mechanická trombolýza (EVT) je možná provést v intervalu do 6 hodin, který určuje věstník MZ z roku 2014.

„Studie ukázala nezpochybnitelnou superioritu endovaskulárního postupu, výsledný dobrý klinický stav (mRS 0–2 po 90 dnech od vzniku iktu) ve skupině pacientů léčených pouze IVT byl pouze v 19,1 %, při kombinované IVT a EVT ve 32,6 %.“ (Tinková, 2016 s. 153).

Pacienti mají dle lékaře nařízený klidový režim s elevací horní poloviny těla 30°. Během prvních dní po mrtvici se vyžaduje udržet lehce zvýšený krevní tlak pacientů z důvodu prevence zúžení cév. Tlak se během následujících dnů kontrolovaně snižuje. (Tadi, 2023) Z důvodu prevence recidivy iktu je důležité začít s antiagregační léčbou, a to do 48 hodin od počátku CMP. Jako prevence hluboké žilní trombózy se u ležících pacientů aplikují subkutánně (s.c.) frakcionované hepariny. (Bartůněk et al., 2016 s.435)

2.2.2.3 Hemoragická forma CMP

Hemoragická forma (hCMP) je způsobena krvácením do mozku nebo mezi mozkové obaly z důvodu prasknutí cévy. Postihuje zbývajících 20 % případů. (Orel, 2023, s. 239) Hemoragická CMP je doprovázena obecně horším průběhem a výsledkem léčby na rozdíl od ischemické formy. Nejčastěji je způsobena rupturou (prasknutí) aneurysma (abnormálně rozšířená nebo vyboulená céva v důsledku oslabení cévní stěny), s následným krvácením do mozku. (Unnithan, 2023) Postihnout může mozkový parenchym (tkáň), subarachnoidální prostor nebo prostor intraventrikulární (nitrokomorově). Zvýšená fyzická aktivita, rozčílení a náhlé zvýšení krevního tlaku často příhodě předchází.

„Krvácení do mozkové tkáně je ve 40–50 % spojeno s hypertenzí, v 30 % je výsledkem prasklého aneurysmatu, arteriovenózní malformace (AMV), krevní choroby, vaskulitidy, antikoagulační léčby, abúzu drog kokain) a další.“ (Seidl, 2023, s. 203)

Hemoragická CMP může postihovat mozek různými mechanismy jako jsou komprese tkáně, cév či jejich destrukce.

Krvácení dle lokalizace dělíme na:

- **Intraparenchymové krvácení (ICH)** – krev pronikne dovnitř mozkové tkáně. Oproti ICMP lze rozeznat výraznější cefalgii (bolest hlavy).
- **Subarachnoideální krvácení (SAK)** – Masivní krvácení z mozkové artérie pronikající mezi pavoučnici a měkkou plenu mozkovou. Z důvodu zvýšeného intrakraniálního tlaku vede k mozkové dysfunkci, sníženému prokrvení a přímé destrukci tkáně. Tento stav může být komplikován vazospazmem (zúžením cév), které vede k nedokrvení, opětovným krvácením nebo šířením krve do mozkové tkáně. SAK může způsobit meningeální syndrom.
- **Subdurální /epidurální krvácení** – bývá na základě traumatického původu. Krvácení se projevuje bolestmi hlavy nebo změnami vědomí. (Simon et al., 2018, s.374)

V klinickém obrazu se typicky objevuje krutá intenzivní cefalea (bolest hlavy) s nauzeou (pocit na zvracení) až zvracením. K hodnocení závažnosti a prognózy onemocnění lze použít např. škálu Hunt a Hesse, kdy na stupnici od I–V vyčteme závažnost a prognózu onemocnění, V. stupeň představuje nejhorší prognózu.

„I. stupeň se projevuje jen bolestmi hlavy (cefaleou). Představuje nejpříznivější variantu.

II. stupeň zahrnuje bolesti hlavy a také symptomy meningeálního dráždění.

III. stupeň se vyznačuje lehkými ložiskovými neurologickými příznaky odpovídajícími lokalizaci krvácení a také kvantitativní poruchou vědomí typu somnolence.

IV. stupeň již představuje závažnější stav spojený většinou se špatnou prognózou. Je typický výraznými ložiskovými příznaky a závažnější kvantitativní poruchou vědomí typu sopor.

V. stupeň má nejhorší prognózu. V klinickém obraze dominuje těžká porucha vědomí – kóma.“

(Orel, 2023, s.247)

2.2.2.4 Léčba hemoragické CMP

Léčbu můžeme rozdělit na **konzervativní** a **chirurgickou**.

Konzervativní léčba zahrnuje kontrolu stavu vědomí dle Glasgow coma scale (kvantitativní škála hodnotící vědomí), stabilizace vitálních funkcí a kontrolu celkového klinického stavu. Postupuje se tak v případech mozečkových hematomů, jsou-li malé. Hemoragie v oblasti pontu se z důvodu vysoké úmrtnosti neoperují.

Indikací k operačnímu řešení je progresivní zhoršení stavu z důvodu šíření krvácení. Hematom uložený blíže ke klenbě lebky je lépe operovatelný.

Velmi častou komplikací je **hydrocefalus obstrukční a hyporesorpční**. (Seidl, 2023, s.203)

Obstrukční hydrocefalus - z důvodu obstrukce se hromadí mozkomíšního mok v komorách, a tím se zvyšuje tlak na mozkovou tkáň. (Center for Neurosurgical and Spinal Disorders, © 2024)

Hyporesorpční hydrocefalus – vzniká nedostatečnou absorpcí likvoru (mozkomíšního moku).

Postup léčby je závislý na klinickém stavu pacienta. Pro opadnutí edému se používají léky.

Pro oba tyto případy je operační řešení nutností. (Seidl, 2023, s.203)

2.2.3 Klinické projevy cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda zahrnuje velmi rozsáhlé množství příznaků. Hlavními příznaky, které se obvykle vyskytují u akutní CMP, tkví v poruchách výrazu obličeje (např. pokles jednoho koutku úst, neschopnost zavřít ústa či oční víčka), slabost svalů, porucha hybnosti pravé nebo levé části těla, závratě, porucha citlivosti, řeči, zraku a poruchy vědomí. (Orel, 2023 s.245)

Vodítkem k diagnostice může být klinický obraz, nicméně bez diagnostických metod je téměř nemožné rozeznat, zda se jedná o ischemickou či hemoragickou formu. Obecně můžeme popsat děje, které jsou spojovány s daným typem.

Trombotická ischemická cévní příhoda vzniká pozvolně, častěji když je dotyčný v klidu, ve spánku.

Příznaky se rozlišují v závislosti na umístění, rychlosti ischemie a rozsahu. Cévní mozková příhoda postihuje často protilehlou stranu těla, to z důvodu křížení nervové dráhy na rozhraní prodloužené míchy. Proto každá hemisféra mozku ovládá protilehlou stranu těla. (Bartůněk et al., 2016, s. 432)

2.2.3.1 Ischemické příznaky dle lokalizace

- **Postižení vertebrobasilárního povodí** – objevuje se porucha polykání, motorická porucha řeči, zvýšené slinění, dvojité vidění, paréza končetin, ztráta rovnováhy, porucha chůze či změna vědomí. (Bartůněk et al., 2016, s. 432)
- **Uzávěr v karotickém povodí** – Jedná se o celkový uzávěr povodí cévního systému zásobující mozek, při kterém je velká pravděpodobnost úmrtí. Případné přežití je vždy spojováno s velmi těžkou invaliditou.

Vzniká-li v povodí arteria cerebri interior uzávěr postupně, může se vyskytovat bez příznaků. Pokud se objeví ložiskové příznaky, bývá postižení jedné strany jako je ochrnutí poloviny těla, ztráta poloviny zorného pole a snížení citlivosti smyslových vjemů. V případě postižení dominantní mozkové hemisféry nastává ztráta schopnosti komunikovat (afázie). Oproti postižení nedominantní části pozorujeme špatnou orientaci v prostoru, poruchu provádět koordinované pohyby (apraxie), nebo neglect syndrom – neschopnost vnímání podnětů z jedné strany těla nebo prostoru.

Nedokrvení v povodí arteria ophthalmica (první větvení karotické tepny) vede k dočasným poruchám zraku a při trvalému uzávěru vede až ke ztrátě zraku. (Škoda, 2019, s. 9-15)

- **Ischemie lokalizovaná arteria cerebri anterior (ACA)** – hlavním příznakem je ochrnutí jedné poloviny těla s větším postižením dolní končetiny a narušení psychiky. Tyto symptomy může způsobovat také tumor mozku a jejich pravou příčinu je nutno diagnostikovat neurologem nebo neurochirurgem. Diagnostické metody mohou zahrnovat vyšetření CT, MRI a další speciální testy na vyloučení či potvrzení nádoru mozku.
- **Ischemie lokalizovaná arteria cerebri media (ACM)** – podobně jako u ACA je stejným příznakem kolaterální hemiparéza se snížení citlivosti postižené strany. Fatickou poruchou je léze dominantní hemisféry. Postižení nedominantní mozkové hemisféry představuje prostorovou dezorientaci, neglect syndrom a apraxii. Vodítkem k rozeznání ACM může být, že oči a hlava postiženého směřují k lézi.
- **Uzávěr vertebrobasilární povodí (VB)** – oboustranné postižení arteria cerebri posterior, při kterém vzniká slepota, při částečné ischemii některého z povodí této tepny způsobuje poruchu poznávání vjemů, barev. (Seidl, 2023, s. 193–195)

2.2.3.2 Hemoragické příznaky dle lokalizace

- **Lokalizace supratentoriální** – krvácení je v části nad tentoriem, zasažená může být většina mozku mimo mozkový kmen a mozeček. Projevuje se ochrnutím poloviny těla, poruchou nebo ztrátou řeči, snížení citlivosti poloviny těla, výpadkem poloviny zorného pole.
- **Lokalizace v mozečku** – dyskoordinace pohybů, motorická porucha řeči, nekontrolovatelné pohyby očí, závratě. Často dochází k vzestupu nitrolebního tlaku doprovázeného rozvojem hydrocefalu (hromadění mozkomíšního moku v mozkových komorách) při krevním výronu do likvorových cest z důvodu zamezení průchodnosti krevními sraženinami.
- **Lokalizace v pontu** – úplné ochrnutí všech končetin, mióza (zúžení zornic), zvýšená tělesná teplota, okohybné a dechové poruchy.
- **Intravertikulární krevní výron** – krvácení do mozkových komor. Obvyklým příznakem je rychlá ztráta vědomí.
- **Subarachnoideální lokalizace** – způsobuje meningeální syndrom, což je soubor subjektivních a objektivních příznaků v důsledku dráždění mozkových plen a nervových kořenů. Řadí se sem příznaky jako silné bolesti hlavy, zvracení,

světloplachost, ztuhlost šíje a v pokročilých stádiích změny vědomí. (Huynh An Thienem, 2021)

2.2.3.3 Celkové hemoragické příznaky

- U krvácivých příhod se častěji setkáme s celkovými příznaky, jako jsou bolesti hlavy, nauzea (pocit nevolnosti) a porucha vědomí. Dle Bartůňka „*Jen subarachnoidální krvácení má zcela specifický klinický obraz. V úvodu může být krátká porucha vědomí, avšak téměř vždy nastupuje prudká bolest hlavy, často se zvracením.*“ Symptomy onemocnění vznikají na podkladě prudkého zvýšení nitrolebního tlaku. (Bartůňek, 2016, s. 432) Mnohdy je hemoragická příhoda vyprovokována předchozím náhlým rozčilením, zvýšenou tělesnou aktivitou a zvýšeným krevním tlakem. (Seidl, 2023, s. 205)

2.2.4 Diagnostika

Významnou a nezastupitelnou roli v diagnostice onemocnění hrají zobrazovací metody. V souvislosti s akutní mrtvicí je výpočetní tomografie (CT - Computed Tomography) mozku stále nejběžnější a nejrozšířenější zobrazovací metodou. V počátcích mělo nativní CT vyloučit intrakraniální krvácení a edém mozku. Díky vývoji a zavedení kontrastní látky (látka používaná v lékařských diagnostických postupech zvyšuje absorpci rentgenových paprsků) se CT angiografie (CTA) stala běžnou metodou a brzy se přidala CT perfuze (CTP). Dalším příkladem z palety diagnostických metod, může být magnetická rezonance (MR), která je však v akutní fázi využívána jen minimálně. Z důvodu naléhavosti vyšetření zobrazení, cenové dostupnosti a specifických indikací, je zobrazení CT preferovanější. (Cimflová, 2019)

Každý pacient by měl být po absolvování CT či MR následně vyšetřen na etiologii cévní mozkové příhody. Pro představu se jedná o níže uvedená vyšetření.

Diagnostika embolizace ze srdce:

- **Transtorakální echokardiografie (TTE)** – „základní vyšetření vhodné i pro pacienty se známým rizikovým zdrojem embolizace (např. fibrilace síní).“ (Tomek, 2019)
- **Vstupní EKG a dále nepřetržitá monitorace EKG.**

- **Kardiální markery** – tropinin I nebo T, které se odebírají 3x v odstupu 6 hodin, NT-proBNP.

Diagnostika stenózy velké mozkové tepny:

- **Ultrazvuk (UZ) mozkových tepen,**
- **CTA.**

Diagnostika postižení malých mozkových cév:

- **Magnetická resonance** – Mnohem vhodnější než CT je v tomto případě magnetická rezonance. Je to z důvodu zhodnocení, zda se jedná o čerstvou ischemii, postižení malých tepen nebo přítomnost mikro krvácení. CT v tomto případě dává jen velmi orientační představu.

Diagnostika protrombického času:

- **Provedení odběru APTT, PT, TT a d – dimeru.**

Diagnostika rizikových faktorů aterosklerózy:

- *„U každého pacienta je vhodné stanovit laboratorní hodnoty lipidového metabolismu (celkový cholesterol, triglyceridy, HDL a LDL), glykemický profil a glykosylovaný hemoglobin, renální funkce. Standardem je monitorace krevního tlaku, a to po dobu nejméně 72 hodin. (Tomek, 2019)*

2.2.5 Primární prevence CMP

Přestože existují značné pokroky v léčbě, důležitou rolí obdobně jako u většiny onemocnění hraje prevence klíčovou roli v udržení zdraví a snižování rizika onemocnění. Riziko vzniku CMP můžeme snížit za předpokladu **primární prevence**. Ta představuje opatření přijímaných k zamezení vzniku onemocnění a je zaměřena na zdravé jedince. (Kisling, Das, 2023). Aktivním vyhledáváním pacientů se zvýšeným rizikem a následnými intervenčními kroky můžeme předcházet vzniku onemocnění. Rizikové faktory můžeme dělit na **ovlivnitelné** a **neovlivnitelné**. (Souček a Svačina, 2019, s.413)

2.2.5.1 Ovlivnitelné faktory

V rámci prevence CMP bychom se měli vyvarovat následujícím faktorům:

- **Hypertenze** – jde o stav, kdy po opakovaném měření krevního tlaku je naměřeno $\geq 140/90$ mm Hg. Hypertenze je jedním z podstatných faktorů jak pro hemoragickou, tak pro ischemickou formu iktu. Klinické studie prokazují, že léčba hypertenze změnou životního stylu i farmakoterapií významně snižuje výskyt cerebrovaskulárních onemocnění a úmrtnost. (Hankey, 2017)
- **Onemocnění srdce** – faktorem pro cévní mozkové příhody z důvodu embolizace je fibrilace síní. Profylakticky se doporučují antikoagulační léky, především nová perorální antikoagulancia (NOAC). (Sabih, 2023)
- **Diabetes mellitus 2. typu** – v případě onemocnění diabetes mellitus (metabolické onemocnění charakterizováno vysokou hladinou glukózy v krvi z důvodu nedostatku nebo úplného deficitu inzulínu) je nutné dodržovat vhodnou dietu a zvýšit fyzickou aktivitu. Diabetici jsou sledováni v diabetologických poradnách, kde se monitoruje hladina glykémie. Dle výsledků lékař aplikuje farmakologickou léčbu, která glykémii snižuje. Využívá se buď podáváním perorálních antidiabetik, nebo aplikace inzulínu. (Slezáková, 2023, s.166 - 174)
Několik studií prokázalo, že inzulínová rezistence přispívá k okluzi cév a kardiovaskulárním onemocněním. Diabetici 2. typu mají zvýšenou predispozici k rozvoji aterosklerotického procesu. (Kaur, 2018)
- **Kouření** – to že kouření není prospěšné je obecně známý fakt již mnoho let. Kuřák má až dvojnásobné riziko CMP oproti nekuřákovi. Objektivně vyšší riziko je u žen, které navíc užívají hormonální antikoncepci a trpí migrénami. U lidí, kteří přestanou kouřit, se riziko vzniku iCMP sníží až o 50 %.

- **Obezita** – obezita zvyšuje predispozice pro onemocnění kardiovaskulárního systému a iCMP. Herzig uvádí, že nedávné studie týkající se ischemické mozkové příhody prokázaly jako významný rizikový faktor abdominální obezitu (nahromadění tukové tkáně v oblasti středu těla).
- **Abusus alkoholu** – studie ukazují souvislost užívání alkoholu a onemocnění hemoragickou mrtvicí. „*V některých studiích měla křivka závislosti rizika rozvoje CMP na konzumaci alkoholu tvar písmene J. U osob s konzumací malých dávek (do 12–20 g čistého alkoholu denně) bylo pozorováno snížení rizika všech typů CMP, u osob s konzumací středních dávek (15–30 g čistého alkoholu denně) snížení rizika ICMP ve srovnání s totálními abstinenty, ale u abuzérů (s pravidelnou konzumací více než 60 g čistého alkoholu denně) pak riziko rozvoje iktu naopak exponenciálně narůstalo.*“ Ochranný účinek konzumace malých dávek alkoholu je vysvětlováno zvýšením hladiny HDL cholesterolu a endogenní aktivací plazminogenu (protein podílející se na rozpouštění krevních sraženin). Naopak vyšší konzumace alkoholu se projeví zvýšením krevního tlaku, zvyšuje se riziko výskytu srdeční arytmie a dalších onemocnění spojených s poruchou srdeční funkce. (Herzig, 2014, s. 18-20)
- **Dyslipidémie** – vysoké hladiny cholesterolu zvyšují riziko ischemické mozkové mrtvice. Naopak nízké hladiny cholesterolu zvyšují riziko mrtvice hemoragické. (Tsivgoulis, 2018)
- **Fyzická inaktivita** – Fyzická nečinnost je velkým problémem. Pokud je jedinec aktivní, tak nejenže předchází riziku mrtvice, ale stimuluje kardiovaskulární systém, snižuje inzulinovou rezistenci a zlepšuje si psychický stav. (Ghozy, 2022)

2.2.5.2 Neovlivnitelné faktory

Faktory, které nelze žádným způsobem ovlivnit:

- **Věk** – kumulativním účinkem věku se riziko výrazně zvyšuje, a to především po 55. roce života člověka. Po 80. roce života se riziko onemocnění CMP zdvojnásobuje.
- **Pohlaví** – muži disponují vyšším předpokladem pro nemoc než ženy. Naopak ženy mají výrazněji horší prognózu.
- **Rasa/ etnikum** – černošská a hispánská rasa je více náchylná k onemocnění ve srovnání s rasou bílou. Příčina tohoto faktoru není známá/zřejmá.

- **Genetické predispozice** – V případě pozitivní rodinné anamnézy stoupá riziko onemocnění. Avšak nejen genetika jako taková, ale i sdílení obdobného životního stylu života a nezdravé stravovací návyky v rodině je významným faktorem. Tyto faktory ale řadíme mezi ovlivnitelné. (Seidl, 2015, s.191)

2.2.6 Sekundární prevence

Konkrétní metody sekundární prevence závisí na typu CMP. Sekundární prevence CMP zahrnuje určitá opatření, které mají za cíl zabránit dalšímu zhoršení stavu pacienta. Jedná se tedy o péči následnou, po prodělání CMP. Prevence vyplývá z ovlivnitelných rizikových faktorů. Mimořádně důležitou intervencí pro sekundární prevenci je **farmakologická léčba hypertenze, antiagregační léčba, statiny léčená dyslipidemie**, a v případě onemocnění diabetes mellitus **korekce glykémie**.

Typy sekundární prevence:

- **Farmakologická léčba hypertenze** – jeden z nejdůležitějších opatření v sekundární prevenci je léčba vysokého krevního tlaku. Pacientům po prodělání iCMP nebo prodělání TIA, kteří dříve nebyli léčeni a dosahují arteriálního tlaku krve (TK) ≥ 140 nebo diastolický TK ≥ 90 mmHg, je doporučeno zahájit antihypertenzní léčbu (léčba vysokého krevního tlaku). U pacientů již léčených antihypertenzivy (léky snižující TK) v akutní fázi iCMP se obvykle léčba přerušuje z důvodu nedostatečných informací přínosu terapie. Výjimkou je stav, kdy pacient disponuje hodnotami TK $> 220/120$ mm Hg.
- **Antiagregační léčba** – antiagregancia jsou léky, které ovlivňují funkce trombocytů (krevních destičky zastavující krvácení) a mění tak srážlivost krve. Bývá upřednostňován před antikoagulační léčbou, je prevencí opětovného návratu iCMP nebo onemocnění srdce a cév, které nejsou způsobeny kardiálním embolismem. Dle doporučení European Stroke Organisation (ESA) doporučuje léčbu pomocí kombinací kyseliny acetylsalicylové (ASA), dipyridamolu nebo clopidogrelem. Tato léčba vyžaduje individualní přístup s ohledem na rizika krvácení a toleranci pacienta.

- **Statiny léčená dyslipidemie** – dyslipidemie je stav abnormálního množství lipidů v krvi, který může vést k tvorbě plátů v cévách. Statiny inhibují produkci cholesterolu v játrech, a tím snižují množství cholesterolu v krvi. Přestože chybí nepochybné důkazy o tom, zda zahájit léčbu pacientů po CMP statiny, velké studie prokázali snížení recidivy o 16 % oproti léčbě placebem. (Cífková, 2015)
- **Korekce glykémie** – jak již bylo zmíněno v primární prevenci, dekompenzovaný diabetes mellitus je nutno korigovat vhodným příjmem sacharidů v potravě a zvolením vhodné farmakologické terapie lékařem. (Slezáková, 2023, s.166 - 174)

2.2.7 Péče o pacienty po CMP

Pokrok medicíny v reperfuční terapii se stále vyvíjí a zlepšuje. Moderní péče nekončí propuštěním pacienta z JIP, ale navazuje rehabilitační péčí. (Anaya, 2019)

Včasná rehabilitace je pro pacienty s CMP klíčovou pro pozdější návrat k běžnému životu a překonávání nemoci. Rehabilitace jako taková začíná již na iktových jednotkách, kam jsou pacienti přijímáni. Po odeznění akutní fáze a stabilizaci se pacienti překládají na rehabilitační oddělení. Na péči o pacienta se podílí multidisciplinární tým, který se skládá z lékaře, zdravotních sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů, sociálních pracovníků a pomocného ošetrovatelského personálu. Rehabilitace cílí na začlenění pacienta zpět do společnosti, obnovu pohyblivosti, rovnováhy, koordinace a síly. (Slezáková, 2014, s.40)

Základem péče o pacienta po CMP je odebrání ošetrovatelské anamnézy se zaměřením na aktuální obtíže, předešlé onemocnění, genetické predispozice a informace o psychickém stavu. Mezi další důležité údaje patří sociální stav, rizikové faktory, životní styl a spirituální potřeby. (Slezáková, 2014, s.11)

Po příjmu pacienta zdravotní sestra posuzuje, jak pacient zvládá denní aktivity v oblastech stravování, spánku, vylučování a hygienické péče. Pro objektivní posouzení pacientů slouží test Barthelové (ADL) – test zvládání denních aktivit nebo test instrumentálních činností (IADL) a následné vyhodnocení testů. Na základě výsledků je vždy nezbytné stanovit individuální přístup k jednotlivým pacientům, dodržovat správnou techniku, metodu a přizpůsobit tempo rehabilitace akutnímu stavu pacienta a jeho reakcím. (Slezáková, 2014, s.15)

Obtíže po CMP:

U pacientů se následkem proděláním cévní mozkové příhody rozvíjejí různé obtíže. Nejčastějším problémem se kterým se pacienti setkávají je porucha parézy, jinak označovaná jako **syndrom centrálního motoneuronu**. Svalová síla se snižuje oproti tomu svalový tonus (stažení kosterních svalů v klidu) se zvyšuje. Jedná se o takzvanou **spasticitu**. Dále se objevuje **dysartrie, dysfonie** nebo **dysfagie**.

Spasticita – nevzniká ihned po proděláním iktu. V tomto období je typická svalová hypotonie neboli snížení napětí svalů. Obávanou komplikací, která může vzniknout následkem spasticity je patologické zkrácení svalů, kloubů nebo šlach – kontraktura. Kontraktury způsobují patologické postavení končetin a omezují jejich funkčnost.

- **Spastický vzorec horní končetiny** – pacient má nataženou paži (addukce) a zároveň je přítomna vnitřní rotace. Postavení lokte je v ohnutí směrem k paži. Též je na tom zápěstí, které je ve flexi s prsty vtlačené do pěsti.
- **Spastický vzorec dolní končetiny** – kyčelní kloub má postavení ve flexi, koleno a noha natažené – v extenzi, noha vbočená dovnitř s natažením palce. Léze v kortikální oblasti bývá s částečným ochrnutím jedné poloviny těla. Při zasažení dominantní části je přítomna porucha produkce a porozumění řeči neboli afázie. Pokud je zasažena část nedominantní, objevuje se neglect syndrom, porucha zrakové a prostorové orientace. U léze subkortikální je často hemiparéza, kde stav paže a nohy je obdobný. Neblahým dopadem hemiparézy je porucha čítání, prognóza bývá v tomto případě horší. Dalším nežádoucím jevem po proděláním CMP je bolest postiženého ramene. Důvodem je oslabení svalů ramene, které udržují stabilitu. Vzniká subluxe (neúplné vykloubení) nebo luxace (úplné vykloubení z ramenní jamky). Nepříjemné bolesti ramene brání v rehabilitaci celé končetiny a bolest zasahuje i do stereotypu chůze. Cílem rehabilitace s parézou končetin není jen obnovení hybnosti, ale také správné zacházení s postiženou končetinou, zlepšení soběstačnosti a opětovné sociální začlenění pacienta. (Kalvach, 2010, s.365)

Dysartrie – představuje následnou motorickou poruchu řeči, kterou trpí až polovina pacientů, kteří prodělali CMP. Projevuje se nesprávnou artikulací, zpomalenou nebo nesrozumitelnou řečí. Vokalizace (změna hlásky v samohlásku) jako taková je motoricky složitý proces, podílí

se na ni mnoho svalů a svalových skupin. Činnost je koordinována množstvím nervových interakcí. Svaly, které se podílí na řeči jsou mimické svaly, žvýkací svaly úst, jazyka, měkkého patra, hltanu a hrtanu, mimo jiné také svaly expirační. Terapie, které spočívají v relaxaci svalů obličeje, žvýkacích svalů a jazyky, provádí logoped a ergoterapeut. Terapie dále zahrnuje trénink bráničního dýchání a stimulaci reflexů obličeje a úst. (Konečný et al, 2016, 317)

Dysfonie – označení pro poruchu tvorby hlasu spojená s poruchou produkce zvuku. Často se zaměňuje za chrapot, který je příznakem změněné kvality hlasu. (Neighbors, 2022)

Dysfagie – obtížné polykání nebo úplná nemožnost polknutí potravy. S tímto problémem se potýká 20-65 % pacientů po mrtvici. V prostředí České republiky se pro hodnocení dysfagie používají dva testy:

- **The Gugging Swallowing Screen (GUSS)**

GUSS test odhaluje kvalitativní a kvantitativní schopnost polykání a hodnotí rizika aspirace. Schopnost polykání tuhé stravy, zahuštěných tekutin, vody a následná reakce kašlem, změnou hlasu po polknutí nebo drooling (vytékání slin nebo potravy z úst) se hodnotí dle standardizovaného klinického formuláře. Skóre je na stupnici od 0-20 bodů, kde vyšší počet bodů představuje lepší výsledek. Dle výsledků je doporučena vhodná úprava stravy a tekutin.

- **Functional Oral Intake Scale (FOIS).**

FOIS – klinické hodnocení přijímání potravy s ohledem na konzistenci stravy a času nutného pro požití potravy. Hodnotící škála je od neschopnosti užití stravy, (1) až po bezproblémovou konzumaci stravy (7).

Cílem testu je zajistit vhodný příjem potravy. Porucha polykání se může kompenzovat například nazogastrická sonda – NG nebo PEG či parenterálně. U lehčích forem volíme vhodné potraviny a úpravu jejich konzistence. (Konečný et al, 2017 s.579)

2.3 Kvalita života po CMP

V posledních dvou dekádách se akumulují významné poznatky o kvalitě života po CMP, ale doposud neexistuje jednotná definice. Díky obecnému pokroku léčby se život osob prodlužuje, ale zároveň přibývají chronicky nemocní, na které byly právě výzkumy kvality života zprvu zaměřeny. Tyto výzkumy ukazují, že není dostatečné posuzovat člověka, zda je zdravý či nikoli, ale důležité identifikovat a zhodnotit faktory, které ovlivňují naše zdraví. Do kvality života řadíme sociální, psychické a behaviorální determinanty vztahující se ke zdraví. (Mandincová, 2011, s.52)

Otázky kvality života úzce souvisí se zdravím. Zdraví je důležitou součástí (často jsou nezbytným předpokladem) plnohodnotného (kvalitního) života. Zřejmé je, že pokud podpoříme fyzické a duševní zdraví, můžeme tím zvýšit jejich subjektivně a objektivně vnímanou kvalitu života, včetně vnímání péče o sebe samého, pracovní schopnosti a další interakce s okolním světem. (Heřmanová, 2012, s. 63)

Chceme-li definovat zaměření kvality, je nutné určit si, co bude předmětem a co je jeho standard, se kterým bude porovnávána. (Gurková, 2011, s.21)

Mezi další určující faktory jistě patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, druh zaměstnání, kulturní a náboženské postoje.“ (Vaňásková, Blanař, 2013)

2.3.1 Hodnotící škály kvality života

Máme celou řadu metod, jak kvalitu života hodnotit. Volíme přístupy generické a nebo specifické nástroje. Literatura uvádí ještě třetí speciální typ - neuropsychologické testy. Měříme-li kvalitu života pacientů se specifickým onemocněním, vhodnější variantou je použití specifických nástrojů. (Gurková, 2011)

Níže je uveden seznam a definice nejužívanějších metod měření kvality života.

- **SEIQoL** – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Systém individuálního hodnocení kvality života) je metoda založená na rozhovoru s jedincem, kde měřítkem kvality života je výpověď respondenta. Respondent uvede 5 nejdůležitějších cílů, které považuje za životní priority. U každého daného cíle hodnotí míru spokojenosti a jeho dosažení v procentech, spodní hranicí je 0 %, horní 100 %. Následně doplní procenta priority daných cílů. (Zeman, 2008)

- **WHOQOL** – dotazník světové zdravotnické organizace, který má 100 otázek, 25 podoblastí, rozděleno do 6 okruhů. Okruhy se týkají: fyzického zdraví, oblasti psychologické, úroveň nezávislosti, prostředí, sociální vztahy a spiritualita. Později byl dotazník pro jeho rozsáhlost zkrácen a vznikl WHOQOL-BREF se 4 okruhy: fyzický, psychologický, sociální oblast a prostředí, se 26 podoblastmi. (Rogalewicz, 2017)
- **SF-36** – (short form - 36) tento dotazník zjišťuje kvalitu v 8 doménách.

Zahrnuje:

1. limitace ve společenských aktivitách
2. limitace fyzických aktivit z důvodu zdravotních problémů
3. limitace v běžných aktivit z důvodu fyzického zdraví
4. tělesnou bolest
5. duševní zdraví
6. limitace z důvodů citových
7. vitalita
8. obecný pocit zdraví

Lze ho vyplnit poměrně v krátkém časovém horizontu a zároveň byl prokázán jako validní nástroj pro měření kvality života z pohledu zdraví pacienta. Položky v dotazníku jsou hodnoceny na pětibodové škále od 1 – výtečné po 5 – špatné. Bylo ověřeno, že tento dotazník je vhodný pro neurologicky nemocné, tedy pro pacienty po cévní mozkové příhodě či s roztroušenou sklerózou (RS). (Reifenauer, 2018)

2.4 Střední věk života

„Počínaje středem života zůstává živoucí jen ten, kdo chce s životem zemřít. Neboť to, k čemu dochází v tajemné hodině životního poledne, je obrat paraboly, zrození smrti. Život druhé poloviny života neznamena vzestup, rozvoj, rozmnožení, životní rozmach, nýbrž smrt, neboť jeho cílem je konec. Nechtít svůj životní vrchol je totéž jako nechtít svůj konec. Obojí znamená: nechtít žít. Nechtít žít znamená totéž co nechtít zemřít.“ (Jung, 1994, s. 109)

Střední věk života nebývá jednoznačně vymezen. Charakterizovat jej můžeme do části života, která se nachází mezi mládím a stářím. Dřívější literatura vymezila počátek středního věku již od 30. roku života, což je v dnešní době již překonané.

Hranice spodní střední dospělosti se v dnešní době posunuje nad 40. rok života. Prožívání tohoto období je individuální, někteří jsou v tomto období již prarodiči, další teprve zakládají rodinu. (Blatný, 2017, s. 141-142)

Ve středním věku života jedinci prochází různými změnami.

- **Fyzické změny:** V první polovině střední dospělosti nejsou patrné výrazné změny, které by měly dopad na fyzický stav člověka. Zdravotní stav je ovlivněn celkovou životosprávou a významnou roli hraje zdravý životní styl, tedy stravovací návyky, pohybová aktivita a abusus návykových látek. Předěšlé faktory ovlivňují sekundární stárnutí, jak v pozitivním, tak negativním důsledku. Druhá polovina je spojena s viditelnými změnami vzhledu a celkovou funkcí organismu. Tyto změny hůře zvládají ženy, které u nich často vedou k významné nespokojenosti.
- **Psychické změny:** Nastávají zde změny v prožívání emocí. Klíčové jsou sociální a rodinné vztahy. Hlavně v druhé části středního věku života mají emoce vliv na vznik deprese z důvodu hormonální nerovnováhy u žen (začátek menopauzy). I problémy a změny v partnerském životě zvyšují riziko vzniku deprese. (Blatný, 2017, s. 143-144)
- **„Krise středního věku“:** Za příčiny vzniku mohou konkrétní životní situace. Příkladem může být kariérní neuspokojení, zdravotní či sexuální problém spojen s citlivou osobností a typem temperamentu. Určující faktory mají za následek buď duševní problémy, které se projeví v psychické rovině, fyzické rovině nebo obou rovinách. (Hrdlička, 2021, s. 73 – 74)

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

V praktické části jsou zachycena získaná data kvalitativním výzkumem pomocí polostrukturovaného dotazníku. Tento typ výzkumu je vodný pro zkoumání dat do hloubky, proto můžeme podrobně popsat danou problematiku. Nevýhodou oproti kvantitativnímu výzkumu je, že data nelze použít například na celou populaci. Další nevýhodou je časová náročnost.

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je zjistit, jakým způsobem cévní mozková příhoda ovlivnila kvalitu života.

Dílčí cíle

Dílčí cíl 1 - Zjistit a posoudit tělesný stav respondenta.

Dílčí cíl 2 - Prozkoumat, jak se onemocnění podepsalo na psychice respondenta.

3.2 Metodika

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena metoda **kvalitativního výzkumu**. Pojetí kvalitativní výzkum zahrnuje hloubkový a polostrukturovaný rozhovor, které mají za úkol získat komplexní přehled o dané problematice. Čerpat data můžeme z pozorování a rozhovoru s respondenty. (Švaříček et al., 2014, s. 13) Polostrukturovaný dotazník obsahuje šest oblastí, do níž byly zařazeny otázky k získání potřebných informací. Pro interpretaci byla zvolena tematická analýza dat.

3.2.1 Tematická analýza dat

Tematická analýza je metoda, která slouží k identifikaci, analýze a interpretaci klíčových témat. Hlavním účelem je organizovat tyto data a detailně je popisovat. Metoda tematické analýzy je často používaná v psychologii, sociologii a dalších oborech, kde se zkoumá kvalitativní obsah rozhovorů, textu nebo jiných zdrojů dat.

Výhodou tematické analýzy jsou různé varianty, pro které se může výzkumník rozhodnout. Je to například otevřené kódování, kde se výzkumník zaměřuje na základní části dat, které lze popsat smysluplným způsobem. Pro uzavřené kódování jsou předem určené kategorie. Tematická analýza je přístupnější variantou pro nezkušené výzkumníky, neboť nevyžaduje detailní teoretické a technické znalosti přístupů, jako je například zakotvená teorie.

Výsledkem tematické analýzy je vytvoření kostry smysluplného analytického příběhu, který vyjmenuje všechny proměnné a ukáže jejich vzájemné vztahy. Tato kostra je základem pro výzkumnou část.

Tematická analýza je také součástí kvalitativní obsahové analýzy, která zahrnuje řadu dalších analytických postupů, jako je narativní analýza, kritická diskurzivní analýza nebo interpretativní fenomenologická analýza. (Braun a Clarke, 2006)

Dle Braun a Clarke (2006) je vhodné postupovat v šesti krocích, které se vícekrát prochází, aby se zamezilo ztrátě důležitých dat.

1. Seznámení se s daty

Prvním krokem je opakované pročitání získaných dat. Hlavním smyslem je identifikace dat a získání prvních kódů.

2. Generování počátečních kódů

V rámci druhého kroku je vytvořit část kódů, které jsou považovány výzkumníkem za důležité. Záměrem je vyhledat vzorce a rysy, které se opakují.

3. Identifikace témat

Podstatou této části je ověření a přezkoumávání již stanovených kódů do obecného téma. V daném tématu můžeme rozlišovat několik úrovní, jakožto hlavní téma a přiřazených subtémat.

4. Přezkoumávání témat

Čtvrtým krokem se výzkumník znovu vrací k posouzení a prochází text s přidělenými kódy.

5. Definování a pojmenování témat

V tomto kroku jde hlavně o identifikování samostatného tématu a o čem téma vypovídá. Uvažujeme nad tématy samotnými, ale i nad jejich možným propojením.

6. Podání zprávy

Závěrem je sepsání výsledků analýzy a identifikovaných témat. (Braun a Clarke, 2006)

3.3 Průzkumné otázky

Ze stanovených cílů bylo vybráno 6 oblastí s otázkami, které pomohou zjistit, jak se onemocnění dotklo jedince.

1. Jak ovlivnilo CMP každodenní život respondentů?
2. Jak se změnil psychický stav respondentů po CMP?
3. Změnili se hodnoty respondentů po onemocnění?
4. Jaký vliv má CMP na sociální vztahy?
5. Pociťují respondenti zvýšenou únavu po CMP?
6. Ovlivnilo prodělání cévní mozkové příhody spánek?

3.4 Přípravná fáze průzkumného šetření

Přípravná fáze průzkumného šetření začala v listopadu 2023 a trvala do prosince 2023. Tato fáze byla věnována odbornému studiu literatury, zjišťování problematiky po prodělání cévní mozkové příhody, tvorbu a formulaci otázek k polostrukturovanému rozhovoru a následný pilotní rozhovor. Otázky v dotazníku byly inspirované Severoamerickou asociací pro mezinárodní ošetřovatelskou diagnostikou (North American Association for Nursing Diagnosis International). Nápomocí mi byly také zkušenosti ze zaměstnání v rehabilitačním ústavu, který se zabývá také péčí o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě.

Kritéria pro zařazení do průzkumného šetření:

- Souhlas respondenta s průzkumem
- Potvrzení diagnózy CMP
- Věkové rozmezí respondentů od 45-60 let dle definice středního věku WHO
- Schopnost porozumět otázkám a vést rozhovor
- Dosažení minimálně 25 b. v MMSE testu
- Schopnost spolupráce

Vyřazovací kritéria:

- Kvalitativní a kvantitativní porucha vědomí
- Senzorická nebo globální afázie
- Další druhy onemocnění, které by mohly způsobovat zkreslení výsledků průzkumu

3.4.1 Pilotní rozhovor

Otázky průzkumného šetření spolu s informovaným souhlasem byly schváleny vedoucím práce. Následovalo schválení náměstkyní ošetrovatelské péče o provedení průzkumu v rehabilitačním ústavu a odprezentování staniční sestře lůžkového oddělení. Z důvodu ujištění, zda jsou otázky pro pacienta pochopitelné a správně formulované byl proveden pilotní rozhovor s pacientem po CMP v listopadu 2023. Byly provedeny jen minimální úpravy řazení otázek.

3.5 Realizace, sběr dat a charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumné šetření začínalo koncem prosince 2023. Respondenti byli vybráni dle lékařské diagnózy a ročníku narození. Věkové rozmezí se pohybovalo od 45–60 let. Byla zvolena střední věková kategorie, protože se jedná o lidi v pracovním nasazení starající se o své děti a zároveň často i o své rodiče. Prodělání CMP významně narušuje kvalitu jak jejich života, tak života osob blízkých. Pro zařazení respondentů do průzkumu byla nutná jejich schopnost vést rozhovor a přiléhavě reagovat na kladené otázky.

Následovalo oslovení vytipovaných respondentů, dotázání se, zda souhlasí se zařazením do průzkumného šetření a domluvení termínu průzkumného rozhovoru. Zúčastnilo se ho 6 respondentů, z nichž byla jedna respondentka žena, zbylých pět respondentů byli muži. Respondenti byli seznámeni s informovaným souhlasem, který zahrnuje: základní informace o průzkumu, informace o nahrávání rozhovoru a příslib zachování anonymity. Po stvrzení informovaného souhlasu dostali respondenti také kontakt v případě dodatečného odstoupení z průzkumného šetření. Veškeré rozhovory byly prováděny na pokojích respondentů, a tím bylo zaručeno soukromí. S vymezením dostatečného času na sběr dat byl proveden MMSE neboli krátký test kognitivních funkcí. Kritérium pro zařazení do průzkumu bylo dosažení minimálně 25 bodů. Následoval polostrukturovaný rozhovor, který byl nahráván na diktafon. Jako poslední byl proveden dotazník SF – 36.

Tabulka 1 znázorňuje základní charakteristiku respondentů.

Tabulka 1 - Charakteristika respondentů

Respondent	Pohlaví a věk	Forma a rok prodělání CMP	Zaměstnání	MMSE
Respondent č.1	Muž, 57 let	Ischemická, 12/2022	Invalidní důchod, dříve Zemědělec	27 b.
Respondent č.2	Muž, 45 let	Hemoragická, 7/2012	Invalidní důchod, dříve výzkumník	25 b.
Respondent č.3	Muž, 54 let	Ischemická, 8/2023	OSVČ – vzduchotechnika a klimatizace	30 b.
Respondent č.4	Muž, 60 let	Ischemická, 12/2023	zásobovač	30 b.
Respondent č.5	Muž, 59 let	Ischemická, 6/2020	Malíř, natěrač	25 b.
Respondent č.6	Žena, 55 let	Ischemická 12/2023	Plánovačka v závodě	29 b.

Tabulka 2 znázorňuje výsledky dotazníku

Tabulka 2 - Výsledky SF - 36

SF – 36	Fyzická aktivita	Omezení fyzické	Omezení způsobení	Vitalita	Celkové psychické	Společenská aktivita	Tělesná bolest	Celkové vnímání	Změna zdraví
R1	20 %	0 %	100 %	80 %	80 %	88 %	68 %	40 %	25 %
R2	50 %	50 %	100 %	60 %	80 %	88 %	100 %	60 %	50 %
R3	95 %	50 %	100 %	75 %	84 %	100 %	100 %	65 %	50 %
R4	90 %	25 %	67 %	65 %	72 %	75 %	45 %	65 %	100 %
R5	80 %	50 %	100 %	80 %	80 %	75 %	48 %	70 %	50 %
R6	35 %	0 %	100 %	35 %	44 %	88 %	20 %	40 %	25 %

3.6 Technika vyhodnocení dat

Zaznamenané rozhovory byly z diktafonu přepsány do Microsoft Word. Tyto rozhovory nebyly upravovány, tudíž se jedná o doslovnou transkripci. Ze získaných dat byly vybrány oblasti zahrnující každodenní život, psychiku, změnu hodnot, sociální interakce, zvýšenou únavu a poruchy spánku. Tyto oblasti byly rozkódovány a uspořádány do kategorií.

3.7 Interpretace dat

Tato kapitola se bude věnovat interpretaci zjištěných dat z polostrukturovaných rozhovorů. Zde jsou data uspořádány do pěti základních kategorií. Získané data byly rozkódovány a uspořádány.

První kategorie představuje každodenní život s kódy zhoršená chůze, chůze s kompenzační pomůckou, chůze s oporou i bez opory, dopomoc v denních činnostech a soběstační, rehabilitace celkové zlepšení a částečné zlepšení.

Druhá kategorie je psychika stránka respondentů. Byli přiřazeny následující kódy: úzkosti, radost, optimismus, vztek, vyrovnanost, změnu hodnot.

Třetí kategorii jsou změny hodnot a postoje. Nalezneme tu kódy změny pohledu na svět a bez změny hodnot.

Čtvrtá se zabývá sociální interakcí rozděleny do dvou následujících kódů podpora od rodiny a přátel, změna přístupu blízkého okolí.

Pátá zvýšenou únavu byla též rozdělena na dva kódy zvýšená potřeba odpočinku, bez změny. Poslední šestá kategorie se zabývá spánkem a byli přiřazeny kódy stejná kvalita spánku a spánek bez změny.

3.7.1 Každodenní život

Zhoršení chůze

První z podkategorie fyzických zdatností a omezení pohybu byla zvolena zhoršená chůze. V interpretaci si můžeme všimnout, že zhoršení chůze se objevila u všech respondentů. Respondenti (R1, R2, R5 a R6) popisují zhoršení chůze: „Člověk nemůže chodit pořádně, ta ruka se vůbec nehýbe“ (R1). „Chůze se mi zhoršila.“ (R2). „Nohu mám skoro dobrou, ale stále mě to omezuje v chůzi“ (R5). „Změnila se mi chůze a ta pravá ruka mě neposlouchá“. (R6) V rozhovorech s respondenty (R3, R4) je zmíněna navíc nejistota při chůzi. „Chůze je horší, nejsem si jistý při chůzi. Chůze je nejistá. Hůř vidím na levé oko. To je v mozku a dělá to kus, který nevidím. Ale teď už ta chůze vypadá jinak. Když jdu rychle, tak je to skoro dobrý. Když jdu pomalec, tak ta stabilita je horší.“ (R3) „Není to úplně ono. Ta levá ruka se mě už nějak srovnala, ale ta levá noha, ta prostě je nějak ochablá. Mění se to během i té chůze, mám takové momenty, že třeba když jdu, a prostě se soustředím a jdu pravidelně, tak to jako odezní, když bych to takhle nazval, a pak přijde nějaký moment, nebo musím udělat prostě nějaký schod nebo nad úroveň překážku, tak mě to zase rozhodí. Když jsem v nějakém stereotypním cyklu té chůze, tak se cítím jistě.“ (R4)

Chůze s kompenzační pomůckou

Další podkategorie zahrnuje chůzi s kompenzační pomůckou. Respondenti (R1, R2) udávají chůzi o jedné holi. „*Tenhleten klacek (smích, ukázal na čtyřbodovou hůl*“ (R1) „*Ano používám jednu vycházkovou hůlku.*“ (R2). Jistou chůzi pro respondentku č. 6 znamená rolátor. „*Ano, chodím o rolátoru. S tím jsem si jistá. Předtím jsem chodila o vysokém chodítku.*“ (R6)

Chůze s oporou i bez opory

Respondent č. 4 momentálně k pohybu používá vycházkovou hůl, ale již zvládá chůzi i bez kompenzační pomůcky. „*Mě doporučují chodit s chodítkem, ale pak mě už dali hůlku. Tak jsem to včera vyzkoušel a docela mě to jako vyhovuje. Cítím to i na sobě, že ten posun tam je. Momentálně chodím o téhle „špacírce“ (vycházková hůl). Ta mě stačí, ale jsem schopen jít i bez toho.*“ (R4). Respondent č. 5 používá francouzskou hůl jen v zimním období z důvodu zvýšení stability na kluzkém náledí a předcházení rizika pádu, kdežto v létě chodí bez kompenzační pomůcky. „*Ano v zimě, když je náledí, tak jednu francouzskou hůl. V létě chodím bez pomůcky.*“ (R5)

Soběstačnost

Dopomoc při denních činnostech

Další shrnutí znázorňuje, jakou měrou jsou respondenti závislí na dopomoci při každodenních činnostech, jako je oblékání, stravování, hygienická péče a použití toalety. Tři respondenti (R1, R2 a R6) jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Respondenti (R1, R2) nezvládnou sami hygienickou péči. V rámci ranní a večerní hygieny potřebují drobnou dopomoc při aplikaci zubní pasty na kartáček z důvodu parézy horní končetiny. Při celkové koupeli je též nutná dopomoc. Respondent č. 1 uvádí: „*Nejnáročnější je pro mě oblékání, koupání. Tou pravou rukou se umeju, kam člověk dosáhne, levou rukou neudělám nic. Zvládnou se umýt tou pravou rukou, člověk na sebe dá sprcháč, ošplouchne se. To člověk jakš takš zmákne... Ale když si chce člověk vyčistit zuby, tak tu pastu na kartáček nedám. Tou jednou rukou to nerozdělám, levačkou si to nepodržím. Nic. Člověk potřebuje se vším pomoc..*“ (R1). Respondent č. 2 je na tom v rámci hygienické péče obdobně, při oblékání dále uvádí obtížné vázání tkaniček na obuvi. „*Čištění zubů, oblékání, s hygienickou péčí mi pomáhá matka. Ještě mám problém s vázáním tkaniček.*“ Při otázce, zda respondenty vedl aktuální stav ke stavebním úpravám a zlepšení tím sebepečce v celkové koupeli, respondent č. 1 zmiňuje: „*Máme tam jen vanu bohužel. Mám tam umístěné takové sedátko, tam si sednu a jdem se sprchovat.*“ (R1) Respondent č. 2 měl problém s přesunem do vany, proto pro zlepšení sebepečce byla vyměněna za sprchový kout. „*Ano*

předělávali jsme koupelnu. Měli jsme v koupelně vanu, kam jsem se nedostal. Předělávali jsme to na sprchový kout. (R2) Respondentka č. 6 hygienickou péči a oblékání zvládá sama, nejvíce ji trápí jemná motorika. Udává pokrok v oblékání a hygienické péči, dopomoc potřebuje při přípravě stravy. „Nyní už se sama obléknu a vykoupu. Já jsem se snažila. Všichni se mě snažili pochválit. To byly 3 dny a dali mě na pokoj jídlo a já jsem si řekla, ne, musím se snažit, musím se dostat do takového stavu, v jakém jsem byla. Né se nechat ošetřovat. Jinak jím vše lžící. Oblékání zvládám sama, vykoupu se sama. Nejde mi mazat a krájet jídlo, to musím dělat kdyžtak druhou rukou, nebo si to nějak napatlu, nebo mi to kolegyně nakrájí.“ (R6)

Soběstační

Respondentům (R3, R4 a R5) nedělají problém každodenní činnosti. Respondent č. 3 je limitován rovnováhou. Dobrou fyzickou kondici si udržuje cvičením. Na otázku, zda je limitován v denních aktivitách, odpovídá: *„Tam asi ani ne, krom té rovnováhy. Třeba předečtírem kolega koukal, jak jsem udělal 20 kliků. (smích). Já jsem byl zvyklej cvičit, tu fyzičku jsem měl. Stále se udržuju stejně.“ (R3) Dřívějším problémem bylo pro respondenta č. 4 ovládání jemné motoriky, nyní, dle sdělení, to již takový problém není, ale přetrvává brnění prstů. „V té levé ruce jsem tu motoriku neměl. Takže nejnáročnější pro mě bylo ovládání jemné motoriky. Doposud mě brní tyhle tři prsty. (ukazuje palec, ukazovák a prostředník). Takové jako mravenčení. No že bych měl teď vyloženě nějakou zábranu v něčem, že bych to nedokázal, tak to ne. Předtím, tak jsem byl omezen ve stravě, protože když jsem chtěl skloubit levou a pravou stranu, tak mě ta levá neposlouchala no.“ (R4) Poslední respondent č. 5 popisuje, jak to bylo zpočátku náročné, ale nyní vše zvládne sám bez dopomoci. „Všechno je v pořádku, vše zvládám. Oblékání, koupel, všechno. Při koupání si s rukou pomůžu, přivážu si ji takhle, to už mám vychytaný. Ze začátku to bylo náročné, ale já dokážu divy.“ (R5)*

Rehabilitace

Celkové zlepšení

Díky rehabilitacím si chválí celkové zlepšení stavu čtyři respondenti. Respondent č. 2 cítí po absolvování rehabilitací zlepšení svých fyzických zdatností. *„Jsem v pohodě, nic neřeším. Po rehabilitacích jsem víc ve formě. Vždy když přijedu domů, tak jdu na procházku, do města. Za sestrou Klárkou. Chodím trochu víc, moje fyzická zdatnost je lepší.“ (R2) Celkové zlepšení vnímá respondent č. 3, sice má stále problém s rovnováhou, ale díky cvičení se chůze zlepšila. „Rovnováha, tu spravujeme, to jo. Ale jinak myslím, že se celkově moje kondice zlepšila. Chůze se lepší, za to jsem vděčný cvičení. S okem asi nic neuděláme, ale ta chůze se lepší.“ (R3) Velký*

posun popisuje respondent č. 4. Zpočátku byl jeho pohyb závislý na mechanickém vozíku. „*Jo, tak to je posun a řekl bych, že i velkej. Ty první dny, když jsem přijel z nemocnice, tak to jsem měl i ten mechanický vozík, to jsem neudělal skoro ani krok, v té nemocnici, to jsem se vždy musel přidršet, když jsem si chtěl přesednout.*“ (R4) Po týdnu rehabilitace si je jistější v pohybu a přesouvá se z mechanického vozíku na vysoké chodítko. „*Doma ale během pár dní už to bylo lepší, byl jsem si jistější. Takže po týdnu z vozíčku jsem se pak přesunul na vysoké chodítko, v tom jsem trénoval tak nějak tu chůzi a i tu orientaci, aj nějaké cviky, co mě fyzioterapeut ukázal. Potom co jsem pravidelně cvičil, tak se to posunulo nějak no. Začal jsem přecházet i bez chodítka ale vždy jsem se něčeho přidržel.*“ (R4) Momentálně již chodí jen o vycházkové holi, viz odstavec o chůzi bez kompenzační pomůcky. Chválu popisuje i respondentka č. 6, která si koupila rehabilitační pomůcky, aby podpořila pohyblivost. „*Nemůžu si to vynachválit. Cítím zlepšení, to určitě jo. Koupila jsme si ježka, míč a overbal na procvičování. Cvičím si i různé cviky... trénuju si s prstama. Před rehabilitací jsem vůbec ruku necítila, nehýbala s prsty. Nohu jsem tahala za sebou. Nyní díky rehabilitaci mám ruku pohyblivější (ukazuje zatínání prstů ruky), ale ten přístroj bych asi nevzala do ruky, nemám v ní sílu. Noha je lepší, tu už za sebou netáhnou, ale v kolenu ji stále nepropnu. To mě i bolí, tu kdybych propla, tak bych se asi zbláznila bolestí. Nyní už ta chůze není takový problém, jen než se rozejdu, tak chvíli kulhám.*“ (R6)

Částečné zlepšení

Dva respondenti uvádí částečné zlepšení. U respondenta č. 1 se zlepšila pohyblivost dolní končetiny, ale u horní končetiny nepocítuje zlepšení. „*Trochu se zlepšila noha, ale ruka, ta se vůbec nezlepšila. Ta se vůbec nehýbe. Noha lepší, ruka ne.*“ (R1) Pozitivně hodnotí rehabilitace respondent č. 5, kterému pomohly zlepšit pohyb levé dolní končetiny, dál ho ale trápí levá horní končetina. „*Ale jo, celkově dobře. Kdybych nesportoval, neběhal, nechodil, tak bych to už zpátky nedostal. Rehabilitace pomohly. Levá noha se mi zlepšila, ta je v pořádku. Trápí mě ta ruka levá.*“ (R5)

3.7.2 Psychický stav

Respondenti byli dotázáni na jejich aktuální psychický stav. Výsledkem bylo zjištění různých nálad a stavů. Ve výsledcích se objevují úzkosti, radost, optimismus, vztek a vyrovnání.

Úzkosti

Pocity úzkosti v rozhovorech uvádí tři respondenti. Respondent č. 4 uvádí úzkosti, které se objevily hned po příjezdu domů z nemocnice. „*Když jsem přijel z nemocnice, tak jsem měl v sobě vnitřní jakoby úzkost no. Já jsem se o tomhle nikomu nevyjadřoval, ale prostě jsem to bral, abych nezůstal v té pozici, v jaké jsem byl.*“ (R4) Dále pak rozvíjí již pojmenovaný strach, který překonává: „*Abych nebyl závislý třeba na tom chodítku, aby to nemělo takový dopad. Když jsem pak viděl takový ten posun, že jsem šel třeba bez toho, že jsem třeba těch pár kroků udělal do té koupelny, tak jsem to bral, že to bude dobré, že je potřeba jen ten čas. Zkrátka jsem se bál toho, aby se to zlepšovalo a já nezůstal v tom stejném stavu.*“ (R4) Na otázku, zda uvažoval o vyhledání pomoci psychologa, odpovídá: „*Ne. Ani jsem na to nepomyslel.*“ (R4) Pocity úzkosti spojené se zimním obdobím sděluje respondent č. 5 „*No někdy jo, ale to je spíš v zimě, v létě už ne. No moc se to nedá popsat. Prostě vás nic nebaví, celej den bych nejradši ležel, taková úzkost no.*“ Na otázku, zda má tento stav řešení, odpovídá, že jediné zaměstnání nějakou aktivitou. „*Takže kafe a hurá do přírody. Jináč to je v roce, dva, tři dny. Chodím ty 3 kilometry denně když je pěkně. Ležet doma to je neštěstí, potřebuju aktivitu, pohyb a podobně.*“ (R5)

Oproti tomu respondent č. 1 úzkosti neguje. „*Já myslím, že jsem furt stejnej. Žádné úzkosti nepocituji.*“ (R1) Vzápětí popisuje moment před operací, u kterého přemýšlí o životě. „*Akorát jednu chvíli před operací člověk taky přemejšlí, že se nemusím probudit a můžu umřít. To člověk měl v hlavě takový zmatek. Co by bylo, kdyby nebylo. To bylo před operací srdce. To bylo po té příhodě. Tak trochu mě to vrtalo hlavou. Ale moc dlouho ne. Dopadlo to dobře, takže pak to bylo zase v pohodě.*“ (R1)

Respondentka č. 6 vzpomíná na svou mozkovou příhodu a zmiňuje úzkosti již v nemocnici. „*Tak zatím jsem ještě neměla žádný úvahy. Deprese a úzkosti mám asi občas. Nikdy nevíte, tohle bylo ve vteřině, to jsem si říkala, jestli jsem si tu ruku přeležela nebo nepřeležela... nikdy nevíte, co může bejt... né za hodinu, ale za minutu. V nemocnici jsem měla úzkost, když člověk neví, co s ním bude dál, neví na čem je*“ (R6)

Radost

Dva respondenti mají pocity radosti. Respondent č. 1 říká, jak se mu pohled po CMP nezměnil a má radost ze života „*Furt stejnej, furt mám radost ze života. Takže bych měl ještě nějakou lumpárnu vydržet.*“ (R1) Respondentka č. 6 uvádí, že se ve svém těle cítí dobře. Má radost ze zlepšení zdravotního stavu a z pokroků, které udělala a zároveň doufá, že se její stav nezhorší.

„Dobře. (Smích) Jo tak hlavně že se z toho dostávám, mám radost z pokroků, hlavně aby se nic nepřihořšilo.“ (R6)

Optimismus

Respondent č. 1 se zmínil v předešlém odstavci o radosti ze života a také udává i optimistické myšlenky v budoucnost. Popisuje, jak se vrhne do života, až se mu zlepší mobilita. *„Stále mám optimistické myšlenky. To musí být. Už abych to rozhejbal, abych zas byl normální. Když ono to nebude normální jako dřív, ale aspoň trošku. Byl jsem zvyklej sportovat celý život, tak to nebude dělat problémy, ono mi tělo pomůže se zmátořit trošku samo. A pak se zase vrhnem do života plnou parou.“ (R1)* Optimistický pohled na budoucnost vidí i respondentka č. 6, věří že potřebuje čas ke zlepšení. *„Až budu zdravá, tak mě tolepší všechno. Zase se dostat do stavu, v jakém jsem byla. Věřím tomu, že to bude dobré. Vše chce svůj čas.“ (R6)*

Vzteky

Pocity vzteku prožívá respondent č. 2. Na otázku, jak se vyrovnává se svým zdravotním stavem popisuje, jak špatně se vyrovnává s parézou horní a dolní končetiny. *„S ochrnutím ruky a nohy. Někdy mě štve moje hlava (myšlení), ale pak je to v pořádku.“ (R2)*

Vyrovnanost

O pocitu vyrovnanosti hovoří dva respondenti. Respondent č. 3 si udržuje zásadu, nenechat se vyvést z míry. *„Já si držím svojí pohodu. Takže nevím. Já zastávám roky takovou zásadu, že mě nemůže nikdo nasrat, ani vlastní manželka. A od té doby, co se tím řídím, tak mám klídek. Jsem vyrovnanej.“ (R3)* Podobně vypovídá i respondent č. 4, který své onemocnění vnímá jako výzvu a snaží se dělat vše pro to, aby se cítil dobře. *„Myslím, že jsem tak nějak vyrovnaný, že jsem to nějak vzal a snažím se pro to dělat maximum. To mě tak nějak vede, když to řeknu, k pohodě. Přijmul jsem to. Prostě se to stalo, vrátit se to nedá a nikdo to neovlivní. Takhle jsem to vzal. Že jsem se nad tím nezhroutil.“ (R4)*

3.7.3 Změna hodnot a postojů

Změna pohledu na svět

Respondenti byli dotázáni, zda se jim po prodělání CMP změnilы hodnoty a postoje v jejich názorech či jednání. Čtyři respondenti změnilы svůj pohled na různé věci. Respondent č. 2 prožil hemoragickou mozkovou příhodu. Vypráví, jak ho našli až za pár dnů po příhodě v jeho chatě. Nyní je rád za druhou šanci a začal si víc vážit života. *„Po devíti dnech, co mě našli v chatě*

(prasklé aneurysma) jsem nemohl mluvit, to se změnil můj pohled na svět. Dostal jsem druhou šanci a začal jsem si vážit života.“ (R2) Změnu vnímá i respondent č. 3. Dříve podnikal a byl pod velkým stresem. „No já, jak jsem podnikal, tak to byly stresy.“ (R3) Vyhledal odbornou pomoc v podobě psychologa z důvodu zapomínání. „Po té první příhodě jsem šel k psychologoj, protože jsem pracoval, teď jsem zvedl telefony a nasliboval jsem deseti lidem něco, pak, když jsem položil, tak si říkám, co jsem komu slíbil jo, bylo to pryč. Tak jsem docházel nějaký čas, tak mi to vysvětlil, jak ten mozek toho chce zachytit víc, tak se to rozsype a není tam pak nic. (R3) Po prodělání infarktu a další mozkové příhodě se již nepřetěžuje a cítí se lépe. „Chce to nebrat si toho tolik do hlavy. Takže jsem měl infarkt, pak hned tu mozkovou příhodu, no a pak jsem začal žít stylem, že mě nic nerozhází. Tak se pak zlepšila fyzická kondice, všechno tak nějak. Takže teď se snažím bavit a něco to překonáme.“ (R3) U respondenta č. 4 nyní nejsou podstatné věci, které nemůže ovlivnit a je klidnější. „Přestal jsem řešit věci, které nemohu ovlivnit. Řekl bych, že nyní je to klidnější. Po téhle stránce je to spíš takové jako pro mě klidnější, pustil jsem to z hlavy, to o čem jsem nějak víc přemýšlel. Vidím, že to stejně člověk neovlivní a vývoj jde dál. (R4) Postupně se dostává k myšlence, že peníze jsou důležité, ale na prvním místě je pro něj nyní být zdravý. „Ale teď vlastně vidím to, že peníze nejsou všechno. Já na první místo dávám teď zdraví. Já jsem se vždy snažil, abych i vydělal, ale ty peníze stejně když přijde takhle něco komplikovanějšího, tak to je pak až na druhém místě. Jsou potřeba, ale není to to nejdůležitější.“ (R4) Vzpomínkou na lepší časy začíná rozhovor respondent č. 5. „Tenkrát to bylo daleko lepší. Jenže s tím člověk už nic nenadělá.“ (R5) Přiznává změnu pohledu na lidi hlavně v negativním smyslu. „Změnil se mi pohled na lidi. To je někdy tragédie, když to vidím. Ať se každý stará, jak umí. Každý to štěstí má napsané.“ (R5)

Stejný pohled

Dále jsou tu respondenti, kterým se pohled na život nezměnil. Stejným životem by žil respondent č. 1 „Já myslím, že bych žil asi stejně jako předtím. Jako teď.“ (R1) Respondentka č. 6 má jasno, stojí za stejnými názory jako před proděláním mozkové příhody a na prvním místě je zdraví. „Postoje a přesvědčení? Já jsem se asi nezměnila. Na prvním místě mám zdraví, nic víc. Zdraví. Hlavně když se lidi mají rádi tak, aby to vydrželo, aby se to nějak nezměnilo. Taky jsou třeba, že potom začne být někdo mrzutej, starej. Člověk chce být furt spokojenej a zdravěj.“ (R6)

3.7.4 Sociální interakce

Další data prezentují sociální interakci respondentů, hlavně podporu od svých blízkých osob a též změny přístupu blízkého okolí.

Podpora od rodiny a přátel

Pět ze šesti respondentů vyjadřují podporu od rodiny a přátel. Otázkou bylo, zda má respondent č. 1 podporu od své rodiny, a případně od koho. Odpovídá: „*Ano mám, od syna a dcery. Máma, ta za mnou taky jezdí a furt mi volá. Takže ta rodina. Mají o mě zájem, zajímají se o můj zdravotní stav, jak se mám. Jezdí na návštěvu, jsem rád, když je vidím, když popovídáme. Furt mě pomáhají. Mám obrovskou podporu.*“ (R1) Respondent č. 2 je vděčný za svou rodinu a prohloubení vzájemných vztahů. „*Ale rodinné vztahy se prohloubily. Za to jsem vděčný.*“ (R2) „*Rodina. Kamarádi, Nedovedu si představit větší, takže ano, mám dostačující podporu.*“ (R3) Vstřícnější pohled pocítuje respondent č. 4, ten vypovídá o snaze rodiny ulehčovat současnou situaci. „*Přijde mi, že nyní na ně mám lepší pohled. Vstřícnější pohled. Jsou obětaví. Rodina se snaží maximálně, aby mi to ulehčila. Hlavně zeťáci a dcery. A manželka teda no, ta je asi na prvním místě. (smích) Ještě že to neslyšela. Já si toho moc vážím.*“ (R4) Respondentka č. 6 udává největší podporu od svého manžela „*Ano, to je Péťa, Manžel.*“ (R6) Jediný respondent č. 5 nemá nikoho, kdo by ho podporoval v současné životní situaci. Vše zvládá sám. „*Ne. Nikoho takovýho neznám. Tam kde bydlím, tak tam není ani jeden. Tam si vše zvládám sám. Já, když je pěkně, tak se odstěhuju na zahradu a vrátím se až v září. Takže tam to je bez problému.*“ (R5)

Změna přístupu blízkého okolí

Respondenti byli dotázáni, zda cítí změnu v chování od svého okolí. Tři respondenti uvádí změnu v chování. Respondent č. 2 vysvětluje, že občas srovnává svůj zdravotní stav s druhými. Cítí, že na jeho osobu zdravý jedinec jinak pohlíží. „*Ano. Někdy porovnávám svůj zdravotní stav s ostatními. Zdravý chlap na mě špatně kouká. O některé lidi jsem přišel.*“ (R2) Pocity lítosti od okolí a vyloučení z aktivit popisuje respondent č. 3. „*No možná mě trochu litujou, byli zvyklí, že jsem byl jinej. Cítím se trochu vyloučený z některých aktivit.*“ (R3) Poslední respondent pozorující změnu v chování a přístupu blízkého okolí poukazuje na vytříbení „dobrých lidí“ ve svém okruhu. „*No, jak se kterýma. Když někam přijdete, tak to každý vidí. Chovají se k vám jinak, než ke zdravému. Pár těch dobrejch zůstalo. Takže to je v pořádku.*“ (R5)

Dva respondenti nevnímají změnu v chování od svého okolí. Respondent č. 1 popisuje, že pokud je zájem, tak se projeví ve formě hovoru či osobního setkání. „*Ty lidi jsou furt stejný,*

jak před, tak i teď. Mám ve svém okolí takové stejné lidi. Když mě někdo chce vidět, nebo si popovídat, tak přijede, nebo si zavoláme. Má zájem. Je to furt stejný. Kdo chce, přijede, kdo nechce, nepřijede. To člověk pak pozná, jak to myslíš, nebo jaký mají zájem.“ (R1)

Respondentka č. 6 má krátce po CMP, proto se necítí na návštěvy příbuzných. Přesto necítí změnu v chování od svého okolí. *„No já nikam teď nejezdím, ani nemůžu. Jezdí spíš za mnou. Ale nebaví mě se stranit, mám chuť se scházet s ostatními lidmi. Chodí za mnou na návštěvy nebo mě často volají. Proto necítím žádné změny v jejich chování.“(R6)*

3.7.5 Odpočinek

Zvýšená potřeba odpočinku

Zda mají respondenti zvýšenou potřebu odpočinku po CMP odpovídají 3 respondenti kladně. Respondent č. 2 je v porovnání před nemocí více unavený po fyzické zátěži. *„No tak jen při fyzické aktivitě. Po 2 km jsem úplně vyřízenej.“(R2)* Potřebu odpočinku udává i respondent č. 3, dle výpovědi byl hodně aktivní. *„Musím se přiznat, že já jsem byl zvyklí na hodně pohybu, ale po té příhodě, jsem byl rád, že se můžu chvilku natáhnout. Nebo nějak si odpočinout. To mě změnilo no, předtím jsem byl aktivní hodně, ale teď si rád odpočinu.“(R3)* Únavu vnímá respondentka č. 6. *„Ano. To jsem teď furt taková unavená. Včera byla Výměna manželek na kterou koukám a tu jsem vůbec nevnímala. To jsem u toho usínala a říkám si, že vůbec nevím, o čem to bylo.“ (R6)*

Beze změny

Druhá polovina respondentů nevnímá zvýšenou potřebu odpočinku. Respondent č. 1 preferuje unavit se a následně odpočívat, přičemž ale zvýšenou únavu nepocítuje. *„Nejdřív se trochu unavit, pak se plácnout do pelechu. Nejsm víc unavený.“(R1)* Respondent č. 4 nepřipouští zvýšenou únavu. Byl na fyzickou zátěž zvyklý a nyní fyzické práce nevykonává. *„To bych řekl že snad ani ne. Nyní se mě fyzické práce netýkají, takže ne. Spíš jsem byl zvyklý stále na nějakou činnost.“(R4)* Respondent č. 5 popisuje svůj vztah ke slunci a vstávání. Potřebu odpočinku neguje. *„Ne to ne. Když máte rád to sluníčko, takže ráno v pět budíček no, až do večera do těch sedmi, osmi. Dokud je vidět.“(R5)*

3.7.6 Spánek

Stejná kvalita spánku

Pět respondentů (R1, R2, R3, R4 a R5) po prodělání onemocnění nepozorují vliv na kvalitu spánku. Stejný a dobrý spánek popisují dva respondenti (R1 a R2). „*U mě asi ne, nějak stejně jako předtím. Spí se mi dobře.*“ (R1) „*Ne, ne, ne, neobjevily. Leda při úplňku ale jinak spím dobře.*“ (R2) Respondent č. 3 má před spaním rituál a dýchací cvičení, které mu navodí dobrý spánek. „*Ne. Mám svůj rituál před spaním. Kreslím si v mysli osmičky, a to je pak takový signál k usínání. Nějaký dechací cviky v tej posteli. A to mi zabírá.*“ (R3) Dobrý spánek sděluje v rozhovoru respondent č. 4. Ke spánku mu dopomáhá televize nebo kniha. „*Ne, spím dobře. Nejvíc mě uspí televize. Zapnu televizi a uklimbá mě to. Nebo když čtu i po obědě, stačí dvacet minut a už usínám.*“ (R4) Zvýšenou potřebu nepocítuje ani respondent č. 5. „*No dřív jsem vstával, honili mě z postele, ale posledních 5 let, vždycky do těch pěti spím, a pak se probudím a funguji. Jinak spím normálně.*“ (R5)

Zlepšení kvality spánku

Jediná respondentka č. 6 si pochvaluje lepší spánek po prodělání onemocnění. Udává dřívější usínání a prodloužení spánku. „*Ne, spíš naopak, nyní spím víc a líp. Ted' usínám dřív, doma normálně usínám třeba okolo půlnoci a nyní v devět hodin už jsem tuhá. Pak spím celou noc. Dřív jsem se budila i po tom prášku na spaní, ale nyní, kdyby mě někdo odnesl, tak vůbec nevím. Nyní se mě ten spánek prodloužil.*“ (R6)

4 DISKUZE

Tato kapitola se bude věnovat šesti průzkumným otázkám, které se týkají kvality života respondentů po cévní mozkové příhodě. Otázky budou zodpovězeny díky získaným datům z provedených polostrukturovaných rozhovorů. K porovnávání získaných dat budou použity následující díla:

Diplomová práce Bc. Romany Hendrychové na téma Cévní mozková příhoda a její dopad na kvalitu života z roku 2014, na Masarykově Univerzitě v Brně. Data byla získána polostandardizovaným rozhovorem se zúčastněným pozorováním.

Bakalářská práce Marie Suché s názvem Vnímání kvality života osobami s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě, obhájena v roce 2023, Univerzita Karlova. Průzkum této práce byl za pomoci triangulace metodou polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku.

Další prací od Jitky Švarcové na téma Kvalita života klienta a rodiny po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí, rok 2012 v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Metodika použitá pro průzkum byl strukturovaný rozhovor.

Literaturou pro porovnání výsledků představuje kniha ošetrovatelství v neurologii od Zuzany Slezákové, vydaná v roce 2014,

Tomáš Novák a jeho článek s názvem „*Depresivní porucha po cévní mozkové příhodě*“ vydán v roce 2019, články od Stroke Association 2021.

Haoyu a Kulick, článek z roku 2023 Social Support and Depression among Stroke Patients: A Topical Review, který zkoumal vliv sociální podpory a deprese u pacientů po CMP.

Diplomovou prací bc. Baumové 2012 s názvem „*Změny v životě lidí po cévní mozkové příhodě*“.

Diplomovou prací bc. Špánikové 2017 na téma „*Život pacienta po prodělání cévní mozkové příhody*“ – Případová studie.

S učebnicí Trachtové z roku 2018 „*Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*“.

Diplomovou prací Bednářové, 2016 „*Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti odborné pomoci*“

4.1 Průzkumná otázka č. 1 – Jak ovlivnilo CMP každodenní život respondentů?

K první průzkumné otázce odpovídají otázky z kategorie **fyzické zdatnosti, omezení pohybu, každodenní činnosti a rehabilitace.**

Všech šest respondentů se shodlo na zhoršení chůze po prodělání CMP. Tři respondenti jsou odkázáni na pohyb o kompenzační pomůcce, nejen kvůli problémům s rovnováhou, ale také pro zajištění větší stability. Dva respondenti jsou schopni chodit i bez kompenzační pomůcky a pouze jeden respondent zvládá samostatný pohyb úplně bez opory.

V bakalářské práci Suchá (2023) uvádí mezi obtíže zhoršený pohyb a nutnost chůze s kompenzační pomůckou. Důvodem je přetrvávající problém s rovnováhou při chůzi. Zhoršenou lokomoci popisuje Slezáková (2014, s. 79) v souvislosti s poruchou hybnosti z důvodu parézy (částečného ochrnutí) nebo plegie (úplného ochrnutí) jedné dolní končetiny nebo celé poloviny těla. Baumová (2012) prezentuje ve své diplomové práci zhoršení pohybu

všech svých respondentů po cévní mozkové příhodě a ti proto využívají kompenzační pomůcky při pohybu.

Další část je věnována sebeděči. Zdravý člověk bere jako samozřejmost navléknutí kalhot, namazání chleba nebo provedení celkové koupele. Pro pacienty, kteří prodělají cévní mozkovou příhodu to taková samozřejmost není. V rámci každodenních činností je polovina respondentů odkázána na pomoc druhé osoby. Dopomoc z důvodu parézy horní končetiny potřebují hlavně při oblékání a svlékání a při hygienické péči a přípravě stravy. O nutnosti dopomoci je zmíněno v literatuře Slezákové (2014 s. 88), která také popisuje závislost pacienta na druhé osobě při denních aktivitách z důvodu parézy.

Pro obnovu fyzické zdatnosti, posílení svalů, zlepšení jemné motoriky a zabránění vzniku spazmu je rehabilitace klíčová. Kalvach (2010, s.365) Na tomto tvrzení se shodují čtyři respondenti, kteří hovoří o celkovém zlepšení stavu, za které vděčí rehabilitaci. Velký posun udávají respondenti v chůzi, zlepšení fyzické zdatnosti a zlepšení jemné motoriky. Dva respondenti udávají zlepšení chůze, u horní končetiny ale neshledávají zlepšení v žádném směru. Pět ze šesti respondentů vyjadřuje velkou podporu od rodiny a přátel při překonávání onemocnění. Popisují podporu v souvislosti častých návštěv, telefonátů a zájmu o zdravotní stav respondenta. Suchá (2023) ve své práci popisuje kladný vliv rehabilitace, kde velmi důležitým faktorem je motivace blízkých osob. Z průzkumu Hendrychové (2014) plyne, že jeden z nezanedbatelných prvků pro rekonvalescenci je podpora rodiny a blízkých osob.

4.2 Průzkumná otázka č. 2 – Jak se změnil psychický stav respondentů po CMP?

Druhá průzkumná otázka se vztahuje k psychickému stavu respondentů. U třetiny pacientů se dle článku Nováka (2019) rozvine klinická deprese. Nejsou jednoznačné výsledky proč tomu tak je. S tímto výsledkem se tato práce neshoduje, žádným pacientem nebyla deprese potvrzená. Dle Stroke Association (2021) se u pacientů po iktu velmi často vyskytují psychické problémy ve smyslu střídání nálad, úzkostí nebo deprese. Baumová (2012) u respondentů zaznamenala psychické změny jako jsou deprese a úzkosti z důvodu změny sociálního kontaktu, ztráty práce a fyzického omezení.

Respondenti v rozhovorech zmiňují jak negativní, tak pozitivní změny v psychice. Tři respondenti zaznamenali úzkost těsně po prodělání CMP a jeden z respondentů uvedl vztek z důvodu pomalého přemýšlení. Zajímavým zjištěním je objevující se pocity vyrovnání, kdy respondent popisuje momentální pohodu a snahu nenechat se rozhodit. Další respondent

onemocnění bere jako výzvu a přijímá svůj aktuální stav. Je optimistický, je přesvědčen lepší budoucnosti a zlepšení svého stavu. Má radost ze života a z pokroku v hybnosti.

Veškeré práce se spíše zabývají změnami s negativními náladami a nebyla nalezena práce, která by se zabývala pozitivními změnami. Také práce Švarcové (2012) zaznamenává negativní změny v psychice respondentů hlavně zpočátku po prodělání CMP, jelikož jsou respondenti odkázáni na pomoc druhé osoby. V individuálním časovém úseku dochází k vyrovnání respondentů s onemocněním.

Velice důležitá pro psychiku respondentů je podpora od rodiny a přátel. Pět respondentů ze šesti uvádí podporu a vstřícnost od své rodiny. Často zaznávají odpovědi, jak se rodina o respondenty zajímá a pomáhá jim v překonávání překážek spojené s onemocněním jak po fyzické stránce, tak i psychické.

Na výsledcích se shoduje i Hendrychová (2014), která uvádí, že zásadní roli pro zlepšení fyzického a hlavně psychického stavu mají respondenti díky podpoře svých rodin. Stejný závěr uvádí i Suchá (2023), která popisuje podporu rodiny v psychické oblasti například častými návštěvami a motivací k samostatnému pohybu a sebeobsluze.

4.3 Průzkumná otázka č. 3 – Změnily se hodnoty respondentů po onemocnění?

Třetí otázkou je změna hodnot po onemocnění. Není překvapivé, že nová životní situace může mít za následek přehodnocení dosavadních priorit. Suchá (2023) udává změnu hodnot respondentů po prodělání CMP. V této bakalářské práci čtyři respondenti uvádí změnu pohledu na svět. Jeden z respondentů přežil hemoragickou cévní mozkovou příhodu a bere to jako druhou šanci žít. Další dva respondenti přehodnotili svůj život a přestali se stresovat věcmi, které nelze ovlivnit. Dřívější podnikatel se již tolik nestresuje a své zdraví staví na první místo. I pro dalšího respondenta je zdraví na prvním místě, a to dle jeho odpovědi i přes fakt, že peníze jsou důležité. Nyní o věcech přemýšlí jinak. Respondent č. 5 změnil pohled na lidi a stal se více pesimistický. U dvou respondentů se nic nezměnilo, své názory a přesvědčení mají stále stejné.

Špáníková (2017) v diplomové práci uvádí též změnu životních hodnot ve smyslu nepřemýšlet nad bezvýznamnými věcmi a dívat se na věci jiným pohledem.

Změna pohledu na svět je pochopitelná. Lidem, kteří prožili mozkový infarkt, se změní celý život. Z průzkumu je patrné, že respondenti si nyní více váží svého života, dávají své zdraví na první místo a nestresují se věcmi, které nemohou ovlivnit.

4.4 Průzkumná otázka č. 4 – Jaký vliv má CMP na sociální vztahy?

Iktus nemá vliv jen na pacienty jako takové, ale zahrnuje to i blízké okolí. Stroke Association (2021) popisuje možné změny vztahů a rolí rodinných příslušníků.

V rámci průzkumné otázky bylo zjištěno, že cévní mozková příhoda má vliv na sociální vztahy postižených jedinců. Výsledky naznačují, že CMP může vést k různým změnám v sociálních interakcích respondentů. Někteří respondenti uváděli, že se cítí po prodělání CMP izolovaněji, nebo mají obtíže s komunikací a navazováním nových vztahů. Stejně tak uvádí Suchá (2023), která ve své práci popisuje problematickou oblast v komunikaci s okolím. Článek od Haoyu a Kulick (2023) prokázal, že pacienti s větší sociální podporou mají nižší riziko vzniku deprese. Je možné, že díky významné podpoře od rodinných příslušníků a kamarádů respondenti deprese neprožívají.

Zkoumaný vzorek, kromě jednoho respondenta, obdržuje velkou podporu od rodiny a přátel. Pociťují zájem své rodiny, prohloubení vzájemných vztahů a oceňují častý kontakt. Výsledky Suché (2023) potvrzují zájem rodiny a známých o pacienty po iktu, který je důležitý pro rekonvalescenci nemocných. Bednářová (2016) prezentuje, že 70 % respondentů uvedlo snahu podpory od blízkých osob v této nelehké situaci.

Baumová (2012) potvrzuje, že cévní mozková příhoda nemá vliv jen na jedince jako takového, ale na celou jeho rodinu a velký přínos na psychiku pacienta mají právě příbuzní, kteří jsou oporou. Mimo to ale uvádí i ztrátu některých kamarádů i partnerského vztahu, z důvodu stavu po cévní mozkové příhodě. Tyto ztráty v sociální oblasti mohly vést k rozvoji zmíněných depresí, které autorka dále popisuje. V diplomové práci Bc. Špánikové jsou také popsány změny v sociální oblasti, které však kromě negativních zkušeností (např. rozchod s partnerem) zahrnují i nalezení nových přátel a větší stmelení rodiny.

Je důležité brát v úvahu vliv CMP na sociální vztahy pacientů a poskytnout jim podporu a prostředky ke zlepšení komunikace a interakce s okolím. Multidisciplinární přístup k péči o pacienty po CMP by měl zahrnovat i podporu sociálních vztahů a sociální integraci postižených jedinců, jelikož je pro pacienty velice důležitá po psychické stránce a k nalezení motivace pro překonávání svých zdravotních překážek.

4.5 Průzkumná otázka č. 5 – Pociťují respondenti zvýšenou únavu po CMP?

V rámci průzkumu bylo zjištěno, že někteří respondenti pociťují zvýšenou únavu po cévní mozkové příhodě (CMP). Tři respondenti ve studii pozitivně odpověděli na otázku ohledně

zvýšené potřeby odpočinku a vyjádřili svou zvýšenou únavu po prodělání CMP. Zvýšená únava může být spojena s fyzickými i psychickými následky CMP jako jsou poruchy pohybového aparátu, snížená fyzická kondice nebo stres z nové životní situace.

Je důležité brát v úvahu zvýšenou únavu jako jeden z možných důsledků CMP. Porozumění potřebám unavenějším pacientům může vést k lepšímu plánování péče a poskytování adekvátní podpory. Individuální plán rehabilitace a motivace ze strany zdravotnického týmu mohou pomoci pacientům lépe zvládat zvýšenou únavu a postupně obnovovat fyzickou a psychickou kondici s cílem zlepšit jejich kvalitu života. Nebyl nalezen žádný konkrétní výzkum, který zkoumá zvýšenou únavu u pacientů po prodělání cévní mozkové příhody.

4.6 Průzkumná otázka č. 6 – Ovlivnilo onemocnění spánek?

Dle literatury Slezákové (2014, s 124) a Trachtové (2018) se po prodělání cévní mozkové příhody objevují poruchy, které vedou až k nespavosti. Tyto změny ve spánkových vzorcích mohou být způsobeny různými faktory spojenými s CMP, jako jsou fyzické obtíže, psychické stresory nebo změny v denním režimu a životním stylu. Aby bylo možné poskytnout adekvátní podporu a léčbu pro pacienty s problémy se spánkem po cévní mozkové příhodě, je důležité tyto změny spánku monitorovat a případně konzultovat s odborníky. Onemocnění cévní mozkovou příhodou (CMP) může mít vliv na spánek postižených jedinců. Tento fakt se však neshoduje se zjištěnými informacemi v této práci. V rámci průzkumu bylo zjištěno, že někteří respondenti sice uváděli změny ve spánkových návycích po prodělání CMP, ale dle průzkumného šetření se u respondentů spánek nezhoršil. Naopak někteří respondenti zaznamenali zlepšení spánku, například rychlejší usínání, prodloužení délky spánku nebo snížení potřeby spánku. Práce Bc. Bandíkové se zabývala změnami v oblasti spánku. Z jejich výsledku bylo zjištěno 6 % respondentů ovlivnila příhoda spánek kladně, 54 % záporně a 40 % nepocítují změnu.

5 ZÁVĚR

V závěru této bakalářské práce lze konstatovat, že onemocnění má významný dopad na tělesný stav, psychiku, hodnoty a sociální interakce postižených jedinců a kvalita života pacientů ve středním věku po cévní mozkové příhodě je komplexním tématem.

Výsledky průzkumu v praktické části této bakalářské práce ukazují, že pro zlepšení celkového zdravotního stavu pacientů a adaptaci na novou životní situaci je komunikace s rodinou, kamarády a jejich podpora velmi významným faktorem. Dále je velice důležité pacienty znovu začlenit do fungování v běžném životě. Tyto skutečnosti konkrétně dokazují průzkumné otázky této bakalářské práce na téma každodenní život, psychický stav i sociální vztahy, kde tvrzení uvádí většina respondentů.

Zjištění v této práci podtrhuje potřebu poskytování komplexní péče a podpory pacientům po cévní mozkové příhodě, která bude zohledňovat jejich individuální potřeby a specifika. Důležitým krokem je také zapojení multidisciplinárního týmu zdravotnických profesí, který by mohl efektivně koordinovat péči a rehabilitační proces. Díky včasné profesionální rehabilitaci ve zdravotnických zařízeních se kvalita života zlepšuje. Z průzkumu vyplívá pokrok v navrácení mobility a fyzické kondice u všech respondentů.

Vzhledem k obsáhlosti tématu je důležité pokračovat v dalším průzkumu v této oblasti a hledat nové způsoby, jak podporovat kvalitu života pacientů po cévní mozkové příhodě.

Jelikož se v práci zabývá kvalitativním výzkumem, vzorek respondentů není tak velký, jako u kvantitativního výzkumu, proto výsledky nelze aplikovat na veškeré pacienty po CMP. Nedostatkem průzkumu je genderová nevyváženost, z důvodu zastoupení pěti respondentů a jen jedné respondentky. Při vyhodnocování odpovědí se spoléhám na to, že pacienti uváděli pravdivé informace, které nezkreslily výsledky průzkumu.

Věřím, že celá tato práce přispěje k lepšímu porozumění pocitů pacientů pro prodělané cévní mozkové příhodě a přispěje ke zefektivnění zdravotní a rehabilitační péče pro tuto specifickou skupinu pacientů.

6 POUŽITÁ LITERATURA

1. BARTŮNĚK, Petr et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BLATNÝ, Marek. 2017. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. s. 292. ISBN 978-80-246-3462-3.
3. GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-802-4736-259
4. HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní příhody*. Praha, al Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury. 23 s. ISBN 978-80-7345-373-2
5. HEŘMANOVÁ, Eva. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty (Sociologické nakladatelství). 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0
6. JUNG, Carl Gustav, 1994. *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis, spol. s r. o. 380 s. ISBN: 80-7108-213-9
7. KALVACH, Pavel. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie. 3., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
8. MANDINCOVÁ, Petra. 2011 *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy 1. vydání*. Praha: Grada, 53 s. ISBN: 978-80-247-3811-6.
9. OREL, Miroslav a Roman PROCHÁZKA. 2017. *Vyšetření a výzkum mozku: pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Psyché (Grada). Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-5539-7.
10. OREL, Miroslav, 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Psyché (Grada). Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0531-1.
11. OREL, Miroslav, 2023. *Neurologie pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 536 s. ISBN 978-80-271-3312-3.
12. SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
13. SEIDL, Zdeněk. 2023 *Neurologie pro studium i praxi. 3., zcela přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 408 s. ISBN 978-80-271-3710-7.

14. SIMON, Roger P. et al. 2018. *Clinical neurology*. Tenth edition. New York: McGraw Hill Education. 448 s. ISBN 978-1-259-86172-7.
15. SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2023. *Ošetrovatelství v interně I. Sestra* (Mladá fronta). Praha: Grada Publishing. s. 284. ISBN 978-80-271-1743-7.
16. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii. Sestra* (Grada). Praha: Grada. s.232. ISBN 978-80-247-4868-9.
17. SOUČEK, Miroslav a Petr, SVAČINA, 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing. 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
18. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára, ŠEĎOVÁ. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
19. TOMEK, Aleš, 2018. *Neurointenzivní péče. Třetí, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 608 s. ISBN 9788020451194.
20. TRACHTOVÁ, Eva. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Čtvrté rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 9788070135907.

6.1 Internetové zdroje

1. ANAYA, Manuel a Meret BRANSCHIEDT, 2019. Neurorehabilitation after stroke. *Stroke*. [online]. Dallas: american heart association, 50(7), 180-182 [cit. 2023-10-15]. ISSN: 1524-4628 (electronic). DOI: 10.1161/strokeaha.118.023878
2. Benjamin EJ, et al., 2017. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. [online]. Dallas, Tex., etc., American Heart Association, etc. 135(10), [cit. 2023-10-01]. ISSN:1524-4539 (Electronic) DOI: 10.1161/CIR.0000000000000485
3. BRAUN, V., a CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. [online].3(2),77–101. [cit. 2024-04-23] DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
4. *Center for Neurosurgical and Spinal Disorders* [online], © 2024 Lake Charles, LA 70605, 1614 Wolf Circle. [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://www.spine-brain.com>

5. CIMFLOVÁ, P. et al., 2019. Diagnostika ischemických CMP – přehled zobrazovacích metod a jejich využití v praxi. IN: *cesradiol.cz* [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2019 [cit. 2023-10-06]. ISSN 1210-7883. Dostupné z: <http://www.cesradiol.cz/detail.php?stat=679>
6. DASOM Im, et al. 2023. *Qualitative Research in Healthcare* [online]. Data Analysis. J Prev Med Public Health. Březen; 56(2):100-110. [cit. 2024-04-20]. DOI: 10.3961/jpmph.22.471.
7. HERPICH, Franziska a Fred RINCON, 2020. Management of Acute Ischemic Stroke. *Crit Care Med.* [online]. New York, Kolen. 48 (11), 1654-1663 [cit. 2023-10-12]. ISSN 1530-0293 (Electronic). DOI: 10.1097/CCM.0000000000004597
8. HRDLIČKA, Michal a Marek BLATNÝ, 2021. Krize středního věku: psychologické a psychiatrické aspekty. *Čes a slov Psychiat.* [online]. Galén. 117(2) 70–76 [cit. 2023-12-23]. ISSN: 1212-0383
9. HUYNH, An Thienem, 2021. Meningeal syndrome: Signs, causes and treatment. In: *vinmec.com* [online]. Copyright © 2019 Vinmec [cit. 2024-01-24]. Dostupné z: <https://www.vinmec.com/en/news/health-news/general-health-check/meningeal-syndrome-signs-causes-and-treatment/>
10. KAUR, Raminderjit et al. 2018. Endothelial dysfunction and platelet hyperactivity in type 2 diabetes mellitus: molecular insights and therapeutic strategies. *Cardiovasc Diabetol* [online]. London: BioMed Central. 17(1), 121 [cit. 2023-10-12]. ISSN: 1475-2840. DOI: 10.1186/s12933-018-0763-3
11. KISLING, Lisa a Joe DAS, 2023. Prevention strategies. IN: *ncbi.nlm.nih.gov* [online]. © 2023, StatPearls Publishing LLC. [cit. 2023-10-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>

12. KONEČNÝ, Petr et al., 2016. Efekty cílené orofaciální rehabilitace u pacientů s poruchou řečových funkcí po cévní mozkové příhodě. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 80/ 113(3), 316–322 [cit. 2023-12-29]. DOI: 10.14735/amcsnn2017316
13. KONEČNÝ, Petr et al., 2017 Elektrostimulace suprahyooidních svalů u pacientů po cévní mozkové příhodě s dysfagií. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. [online]. 80/ 113(5): 578–581 [cit. 2023-12-29]. DOI: 10.14735/amcsnn2017578
14. NEIGHBORS Cindy a Sungjin A. SONG. 2022. Dysphonia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 . Dostupné z : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565881/>
15. NOVÁK, Tomáš. 2019. Depresivní porucha po cévní mozkové příhodě. IN: neurologiepropraxi.cz [online]. 20(5) 377–382. [cit. 2023-04-24]. DOI: 10.36290/neu.2021.107
16. REIFENAUER I. a B. HOŠKOVÁ . 2018. Application of the questionnaire quality of life sf-36 in practice aspect. *Studia kinanthropologica*. 19(3) 259-265. [cit. 2023-10-30]. DOI: 10.32725/sk.2018.054.
17. ROGALEWICZ, Vladimír et al. 2017. Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí. IN: prolekare. cz [online]. © MeDitorial 2024. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-2/poznamka-k-pouziti-dotazniku-kvality-zivota-whoqol-bref-v-ceskem-prostredi-60886>
18. SABIH, Ayan et al., 2023. Stroke Prevention. IN: *ncbi.nlm.nih.gov* [online]. © 2023, StatPearls Publishing LLC. [cit. 2023-10-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262078/>
19. Stroke Association. 2021. Next steps after a stroke. IN: *stroke.org.uk* [online]. © Stroke Association 2021. [cit. 2024-04-23]. Dostupné z: <https://www.stroke.org.uk/>

20. ŠKODA, Ondřej. 2019. Diagnostika a léčba ischemických CMP ve vertebrobazilárním povodí. IN: *Prolekare.cz* [online]. © MeDitorial 2024. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cmp-journal/2019-1/diagnostika-a-lecba-ischemicky-ch-cmp-ve-vertebrobazilarnim-povodi-106865>
21. TADI, Prasanna et al., 2023. Acute Stroke (Nursing). IN: *ncbi.nlm.nih.gov* [online]. © 2023, StatPearls Publishing LLC. [cit. 2023-10-15]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568693/#_nurse-article-17174_s8
22. TINKOVÁ, Marie a Petr MALÝ, 2016. Nová éra endovaskulární terapie v léčbě akutních iktů. IN: *csnn.eu* [online]. MeDitorial 2023, [cit. 2023-10-12]. 79/112(2), 152-159 ISSN: 1803-6597
23. TOMEK, Aleš, 2019. Základní algoritmus vyšetření etiologie ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologie pro praxi*. [online]. Solen s.r.o. 2023. 20(1), 12-16 [cit. 2023-10-14]. DOI: 10.36290/neu.2019.083
24. TSIVGOULIS, Georgios et al., 2018. Recent Advances in Primary and Secondary Prevention of Atherosclerotic Stroke. *J Stroke* [online]. Korean Stroke Society, 20(2), 145-166 [cit. 2023-10-14]. ISSN: 2287-6405 (Electronic) DOI: 10.5853/jos.2018.00773
25. UNNITHAN, Ajaya Kumar A. et al., 2023. Hemorrhagic Stroke. IN: *ncbi.nlm.nih.gov* [online]. © 2023, StatPearls Publishing LLC. [cit. 2023-10-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/>
26. Vališ Kateřina et al., 2020. Akutní léčba ischemické cévní mozkové příhody – mechanická trombektomie. IN: *Neurologie pro praxi* [online]. Solen s.r.o. 2023, [cit. 2023-10-10]. 21(3), 191–196 DOI: 10.36290/neu.2020.072

27. VAŇÁSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ, 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi* [online]. Solen s.r.o. 2023. 14(3): 133–135 [cit. 2023-10-17]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201303-0005_Hodnoceni_parametru_kvality_zivota_u_vybranych_neurologickych_onemocneni.php
28. ZEMAN, Marek. 2008. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*. [online]. 10(1), 140-149 [cit. 2023-10-29]. DOI:10.32725/kont.2008.020
29. Zhou H, Kulick ER. 2023. Social Support and Depression among Stroke Patients: A Topical Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [online]. 20(24), 7157 [cit. 2023-04-23]. DOI:10.3390/ijerph20247157

6.2 Porovnávané práce

1. BANDÍKOVÁ, Marie. 2014. Evaluace kvality života po cévní mozkové příhodě. 102 s.
2. BAUMOVÁ, Barbora. 2012. *Změny v životě lidí po cévní mozkové příhodě*. 89 s.
3. BEDNÁŘOVÁ, Radomíra. 2016. Cévní mozková příhoda, psychické změny pacienta a rodiny a možnosti odborné pomoci. S.125
4. HENDRYCHOVÁ, Romana, 2014. *Cévní mozková příhoda a její dopad na kvalitu života*. 81s.
5. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Sestra (Grada). Praha: Grada. s. 232. ISBN 978-80-247-4868-9.
6. SUCHÁ, Marie, 2023. *Vnímání kvality života osobami s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě*. 70 s.
7. ŠVARCOVÁ, Jitka, 2012. *Kvalita života klienta a rodiny po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí*. 75 s.
8. ŠPÁNÍOVÁ, Alena. 2017. *Život pacienta po prodělání cévní mozkové příhody Případová studie*. 142 s.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – Informovaný souhlas.....64

Příloha B – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru66

Příloha A – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Markéta Jarošová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru všeobecného ošetrovatelství, Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás touto cestou chtěla požádat o spolupráci na průzkumném šetření pro účely praktické části mé bakalářské práce, jejíž cílem je zjistit, jaká je kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě.

Šetření je realizováno formou polostrukturovaného rozhovoru v anonymní formě. Obsah bude použit výhradně ke studijním účelům. Rozhovor bude zaznamenán na diktafon a následně přepsán a zpracován v bakalářské práci. Zvukový záznam bude přístupný pouze mé osobě. V rozhovoru budete osloven/a Vaším jménem, dále z důvodu zachování anonymity v přepsané práci budete označen jako „respondent“. Pokud Vám bude nějaká otázka nepříjemná, nemusíte na ní odpovídat.

Data budou uchovávána anonymně v písemné formě, a to v průzkumné části bakalářské práce. Audio záznam bude uchován do doby obhajoby práce, poté bude nahrávka odstraněna. S účastí na projektu pro Vás nejsou spojena žádná rizika.

Jestliže **souhlasíte** s účastí v průzkumu, prosím o podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením. Svou účast na průzkumu můžete kdykoliv odvolat zasláním svého požadavku na e-mail: jarosovamarketa9@seznam.cz.

Velice děkuji za Vaši ochotu a čas.

Prohlášení:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně vstupuji do průzkumného šetření. Souhlasím s anonymní publikací dat v průzkumné části bakalářské práce, způsobem, jak bude zachovávána důvěrnost a jak bude má identita chráněna během průzkumu i po jeho skončení. Měl/a jsem možnost zeptat se na vše podstatné týkající se mé účasti na průzkumu a dostal/a jsem jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučena o právu odstoupení účasti v průzkumu a také na právo neodpovídat na některé otázky.

Dále souhlasím/nesouhlasím s uvedením svého věku v průzkumném šetření.

Jméno a příjmení řešitele průzkumu: Markéta Jarošová

Podpis.....

Jméno a příjmení účastníka:

Podpis.....

Datum.....

Příloha B – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

A. Tělesný stav související s CMP

1. Jak Vás limituje toto onemocnění?
2. Jak se změnila Vaše fyzické zdatnosti po CMP?
3. Jak hodnotíte vliv dosavadní rehabilitace na Vaší fyzickou zdatnost?
4. Jaký přínos vidíte v rehabilitaci v dlouhodobém měřítku?
5. Co je pro Vás nejnáročnější po fyzické stránce v oblasti denních aktivit?
6. Vnímáte změny v rovnováze, orientace v prostoru, či trpíte závratěmi?
7. Používáte k pohybu kompenzační pomůcku? Pokud ano, jakou?
8. Jaké máte oblíbené aktivity?
9. Co si myslíte, že by Vám pomohlo ke zlepšení Vaší fyzické kondice?

B. Oblast každodenního života

1. Změnila se Vaše každodenní rutina? (hygienická péče, oblékání, stravování, chůze, nakupování, úklid domácnosti, atd) Jak?
2. Vedlo Vás CMP k úpravě domácnosti?
3. Používáte nějaké kompenzační pomůcky, které Vám usnadňují sebek péči? Jaké?
4. Pociťujete komplikace s vylučováním v porovnání se stavem před CMP? Pokud ano, co Vám dokáže pomoci?
5. Pociťujete pravidelnou fyzickou bolest nebo jiné nepohodlí? Pokud ano, jakým způsobem Vás ovlivňuje v každodenním životě?
6. Co by zlepšilo Váš každodenní život?

C. Psychický stav související s CMP

1. Jak hodnotíte svůj aktuální psychický stav?
2. Existuje něco, s čím se obtížně vyrovnáváte v rámci onemocnění?
3. Vyhledal/a jste či uvažujete o vyhledání pomoci psychologa?
4. Jaká je Vaše motivace pro překonávání životních úskalí spojených s nemocí?
5. Pozorujete u sebe výkyvy nálad nebo stavy úzkosti od doby, co jste prodělal/a CMP? Pokud ano, jak se projevují?
6. Dokázal byste říct, co by mohlo vést ke zlepšení Vašeho aktuálního psychického stavu?

D. Hodnoty a vnímání svého těla

1. Jak se změnil Váš pohled na svět?
2. Pomáhá Vám k překonávání Vaší současné situace víra?
3. Jak se cítíte ve svém těle?
4. Jak se změnili Vaše životní hodnoty, postoje a přesvědčení?

E. Sociální vztahy

1. Jak ovlivnila CMP Váš sociální život a interakce s ostatními lidmi?
2. Máte pocit, že po prodělání CMP Vás vnímá blízké okolí odlišně? Pokud ano, jak?
3. Nachází se ve vašem okolí osoba, která Vám pomáhá a podporuje v současné situaci?
4. Shledáváte rozdílný přístup Vaší rodiny po prodělání CMP?
5. Myslíte si, že chování členů Vaší rodiny ovlivnilo Váš zdravotní stav? Pokud ano, jak?
6. Je pro Vás podpora, kterou dostáváte od rodiny a svého okolí dostačující?
7. Jaký další typ další podpory byste uvítal od své rodiny a okolí?
8. Co Vám aktuálně brání k začlenění do původní sociální skupiny a pracovního života?

F. Spánek a odpočinek

1. Jakým způsobem dokážete nejlépe relaxovat?
2. Pociťujete zvýšenou potřebu odpočinku? Pokud ano, jak se tato potřeba projevuje?
3. Objevily se u Vás poruchy spánku po prodělání CMP? Pokud ano, jaké?
4. Existuje nějaká pomůcka (strategie, rituál, ...), která Vám zvýší kvalitu spánku? Pokud ano, jaká?