

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Ilona Trpkošová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života u pacientů po cévní mozkové příhodě

Ilona Trpkošová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona Trpkošová**
Osobní číslo: **Z14241**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Kvalita života u pacientů po cévní mozkové příhodě**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

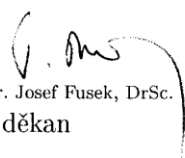
- 1.FEIGIN, Valery L. Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu. Praha: Galén, 2007. ISBN 9788072624287.
- 2.GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024736259.
- 3.HALMO, Renata. Sebevěče v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024748115.
- 4.JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. Speciální neurologie. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623125.
- 5.KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 6.KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- 7.SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 9788024752471.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Rusová, DiS.**


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2017**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9. 5. 2017

Ilona Trpkošová

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Jitce Rusové, DiS.-KOS za odborné vedení, trpělivý přístup a podporu při zrodu a tvorbě mé bakalářské práce.

Můj vřelý dík patří i mé rodině, která mně byla oporou po celou dobu studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě v různých obdobích rekonvalescence s ohledem na úroveň soběstačnosti. Ke zjištění kvality života byl použit standardizovaný dotazník SEIQoL, k vyhodnocení vybraných oblastí soběstačnosti v rámci denních aktivit Barthelové test. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část obsahuje dohledané poznatky o cévní mozkové příhodě, odborné ošetrovatelské péči o pacienty po cévní mozkové příhodě a o kvalitě života. Ve výzkumné části jsou prezentována zjištění ohledně hodnocení kvality života pacientů v souvislosti s jejich soběstačností, obdobím rekonvalescence po cévní mozkové příhodě, pohlavím a věkem.

KLÍČOVÁ SLOVA

Barthelové test, cévní mozková příhoda, kvalita života, SEIQoL, soběstačnost

TITLE

Quality of life in patients after stroke

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the quality of life in patients after stroke in various periods of recovery and level of independence. A standardized SEIQoL questionnaire was used to determine the quality of life, Barthel test was used to evaluate selected areas of independency. The thesis is divided into the theoretical and research part. The theoretical part contains the knowledge about stroke, professional nursing care about patients after stroke and quality of life. There are presented the findings of assessment of quality of life in patients after stroke in relation to their self-sufficiency, period of recovery after stroke, gender and age in the research part.

KEYWORDS

Barthel test, independence, quality of life, SEIQoL, stroke

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	13
1. Teoretická část	14
1.1 Cévní mozková příhoda	14
1.1.1 Epidemiologie cévní mozkové příhody	14
1.1.2 Etiopatogenese cévní mozkové příhody	14
1.1.3 Dělení cévních mozkových příhod	15
1.1.4 Rizikové faktory a prevence cévní mozkové příhody	16
1.1.5 Diagnostika a léčba cévní mozkové příhody	17
1.2 Odborná ošetrovatelská péče pacientů po iktu	17
1.2.1 Biologické potřeby.....	18
1.2.2 Psychosociální potřeby	22
1.3 Kvalita života	22
1.3.1 Přístupy k měření života	23
1.3.2 Standardizovaný dotazník SEIQoL	23
2. Výzkumná část.....	25
2.1 Výzkumné otázky.....	25
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.2.1 Charakteristika výzkumného souboru	26
2.2.2 Sběr dat	26
2.2.3 Hodnocení kvality života a celkové spokojenosti se životem pomocí standardizovaného dotazníku SEIQoL	27
2.2.4 Barthelové index	29
2.2.5 Statistické zpracování	30
2.3 Interpretace a prezentace dat.....	30
2.3.1 Věk a pohlaví respondentů	30

2.3.2	Doba od prodělání cévní mozkové příhody	31
2.3.3	Soběstačnost v každodenních aktivitách při příjmu na oddělení a před propuštěním s ohledem na věk respondentů	32
2.3.4	Kvalita života a celková míra spokojenosti se životem hodnocená při příjmu s ohledem na věk a pohlaví.....	33
2.3.5	Životní cíle respondentů	36
2.3.6	Kvalita života a celková míra spokojenosti se životem hodnocená při příjmu s ohledem na období rekonvalescence po cévní mozkové příhodě	36
2.3.7	Kvalita života a celková míra spokojenosti se životem s ohledem na deficit soběstačnosti při příjmu	38
2.3.8	Celková míra spokojenosti se životem s ohledem na deficit soběstačnosti před propuštěním	39
2.4	Diskuze.....	40
3.	Závěr	46
4.	Seznam použité literatury	47
5.	Přílohy.....	51

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Graf znázorňující věk a pohlaví respondentů.....	31
Obrázek 2 Graf znázorňující období od prodělané cévní mozkové příhody	32
Obrázek 3 Graf znázorňující vývoj soběstačnosti respondentů vzhledem k věku.....	32
Obrázek 4 Graf znázorňující vypočítaný index kvality života a subjektivní hodnocení kvality života při příjmu na oddělení	34
Obrázek 5 Graf znázorňující kvalitu života a míru spokojenosti se životem s ohledem na čas od prodělané CMP	37
Obrázek 6 Graf znázorňující index kvality života a subjektivní míru spokojenosti ve vztahu k soběstačnosti při příjmu	38
Obrázek 7 Graf znázorňující porovnání subjektivní míry spokojenosti se životem při příjmu a před propuštěním	39
Tabulka 1 Porovnání vypočítané a subjektivní kvality života v závislosti na věku a pohlaví .	35
Tabulka 2 Přehled četnosti životních cílů respondentů (n_i).....	36

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activities of Daily Living (aktivity denního života)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
BI	Barthel index
CMP	cévní mozková příhoda
CS	Complete Stroke (dokončený iktus)
CT	výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiograf
ES	Evolving Stroke (vyvíjející se iktus)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
MRI	Magnetic Resonance Imaging (magnetická rezonance)
NJS	nazojejunální sonda
NSG	nazogastrická sonda
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
QoL	Quality of life (kvalita života)
RIND	Reversible Ischemic Neurological Deficit (reversibilní ischemická příhoda)
SEIQoL	Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life (Program hodnocení individuální kvality života)
SF-36	Short Form 36 (standardizovaný dotazník)
VAS	Visual Analogus Scale (vizuální analogová škála)

Úvod

V České republice jsou cévní onemocnění mozku po onemocněních srdce jednou z nejčastějších příčin hospitalizace a umírá na ně ročně přibližně desetina z celkového počtu zemřelých. Pacienti jejichž průběh onemocnění není smrtelný, jsou zatíženi vlastní nemocí i jejími psychickými a fyzickými následky, které bývají zpravidla doživotní (Zvolský, 2012). Výrazným způsobem se mění kvalita života nemocného i jeho okolí. Cévní mozkové příhody představují vážný problém nejen medicínský, ale i sociální a ekonomický (Feigin, 2004 s.31).

Kvalita života představuje kategorii, která v současné době vstupuje do popředí zájmu medicínských, psychologických, sociologických, filosofických, etických, geografických, kulturních a ošetrovatelských vědních disciplín. Jeví se jako rychle se měnící proces, který je ovlivněn mnoha faktory. Je tedy zřejmé, že kvalita života se odvíjí od celistvosti a složitosti lidského života jako takového. Zahrnuje různorodé oblasti zkušeností člověka, počínaje změnami fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí. Je velmi obtížné definovat kvalitu života pro její multidimenzionální a multifaktoriální úroveň. Význam pojmu kvalita života nelze chápat jako něco všeobecného a závazného (Zeman, 2008 s.141-142). Je to sice pojem formální, hypotetický konstrukt, latentní proměnná, ale s individuálním obsahem. V běžné komunikaci rozumíme slovu kvalita jako významově dobrý, prvotřídní. V odborném jazyce se setkáváme s termínem kvalita života při popisu pozitivních i negativních aspektů života. Hodnocení, zda je náš život kvalitní se mění v závislosti na splnění našich životních cílů, porovnávání našeho života s očekávanou úrovní vlastní existence i se životem ostatních lidí. Kvalita života je nedílnou součástí společenského života, je často předmětem výzkumu či interpretačním východiskem pro řadu problémů spojených se zdravím i nemocí (Gurková, 2011 s. 21-23). Stává se kritériem i cílem ošetrovatelské péče, která se soustřeďuje na uspokojování potřeb pacienta, přičemž preferuje holistický přístup. Ošetrovatelství má jedno z dominantních postavení mezi obory, které se věnují problematice kvality života nemocných. Měření a vyhodnocení kvality života lze vyjádřit pomocí nejrůznějších přístupů, konceptů a metodologií, případně jejich kombinací (Hudáková, 2013 s. 8-10; Heřmanová, s. 63-64). V této bakalářské práci byl použit koncept metody SEIQoL, pro jeho jednoduchou konstrukci a originalitu, kdy celkový stav posuzuje a hodnotí pacient sám (Zeman, 2008 s. 148).

Cíle práce

1. Přehledně popsat problematiku cévní mozkové příhody, odborné ošetrovatelské péče o pacienty po cévní mozkové příhodě a přiblížit koncept kvality života.
2. Zjistit, jaká je kvalita života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě pomocí standardizovaného dotazníku SEIQoL s ohledem na úroveň soběstačnosti, období rekonvalescence, věk a pohlaví.

1. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bude stručně popsána problematika cévní mozkové příhody (CMP), odborné ošetrovatelské péče o pacienty po CMP a nastíněn koncept kvality života.

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda, též nazývaná jako apoplexie, iktus, stroke, a v současné době nejvíce známá pod pojmem mozkový infarkt, je závažný, destruktivní, akutní stav. Podle kritérií Světové zdravotnické organizace je cévní mozková příhoda definována jako rychle se vyvíjející mozková dysfunkce s klinickými známkami ložiskového, popřípadě difuzního poškození mozku s předpokladem cerebrovaskulárního původu a trvajících déle než 24 hodin nebo vedoucích ke smrti (Školoudík, Šaňák a kol., 2013, s. 17). Při tomto rychle se rozvíjejícím neurologickém deficitu jde o nedostatečné zásobení mozkové tkáně kyslíkem. Porucha krevního zásobení mozku vzniká tehdy, když dojde k selhání několika mechanismů řídících krevní oběh mozku. Toto poškození může být způsobeno neprůchodností cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, kombinací obou mechanismů, anebo rupturou cévy. Podle lokalizace a rozsahu poškození se může, anebo nemusí iktus projevit klinickými příznaky (bezpříznaková, němá mrtvice) (Feigin, 2007, s. 39).

1.1.1 Epidemiologie cévní mozkové příhody

Z epidemiologického hlediska je cévní onemocnění mozku po kardiovaskulárních chorobách a nádorech na třetím místě jako příčina úmrtí. V České republice oproti jiným státům Evropy a USA je úmrtnost na cévní onemocnění mozku vzrůstající, což pravděpodobně souvisí s narůstajícím průměrným věkem obyvatel u nás. Výskyt CMP v České republice kolísá podle územní lokality mezi 150-200/100000 občanů. Cévní nemoci mozku jsou nejčastější příčinou hospitalizace a 40 % nemocných s CMP umírá do 1 roku (Bednařík a kol., 2010, s. 6; Seidl, 2015, s. 188).

1.1.2 Etiopatogeneze cévní mozkové příhody

Příčiny CMP můžeme rozdělit na dvě základní skupiny: ischemie (85 %) a krvácení (15 %). Mozková tkáň má vysoké energetické nároky a bez stálého přísunu kyslíku a glukózy dochází k poškození nebo odumření nervových buněk. Na celkové hmotnosti organismu se sice podílí pouhými 2 %, ale její celková spotřeba kyslíku je dvacetiprocentní a téměř konstantní. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby průtok krve mozkovými tepnami byl stále plynulý. Autoregulační mechanismy organismu dokáží dobře kompenzovat kolísání

arteriálního tlaku v rozmezí 60-150 torrů pomocí vasokonstrikce a vasodilatace arteriol. Mozková perfuze musí také reagovat na metabolické nároky jednotlivých částí mozku, obzvláště při zvýšené aktivitě nervových buněk, kdy dochází k redistribuci krve a zvýšení průtoku v metabolicky aktivní oblasti mozku (Seidl, 2015, s. 190).

Cévní zásobení mozku a jeho regulační mechanismy představují hlavní faktory v etiopatogenezi CMP. Zásobení mozku tepennou krví můžeme rozdělit na oblast karotického (předního) povodí, tvořeného hlavními přívodními tepnami a to párovou a. carotis interna a na oblast vertebrobazilárního (zadního) povodí taktéž tvořeného párovými tepnami aa. vertebrales, které se na úrovni mozkového kmene spojují v a. basilaris. Mezi těmito tepnami probíhají spojky a vytváří se tak Willisův okruh na spodině mozku, čímž je zajištěna komunikace mezi karotickým a vertebrobazilárním povodím, ale také mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace, což do určité míry umožňuje kolaterální oběh při možné vzniklé cévní nedostatečnosti. Z Willisova okruhu vycházejí velké párové tepny probíhající po povrchu mozku a zásobující korové a podkorové oblasti a dále drobné penetrující arterie zásobující hluboké mozkové struktury, ty jsou však konečné a nemají kolaterální spojení (Seidl, 2015, s.188-189). Žíly mozku jsou tenkostěnné a nemají chlopně. Žilní odtok mozku je tvořen povrchovým a hlubokým žilním systémem. Povrchové žíly odvádějí krev z mozkové kůry a podkorových oblastí do nitrolebních splavů a odtud hlavními odvodnými cévami do vv. jugulares. Z centrálních struktur mozku je odváděna neokysličená krev hlubokým žilním systémem tvořeným vv.cerebri internaie, které se spojují v v.cerebri magna (Naňka a kol., 2009, s. 269-270).

1.1.3 Dělení cévních mozkových příhod

Základní rozdělení je dle příčiny vyvolávající funkční deficit mozku. CMP můžeme rozdělit na vaskulární ischemické cévní příhody a hemoragické cévní příhody (Herzig, 2008, s. 10).

Ischemické cévní mozkové příhody můžeme dále rozdělit dle časového hlediska na :

- TIA – tranzitorní ischemickou ataku, přechodnou ischemickou příhodou, kdy v řádu sekund, minut a nejdéle do 24 hodin kompletně odeznívají projevy fokální mozkové dysfunkce.
- RIND – reverzibilní ischemická cévní příhoda s vratným neurologickým deficitem, kdy výpad funkce mozkové tkáně kompletně odeznívá za déle než 24 hodin.

- ES – pokračující ischemická příhoda, subakutní s narůstající poruchou funkce mozku a bez stabilizace v posledních 24 hodinách.
- CS – ukončená ischemická cévní příhoda, kdy se jedná již o stav chronický bez vývoje v posledních 24 hodinách (Herzig, 2000, s. 11).

Hemoragické mozkové příhody tvoří 20% podíl na výskytu všech iktů. Dělíme je na intracerebrální, kdy je iktus způsoben krvácením do mozkové tkáně a na subarachnoidální, intraventrikulární, kdy krvácení je zřejmé mezi mozkovými obaly a lebkou (Feigin, 2007, s.46).

1.1.4 Rizikové faktory a prevence cévní mozkové příhody

Převážná většina cévních mozkových příhod vzniká kombinací příčin rizikových faktorů návykových i medicínských. Rizikové faktory jsou výrazně spjaty s možností prevence, některé můžeme regulovat a eliminovat. Predisponující faktory vzniku CMP dělíme obecně na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi rizikové faktory, které nemůžeme změnit, tedy neovlivnitelné řadíme věk, pohlaví, dědičné dispozice, rasový původ, geografické a meteorologické podmínky. Uvádí se, že kontrolou ovlivnitelných rizikových faktorů lze předejít CMP v 85 %. Většina těchto rizik se vzájemně ovlivňuje zesilujícím účinkem jednoho na druhého a opačně. Rizikovými faktory, které můžeme ovlivnit jsou hypertenze, dyslipidemie, ateroskleróza, srdeční onemocnění, diabetes mellitus, obezita, polycytemie, TIA, závislost na alkoholu a nikotinu, hormonální antikoncepce a soubor činností nezdravého životního stylu, zejména skladby stravy a tělesného pohybu (Feigin, 2007, s. 49-63).

Spence (2008, s. 9) o prevenci CMP uvádí, že u nejvýše rizikových skupin pacientů lze v 75 % zabránit CMP, případně nemusí k této chorobě vůbec dojít. Vyjadřuje názor, že pacienti ani lékaři nevyužívají nové poznatky v prevenci tohoto onemocnění. Do primární prevence patří režimová opatření, farmakoterapie a chirurgická endovaskulární terapie karotických stenóz. Součástí režimových opatření je včasná regulace a kompenzace rizikových faktorů zejména v příjmu stravy, tělesném pohybu, abusu alkoholu a kouření. Další nezbytnou primární prevencí je farmakoterapie, která se orientuje na antiagregační, antikoagulační, antihypertenzivní a dyslipidemickou léčbu (Herzig, 2008, s. 22-24). Sekundární prevence je medikamentózní a je zaměřená na příčinu vzniku CMP. Součástí této prevence je i odborná multidisciplinární lékařská péče, která je často u pacientů po iktu doživotní (Kalina, 2008, s. 139-140).

1.1.5 Diagnostika a léčba cévní mozkové příhody

Přesná a včasná diagnostika cévní mozkové příhody je důležitá nejen pro prevenci komplikací iktu, ale i pro správné zvolení léčebného postupu. Zároveň potřebujeme vyloučit i jiné příčiny, jejichž příznaky se pouze cerebrovaskulárnímu onemocnění podobají. Většina pacientů, u kterých je podezření na iktus trpí i jiným onemocněním (Spence, 2008, s. 45-50). Základem diagnostiky CMP je rychlý rozbor cíleného klinického vyšetření pacienta a odebrání anamnezy. Nedílnou součástí je interní vyšetření se zaměřením na zhodnocení kardiovaskulárních a vitálních funkcí. Teprve pomocnými vyšetřovacími metodami lze určit příčinu mozkové dysfunkce (Herzig, 2008, s. 36). Základními diagnostickými metodami je výpočetní tomografie (CT) a zobrazení magnetickou rezonancí (MRI) hlavy. Dalšími metodami, kterými lze určit rozsah poškození mozku je magnetická rezonanční angiografie, mozková angiografie a neurosonologická vyšetření. Mezi další pomocné vyšetřovací metody patří EKG, rentgen srdce a plic, laboratorní vyšetření krve a moče, pulzní oxymetrie, vyšetření krevního tlaku a lumbální punkce (Feigin, 2007, s. 91-97).

Cílem léčby cévní mozkové příhody je brzké dosažení úpravy klinického i funkčního stavu pacienta, zabránění rozvoji komplikací a možné recidivě ve smyslu úrovně jejich pozdější nezávislosti a kvality života. Specifika léčby se odvíjí od mechanismů způsobujících iktus (Feigin, 2007, s. 85-86). Možnosti léčby ischemického iktu spočívají v obnově krevního průtoku postižené oblasti mozku. Nadějným způsobem se jeví trombolýza, jejímž hlavním kritériem je čas vzniku iktu a spočívá v intravenózním podávání trombololytika Actilyse, zprvu bolusově, poté v infuzi. Ischemická cévní mozková příhoda, která nespĺňuje podmínky pro trombolýzu je léčena medikamentózně antikoagulační, antiagregační, antiedematozní a symptomatologickou terapií. Chirurgická léčba se nabízí při stenóze v oblasti vnitřní krkavice. Nezbytnou terapeutickou součástí je zahájení včasné rehabilitace (Seidl, 2015, s. 200-203). Většina mozkových krvácení se přirozeně vstřebá. Jednou z možností terapie hemoragické cévní mozkové příhody je operativní řešení. I zde se uplatňují ostatní léčebné postupy, orientované symptomatologicky a preventivně (Feigin, 2007, s. 87-90).

1.2 Odborná ošetrovatelská péče pacientů po iktu

Ošetrovatelská péče vychází z Koncepce ošetrovatelství ČR uvedené ve Věstníku č. 9/2004 a jejím hlavním cílem je komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka se zřetelem na individuální kvalitu života v biologické, psychosociální a duchovní rovině

(Bužgová, 2011, s. 58-63). Odborná ošetrovatelská péče pacientů po CMP je realizována metodou ošetrovatelského procesu, kdy všeobecná sestra shromažďuje a posuzuje anamnézu, současný zdravotní stav, biologické, psychosociální a spirituální potřeby pacienta. Na základě analýzy těchto údajů formuluje ošetrovatelskou diagnózu, která je základním vodítkem pro plánování ošetrovatelských intervencí. Ve fázi realizace všeobecná sestra uskutečňuje, dle potřeby modifikuje ošetrovatelské cíle. Poslední fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení vyčleněných ošetrovatelských cílů a účinnost péče (Slezáková, 2014, s. 9-11). Kvalitní péče pacienta po iktu vyžaduje vzájemně se prolínající spolupráci multidisciplinárního týmu zdravotnických pracovníků s různým stupněm kvalifikace (lékaři, psychologové, sestry, logopedi, fyzioterapeuti, zdravotničtí asistenti i sanitáři) (Slezáková, 2014, s. 10).

1.2.1 Biologické potřeby

Na následujících řádcích budou popsány jednotlivé biologické potřeby pacientů po CMP.

Hygienická péče zahrnuje udržování osobní čistoty, péče o tělesnou hygienu a oblékání, patří k základním biologickým potřebám a pro většinu lidí je výchozím předpokladem osobní pohody (Trachtová, 2001, s. 51). Po zhodnocení úrovně soběstačnosti je pacientovi zajištěna hygienická péče odpovídající rozsahu jeho disability, která zahrnuje celkovou koupel, péči o kůži celého těla promazáváním a promašťováním vhodnými prostředky se zřetelem na predilekční místa možného vzniku dekubitů. Důležitou součástí je též pravidelná hygienická péče o genitálie a okolí permanentního močového katetru. Nejméně dvakrát denně je nutná zvláštní hygienická péče o dutinu ústní, oči a nos. Udržování čistoty lůžka a výměna ložního prádla je pravidelná nebo dle aktuální potřeby (Slezáková, 2007, s. 151).

V oblasti **vyprazdňování** v prvních týdnech po iktu jsou částečná nebo úplná inkontinence moče a stolice, případně retence moče relativně častými vyměšovacími problémy. V některých případech se podaří nemocným během několika týdnů nabýt kontroly nad svým vyměšováním, u jiných tento problém přetrvává. Řešení inkontinence spočívá v používání inkontinentních pomůcek, řešení retence moče v zavedení permanentního močového katetru, který je důležitý i při sledování hodinové diurézy u pacientů v akutním stavu (Feigin, 2007, s. 148). Všeobecná sestra sleduje diurézu, hodnotí moč a stolicí, její pravidelnost a odchod plynů. Dle deficitu soběstačnosti umožní pacientovi vyprazdňování

na WC, do klozetového křesla, močové lahve či toaletní podložní mísy (Slezáková, 2007, s. 153; Slezáková, 2014, s. 57).

Také oblast **výživy** bývá při CMP dotčena, neboť může dojít ke snížení či znemožnění příjmu potravy. Tento stav by mohl vést k malnutrici, která závažně zhoršuje prognózu onemocnění. Pokud není adekvátní perorální příjem potravy, volíme nutriční podporu. Metodou první volby je farmaceuticky vyráběná enterální výživa podávaná nutriční sondou, nazogastrickou (NGS) nebo nazojejunální (NJS). Při nutnosti podávat stravu výživovou sondou déle jak 6 týdnů je vhodný příjem stravy punkční gastrostomií (PEG) nebo jejunostomií (PEJ). V období rekonvalescence, při možném bezpečném polykání je vhodné přejít na perorální příjem stravy s doplňkovými nutričně vyváženými přípravky (tzv. sipping - popíjení). Parenterální výživa je vyhrazena pro závažné stavy, kdy pro dysfunkci zažívacího traktu není možno použít výživu enterální (Kalvach, 2010, s. 316-318). Jedním z možných důsledků CPM je dysfagie. Ke zhodnocení polykacích obtíží je důležité přizvat též logopeda, který určí konzistenci stravy a nápojů tak, aby pacient mohl bezpečně polykat. Zpravidla se vyhýbáme jídlům suchým, velmi tvrdým, drobným a tekutiny zahušťujeme. Výsledná konzistence stravy má být lehce soudržná a bez hrudek (Feigin, 2007, s. 143-144). Všeobecná sestra pozoruje pacienta při příjmu stravy a tekutin z důvodu možné aspirace a regurgitace. Doporučuje pacientovi vkládání malého množství potravy do nepostižené poloviny úst a kontroluje, zda po polknutí nezůstaly v ústech zbytky jídla. Monitoruje příjem tekutin pro přiměřené udržení hydratace (Slezáková, 2014, s. 71). Dle deficitu soběstačnosti je pacient krmen, či dokrmován, kdy je nutné dodržovat správné postupy metody krmení. Hlavními zásadami jsou vhodná poloha nemocného (dle jeho možností a aktuálního stavu) vsedě a dodržení horizontální úrovně s pacientem, správná poloha hlavy (skloněná brada), horní končetiny nemocného umístěné na stole nebo jídelním stolku, dostatek času, zajištění klidného a příjemného prostředí, ochrana oděvu pacienta před znečištěním, hygienická péče o ruce před podáváním stravy. Po skončení krmení by měl být pacient ponechán ještě 15-30 minut vsedě a měla by být provedena kontrola dutiny ústní s odstraněním případných zbytků stravy (Pokorná, 2013, s. 68-69). Pro častou poruchu polykání a trávení pacientů po CMP též spolupracuje s nutriční terapeutkou. Tím je zajištěna správná skladba i konzistence stravy (Feigin, 2007, s. 114-117).

Oblast péče o **polohu a pohyb** zahrnuje pečlivé polohování, které má pro pacienta po CMP nesporný význam v prevenci imobilizačního syndromu, vzniku krevních sraženin,

dekubitů, zánětu plic, kloubních kontraktur, bolestí ramene, dolních i horních končetin. Otáčení a polohování imobilizovaného pacienta by mělo být pravidelné ve dne i v noci ve 2-3 hodinových intervalech. K usnadnění mobilizace lze použít různá pomocná zařízení (potahy, zvedáky) a polohovací pomůcky (Feigin, 2007, s.122-132).

Rehabilitace a podpora k soběstačnosti vyžaduje spolupráci nejen pacienta, ale i jeho rodiny. Období rekonvalescence pokračuje i po propuštění z nemocnice. Multidisciplinární tým specialistů posuzuje zdravotní stav nemocného k zahájení rehabilitace, která může někdy začít i v prvních hodinách po CMP, v jiných případech po několika dnech, týdnech. Obvykle začíná v nemocnici na iktové jednotce nebo jiném oddělení, poté ve specializovaných rehabilitačních zařízeních či centrech. Cílem rehabilitační léčby je obnovit soběstačnost pacienta co do nejvyšší možné míry a tím zmenšit jeho závislost na okolí (Feigin, 2007, s. 113-114). Všeobecná sestra vyhodnotí rozsah soběstačnosti pacienta dle používaných klasifikací (Slezáková, 2014, s. 68). Jednou z nejpoužívanějších je Barthelové index (BI). Jedná se o generický test pro hodnocení soběstačnosti pacientů v aktivitách každodenního života (ADL – Activities of Daily Living). Tento test vznikl v roce 1965 v Marylandu v USA a jeho autorkami jsou Dorothea W. Barthel a Florence I. Mahoney. Původně sloužil k hodnocení soběstačnosti u pacientů s neuromuskulárním a myoskeletárním onemocněním. Pacienti byli pomocí BI hodnoceni pravidelně, což umožnilo sledovat vývoj jejich stavu v jednotlivých aktivitách. BI byl též doporučen jako vhodná škála pro vyhodnocení soběstačnosti v geriatrici. V současnosti je BI využíván k hodnocení funkční zdatnosti pacienta ve smyslu soběstačnosti a sebeděče. Barthelové index je popisován jako strukturovaný dotazník pro hodnocení stupně závislosti testovaných osob, bývá volně k dispozici, ale bez konkrétního doporučení k jeho vyplnění. Je důležité stanovit přesná pravidla pro hodnocení jednotlivých činností, aby nedošlo k subjektivizaci stavu jedince jím samým nebo hodnotící osobou. Hodnocení jednotlivých činností je plně závislé na osobě, která test provádí. Záleží na přístupu zařízení, která test využívají, jaké modifikace a pohledy mají na problematiku hodnocení určitých oblastí, aby předešli odlišnostem v hodnocení mezi jedinci i pracovišti. Zpravidla však bývají přístupy hodnocení sjednoceny. Pacient je hodnocen v deseti základních oblastech aktivit denního života:

- Příjem potravy a tekutin
- Oblékání
- Koupání

- Osobní hygiena
- Kontinence moči
- Kontinence stolice
- Použití WC
- Přesun lůžko-židle
- Chůze po rovině
- Chůze po schodech

Každá oblast je hodnocena body (0 nebo 5 body, v některých otázkách pak i 10 nebo 15 body), dle samostatnosti při provádění konkrétní aktivity. Úplná závislost je vyjádřena 0 body a úplná (v některých oblastech případně částečná) nezávislost 5 nebo 10 či 15 body (dle konkrétní aktivity). Pacient nemůže získat plný počet bodů v konkrétní činnosti vyžadující úplnou nezávislost, pokud ji opravdu neprovede sám, bez přítomnosti druhé osoby v místnosti, nebo pokud je potřeba dohled či minimální dopomoc (Pokorná, 2013, s. 87-88).

Spoluprací s fyzioterapeuty zajišťuje všeobecná sestra změny poloh postižených končetin, otáčení na lůžku, polohování do sedu, přesuny z lůžka, nácvik stoje a dechová cvičení. Edukuje pacienta o potřebě pasivního i aktivního cvičení a používání kompenzačních pomůcek. Informuje a edukuje blízké osoby, rodinu o možných komplikacích imobility a o potřebě jejich zájmu na řešení problému. Při každé manipulaci s nemocným důsledně dbá na bezpečnost pacienta a prevenci pádu použitím správných manipulačních technik a vhodných kompenzačních pomůcek (Slezáková, 2014, s. 68-69). Ve spolupráci s ergoterapeutem pomáhá všeobecná sestra pacientovi s každodenními aktivitami (oblékáním, denní osobní hygienickou péčí, příjmem stravy a tekutin, vyprazdňováním) a podílí se na hodnocení míry soběstačnosti.

Součástí léčby a období zotavování je též prevence tromboembolické nemoci, spočívající v podávání antiagregačních a antikoagulačních léčiv, kompresí dolních končetin bandáží či elastickými punčochami a možností včasné mobilizace (Feigin, 2007, s.133).

Soběstačnost, sebestarost tedy starost o sebe sama v sobě zahrnuje koncepci jedince, týkající se jeho bytí a budoucnosti ve společnosti a současného náhledu na vlastní zdraví a pocit dobra, který ovlivňuje jeho jednání v sebestarosti. Soběstačnost je tedy chápána jako pojem, který v sobě zahrnuje nejen filosoficko-etický ale též společenský rozměr. Ten je zřejmý

ve způsobu profesionálního přístupu pečovatele k nemocnému a spočívá v respektování autonomie jedince (Halmo, 2014, s. 17).

Spánek a odpočinek má zásadní význam pro každého člověka. Nemocní po CMP často trpí poruchou spánku z důvodu bolesti, změny prostředí, poruch vědomí (Slezáková, 2014 s. 63). Je tedy nutné zajistit pacientovi zmírnění projevů bolesti podáním ordinované analgezie, uvedením do úlevové polohy, zabezpečením klidného a bezpečného prostředí a spánkových návyků (Mikšová, 2006, s. 124-128).

1.2.2 Psychosociální potřeby

Po iktu může trpět různě závažnými emočními problémy většina nemocných. Reakce žalu, podrážděnosti, nespokojenosti, smutku a deprese jsou následky onemocnění, stejně jako poruchy kognitivních funkcí postižení smyslů a řeči. Lidé po CMP jsou obzvláště citliví na změny ve svém okolí a své situace (Feigin, 2007, s. 150-160). Pacienty se snažíme motivovat a zapojit do aktivní rehabilitace, vyjadřujeme radost nad pokroky v sebepěči, verbálním projevu, mobilitě. Pečlivě nasloucháme a sledujeme neverbální i verbální komunikaci. Vysvětlíme důvody porušené verbální komunikace, během rozhovoru s pacientem udržujeme stálý oční kontakt a vedeme jednoduchou komunikaci s využitím různých způsobů (zrak, sluch, kinestetický způsob) k získání informací o nemocném. Učíme pacienta používat alternativní prostředky k vyjádření svých potřeb (gesta, signály rukama, očima, blok a pero). Povzbuzujeme nejen nemocného, ale i jeho blízké ke vzájemné verbální komunikaci (Slezáková, 2014, s. 63-67).

1.3 Kvalita života

Nad otázkou kvality života se lidé zamýšleli odedávna, dodnes však není jednotná definice kvality života známa. Jednoduše, číselně můžeme definovat kvantitu neboli délku života. Vyjádření pojmu kvalita je možné významově, pak se kvalitou rozumí jakost, hodnota (dobrá nebo naopak špatná) s jasnou charakteristikou. Život jednoho člověka se liší od života jiného, každý člověk spatřuje kvalitu svého života v něčem jiném, proto je složité definovat i určit kvalitu života. Splněním a dosažením vytčených životních cílů dojde ke spokojenosti se životem, tudíž i jeho kvalitou (Křivohlavý, 2002, s. 162-163).

Problematika kvality života je úzce spjata se zdravím, které je významnou součástí (a mnohdy i nutnou podmínkou) plnohodnotného (kvalitního) života. Je zřejmé, že podporou

individuálního fyzického i duševního zdraví, lze zvyšovat objektivní i subjektivně pocívanou kvalitu života ve smyslu vnímání sebezpečí, schopnosti pohybu a práce, interakce s okolím apod. (Heřmanová, 2012, s. 63). Hodnocení kvality života související se zdravím má velký význam nejen pro zdravotní stav jedince, ale i pro jeho spokojenost se životem, do které se promítá úspěšnost léčby a dopad terapeutických intervencí. Pro farmakoekonomické analýzy a klinické studie je hodnocení kvality života důležitým indikátorem pro posouzení efektivnosti léčby, finanční nákladnosti i délky života (Vaňásková, Bednář, 2013, s. 140).

1.3.1 Přístupy k měření života

Dle Křivohlavého (2002, s. 165) je kvalita života je měřitelná pomocí různých metod. Některé metody slouží pro hodnocení kvality života druhou osobou (lékař, ošetřovatel), jiné jsou pak konstruovány tak, že hodnotitelem kvality života je sama daná osoba. V metodách smíšených je pak kombinováno hodnocení danou osobou s hodnocením osobou druhou.

Tak, jako existuje mnoho různých definic kvality života, z nichž není ani jedna všeobecně akceptována a mnoho různých způsobů pro hodnocení kvality života obecně, existuje i velké množství metod použitelných specificky u pacientů po cévní mozkové příhodě (PAYNE, 2005, s. 206-214, s 513-514). Různé škály pro hodnocení různých parametrů kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě přehledně popisují Vaňásková a Bednář (2013), nicméně největší pozornost věnují metodám zaměřeným na kvalitu života podmíněnou zdravím.

Jedním z možných nástrojů hodnocení interpersonální kvality života představuje standardizovaný dotazník SEIQoL, což je příklad metody, kdy kvalitu života hodnotí sama osoba, které se hodnocení týká a ve které hrají významnou roli i jiné aspekty kvality života, nejen zdraví (Heřmanová, 2012, s. 138).

1.3.2 Standardizovaný dotazník SEIQoL

Kvalita života, tak jak ji chápe metoda Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life Program hodnocení individuální kvality života (SEIQoL), není něčím všeobecně platným pro všechny lidi. Je individuální, to znamená, že k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí (chápe či definuje) ten, kdo je dotazován. Základními daty jsou zde výpovědi dané osoby. Pojetí kvality života daného člověka závisí tedy na jeho vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života zjišťován

(diagnostikován) a plně respektován. Aspekty života, které jsou v dané chvíli považovány jedincem za podstatné, jsou jím zcela svobodně voleny a počítá se s tím, že se mohou v průběhu jeho života měnit (Křivohlavý, 2002, s 172).

Metoda SEIQoL se snaží v rozhovoru (interview) s určitou osobou zjistit cíle života, které jsou ni důležité a rozpoznat aspekty kriticky závažné. Nejde o zcela volný rozhovor, který by zřejmě byl ideálem, ale o rozhovor do určité míry strukturovaný. Je tematicky omezen na nejdůležitější životní cíle, přičemž se zjišťuje relativní důležitost každého aspektu kvality života člověka v jeho současné situaci (Křivohlavý, 2001, s. 243-244).

Daná osoba je požádána, aby uvedla obvykle pět životních cílů či podnětů k životu (tzv. cues), které ona sama považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější. Životní cíl je jedním z klíčových pojmů metody SEIQoL a rozumí se jím cíl snažení, tj. teologický (cílově zaměřený) podnět k aktivitě. Sémanticky by bylo možno překládat tento termín větou typu: Oč Vám v životě jde a oč především. Hlubší význam je možno vyjádřit jako cílový podnět snažení, zaměření, směřování či smysl života, kdy jde o vyjádření životních úkolů a cílů v rámci celkového obrazu života. Jde o tzv. dlouhodobé snahy, ne o momentální chtění (Křivohlavý, 2001, s. 244-245).

V rozhovoru se v ideálním případě daným osobám neuvádějí příklady různých možných zaměření, aby se zamezilo jejich sugestivnímu ovlivňování. Někteří autoři však připouštějí možnost uvedení některých konkrétnějších příkladů (např. sport, kultura) v případě, že respondent ne zcela dobře chápe, o co v dotazu po vyjmenování pěti základních životních hodnot jde (Zeman, 2008, s. 143). Příklady životních cílů dle (Křivohlavého, 2001, s. 245):

- Rodina, manželství jde o otázky lásky, porozumění, péče a starostlivosti.
- Zdraví (tělesné) – jeho udržování, případně zlepšování; jde o úspěšné bojování se zdravotními těžkostmi – např. abych byl/a/ soběstačná.
- Duševní pohoda – duševní zdraví, udržování paměti v dobrém stavu, péče o citlivé vnímání a rozumné myšlení, o to mít dobrou náladu a neztratit chuť do života.
- Duchovní život – mít pro co žít, nacházet smysl života, hledat a poznávat to, co je v životě podstatné, poznávat Boha a hlouběji chápat sebe.
- Vztahy mezi lidmi – ohled na druhé lidi – udržování přátelských vztahů, zlepšování vzájemných vztahů s druhými lidmi, rozvíjení altruismu.
- Práce na sobě – sebevzdělávání studovat, číst, získávat nové dovednosti.
- Koníčky – zahradničení, cestování, zpěv, vaření, ruční práce.

2. VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky

1. Jaká je kvalita života respondentů a celková míra spokojenosti se životem hodnocena metodou SEIQoL při příjmu na oddělení s ohledem na věk a pohlaví?
2. Jaká je kvalita života respondentů a celková míra spokojenosti se životem hodnocena metodou SEIQoL při příjmu na oddělení s ohledem na období rekonvalescence po cévní mozkové příhodě?
3. Která životní témata budou respondenty uváděna nejčastěji?
4. Jaká je kvalita života respondentů a celková míra spokojenosti se životem hodnocena metodou SEIQoL s ohledem na deficit soběstačnosti dle Barthelové indexu při příjmu na oddělení a celková míra spokojenosti se životem s ohledem na deficit soběstačnosti před plánovaným propuštěním?

2.2 Metodika výzkumu

Pro dosažení stanovených cílů a k získání odpovědí na stanovené výzkumné otázky bylo potřeba zhodnotit kvalitu života a celkovou míru spokojenosti se životem u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě pomocí standardizovaného dotazníku Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL), zhodnotit míru jejich soběstačnosti v denních činnostech (vybrán byl Barthelové index, viz. Příloha A) a získat informace o věku, pohlaví a době od proděláné cévní mozkové příhody.

2.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen respondenty z řad hospitalizovaných pacientů na lůžkách odborné ošetrovatelské a rehabilitační péče ve vybrané léčebně. Jedná se o záměrný výběr respondentů starších 18 let, v různé době rekonvalescence po prodělané CMP, u kterých je předpokládána tříměsíční délka hospitalizace v léčebně. V tomto časovém úseku je reálné posouzení vývoje funkční závislosti (respektive soběstačnosti) v denních činnostech v souvislosti s ošetrovatelskou a rehabilitační péčí. Respondenti byli přijímáni k hospitalizaci z jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení, ale i z domácího prostředí. S předpokládanou délkou hospitalizace vždy souhlasili. Do pěti dnů od příjmu byli respondenti schopni verbální komunikace osloveni a požádáni o souhlas s výzkumným šetřením. Pro nemožnost verbální komunikace z důvodu těžké expresivní fatické poruchy a depresivního syndromu jsem neoslovila 1 pacienta. Po získání souhlasu s výzkumem byla zjišťována orientace respondentů místem a osobou. Celkem bylo osloveno 40 respondentů. Všichni souhlasili s výzkumným šetřením a jejich účast byla dobrovolná.

2.2.2 Sběr dat

S výzkumným šetřením nejprve vyjádřily souhlas hlavní sestra léčebny, vrchní a staniční sestra lůžkového oddělení odborné ošetrovatelské a rehabilitační péče. Šetření probíhalo v období od června do října roku 2016. S výzkumem souhlasilo 40 respondentů, ale pro akutní zhoršení zdravotního stavu v období adaptačního procesu byla předčasně ukončena hospitalizace jednoho pacienta, který s výzkumem souhlasil. Celkový soubor respondentů tedy činil 39. V období adaptace, tj. do pěti dnů od příjmu na oddělení byli vybraní respondenti osloveni a požádáni o spolupráci na výzkumném šetření. Byli informováni o tématu bakalářské práce a bylo jim přislíbeno zachování anonymity. Po vyslovení souhlasu jim byla nabídnuta pomoc při vyplňování dotazníku SEIQoL, (viz. Příloha B), kterou všichni respondenti uvítali. Pomoc spočívala ve vysvětlení pokynů k vyplnění a zaznamenání odpovědí do připravených formulářů, ve kterých byl též prostor pro údaje o

věku, pohlaví, době od prodělání CMP, dnu hospitalizace a datu sběru dat po přijetí a před propuštěním (škála pro vyhodnocení celkové spokojenosti se životem obsažená v dotazníku SEIQoL byla součástí formuláře 2x, jednou pro vyplnění při příjmu, podruhé pro vyplnění před propuštěním). Následně byla posouzena jejich soběstačnost v denních činnostech pomocí Barthelové indexu. Také toto bylo zaznamenáváno do předem připraveného formuláře. Vyplňování dotazníku a posouzení funkční závislosti Barthel testem trvalo průměrně 60 minut. Při zjišťování informací pomocí dotazníku SEIQoL mnohdy docházelo k emočním projevům pacientů, lítosti a vzpomínkám na minulost ve všech oblastech jejich života. V této chvíli nebylo možné pokračovat s výzkumným šetřením. Bylo však žádoucí trpělivě a klidně naslouchat příběhům respondentů, projevovat empatii a uklidňovat je svojí přítomností, pohledem z očí do očí, lehkým dotykem, pohazením a klidnou verbální komunikací. Vždy bylo potřeba počkat, až dojde ke zklidnění projevů emotivní reakce. Po této fázi respondenti verbálně vyjadřovali uspokojení nad tím, že si mají s kým popovídat o svých životních radostech i strastech. Následně již bylo možné navázat na dotazníkové otázky a pomáhat při vyplňování, bylo však nutné zvážit, zda je vhodné pokračovat v dotazníkovém šetření ještě týž den, nebo si domluvit schůzku na den jiný. S ohledem na obě strany byl většinou volen dvoudenní odstup, (také pro výzkumníka) byly tyto náhle vzniklé emoční situace pacientů přemýšlejících o smysluplnosti a naplnění jejich života po prodělané CMP velmi psychicky náročné.

V období 7 kalendářních dnů před plánovaným propuštěním z hospitalizace byla respondentům opět předložena škála pro vyhodnocení subjektivní spokojenosti se životem obsažená v dotazníku SEIQoL a znovu byla hodnocena míra soběstačnosti pomocí Barthelové indexu.

2.2.3 Hodnocení kvality života a celkové spokojenosti se životem pomocí standardizovaného dotazníku SEIQoL

Bližší informace ke standardizovanému dotazníku SEIQoL jsou v teoretické části práce (kapitola č.1.3.2). Zde budou uvedeny pouze údaje důležité pro zadávání a vyhodnocování tohoto dotazníku.

Dotazník má dvě části, v první části se pomocí uvedení pěti nejvýznamnějších životních cílů (včetně specifikace jejich významnosti) hodnotí tzv. index kvality života, tj. kvalita

života vypočítaná, ve druhé části pak respondenti vyznačují celkovou míru spokojenosti (subjektivní hodnocení kvality života) na vizuální analogové škále.

Návod, jak správně pracovat s dotazníkem je zobrazen v jeho úvodní části. Prvním úkolem bylo, aby se respondenti zamysleli nad obecnějšími příklady životních cílů (cues) a sdělili pět pro ně osobně v životě nejdůležitějších. Příklady životních cílů nebylo vhodné respondentům uvádět, aby nebyli ovlivněni výběrem různých témat. Druhým úkolem bylo, aby respondenti uvedli, jak moc jsou jimi sdělená životní témata pro ně důležitá. Pro všech pět uvedených životních témat měli k dispozici 100 % a úkolem bylo rozdělit těchto 100 % mezi pět uvedených životních cílů, podle toho, jak moc je to či ono téma pro ně důležité. Třetím úkolem bylo, aby respondenti vyjádřili míru spokojenosti od 0 % do 100 % s dosažením uvedených životních cílů, kdy 0 % je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojen/a), 100 % znamená, že jsem zcela spokojen/a s naplněním daného cíle.

Posledním úkolem bylo, aby respondenti vyjádřili celkovou míru spokojenosti se životem (subjektivní míra QoL) na vizuální analogové škále (nazývané také jako teploměr spokojenosti se životem), znázorněné úsečkou rozdělenou na 100 dílků, kdy levý okraj je označen slovy „je to tak špatné, jak jen to je možné“ a pravý okraj je označen slovy „je to tak dobré, jak jen to dobré může být“. Vyjádření celkové míry spokojenosti se životem znázornili respondenti zapsaným křížkem v místě úsečky, kterým vystihli momentální míru spokojenosti se životem (Křivohlavý, 2001, s. 244-247). Vzhledem k tomu, že míra celkové subjektivní spokojenosti se životem byla hodnocena spolu s indexem kvality života po přijetí, ale také pak samostatně (bez hodnocení indexu kvality života) před propuštěním, byla tato škála ve formuláři vystižena dvakrát.

Vyhodnocení SEIQoL bylo provedeno tak, že se u každého tématu násobí jeho důležitost (uvedená v procentech) mírou spokojenosti (uvedenou též v procentech). Výsledná hodnota je pak rovna součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádků (největší takto zjištěná hodnota může mít hodnotu 10 000). Tento výsledný součet se potom dělí 100, aby se výsledek pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty) (Křivohlavý, 2001, s. 247). Výsledná hodnota se pak označuje jako index kvality života neboli vypočítaná kvalita života (Zeman, 2008, s. 144).

Vizuální analogová škála se obvykle pomyslně rozdělí na 100 dílků a křížek, který respondent na této škále udělá, je odečten z této pomyslné stupnice jako hodnota jeho celkové spokojenosti se životem (v rozmezí 0 % – 100 %) (Zeman, 2008, s. 144).

Koncepce metody SEIQoL byla vybrána pro její zaměření na individuální pojetí kvality života, subjektivní hodnocení životních aspektů a významnosti jejich důležitosti v životě každého dotazovaného pacienta. Metodou SEIQoL je možné měření kvality života v širším záběru, než které umožňují klasické metody externího posuzování zdravotního stavu jinou osobou, např. lékařem, zdravotní sestrou, osobou blízkou, přičemž je brán zřetel na celkový zdravotní stav pacienta tak, jak je jím vnímán, v souvislosti s jeho spokojeností s tím, jak se mu daří realizovat svá životní přání a záměry. Z pacientova pohledu kvality života se tak upřednostňují životní hodnoty, které mají pro něho mimořádný význam. Tato zjištění jsou velmi citlivá pro pacienta i okolí a je třeba je zohledňovat, jak při rozhodování a souhlasu pacienta s léčbou, tak při jeho subjektivním hodnocení zdravotního stavu (Zeman, 2008 s.148).

2.2.4 Barthelové index

Barthelové index (BI) je generický test pro hodnocení soběstačnosti pacientů v aktivitách každodenního života (ADL – Activity Daily Living) a je jednou z nejvíce mezinárodně používaných škál ve zdravotnictví, má různé modifikace a bývá volně k dispozici, avšak bez konkrétních doporučení pro hodnocení jednotlivých oblastí (Pokorná, 2015, s. 48-50).

Pacient je hodnocen v deseti základních oblastech aktivit denního života – přijímání stravy a tekutin oblékání, koupání, osobní hygieně, kontinenci moče, kontinenci stolice, použití WC, přesunu lůžko – židle, chůzi po rovině a chůzi po schodech. Blíže je popsán v teoretické části (viz. kapitola 1.2.1), zde jsou uvedeny pouze nezbytné informace týkající se vyhodnocování.

Oblast přijímání stravy a tekutin byla hodnocena 0 body v případě, že respondent nebyl schopen se sám najíst a napít bez pomoci, 5 body v případě, že potřeboval pomoc (například přinést jídlo, pokrájet jídlo atd.) a 10 body, pokud se najedl a napil samostatně bez pomoci.

Oblékání samostatně bez pomoci bylo hodnoceno 10 body, s pomocí 5 body a 0 body v případě úplné závislosti.

Koupání provedené samostatně nebo s pomocí (spočívající v umytí horní a dolní poloviny těla, vlasů, zad, intimních partií těla) bylo hodnoceno 5 body, v případě úplné závislosti 0 body.

Osobní hygiena provedena samostatně nebo s pomocí (spočívající například v denní hygieně obličeje, rukou, dutiny ústní) byla hodnocena 5 body, v případě úplné závislosti 0 body.

V oblasti kontinence moči dosáhli plně kontinentní pacienti 10 bodů, pacienti inkontinentní pouze občas získali 5 bodů a plně inkontinentní 0 bodů, přičemž pacienti se zavedeným permanentním močovým katétrem jsou chápáni jako plně inkontinentní. Stejně bylo postupováno v oblasti kontinence stolice.

Použití WC samostatně bez pomoci bylo hodnoceno 10 body, s pomocí 5 body a nebylo-li použití WC bez pomoci možné 0 body.

Přesun lůžko – židle samostatně bez pomoci bylo hodnoceno 15 body, s malou pomocí 10 body, pokud pacient vydrží sedět 5 body a pokud ani to ne, tak 0 body.

Chůze po rovině samostatně nad 50 m byla za 15 bodů, 50 m s pomocí za 10 bodů, 50 m na vozíku za 5 bodů a pokud ani to nešlo, pak 0 body.

Chůze po schodech samostatně bez pomoci byla hodnocena 10 body, s pomocí 5 body a pokud to ani s pomocí nešlo, pak 0 body.

Důvodem, proč byl použit právě Barthelové index k hodnocení soběstačnosti respondentů je jeho široké použití, jednoduchost, komplexnost a praktické zkušenosti s jeho využitím.

2.2.5 Statistické zpracování

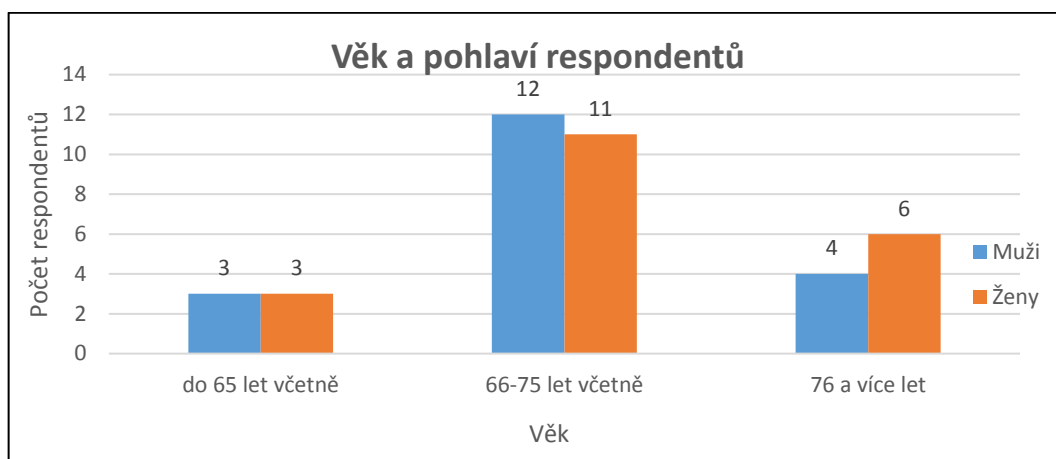
Získaná data byla zanesena do zdrojové tabulky vytvořené v programu Office Excel 2007 a následně v tomtéž programu zpracována do tabulek a grafů a popsána pomocí absolutní (n_i) a relativní (f_i) četnosti, případně aritmetického průměru.

2.3 Interpretace a prezentace dat

2.3.1 Věk a pohlaví respondentů

Mezi zjišťované údaje patřil věk a pohlaví respondentů. Věk byl pro přehlednost rozdělen do tří intervalů. Do prvního byli zahrnuti respondenti ve věku 65 let a mladší, do druhého respondenti ve věku 66–75 let a do třetího pak respondenti ve věku 76 let a starší.

Z celkového počtu respondentů (39) bylo 49 % (19) mužů a 51 % (20) žen, přičemž 15 % (6) respondentů bylo ve věku 65 a méně let. Nejmladší ženě bylo 48 let a nejmladšímu muži 59 let. 59 % (23) respondentů bylo ve věku 66–75 let a 26 % (10) respondentů bylo ve věku 76 a více let. Do této skupiny patřila i nejstarší žena ve věku 92 let a nejstarší muž ve věku 79 let. Počet mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích je znázorněn v grafu (viz. Obrázek 1). Průměrný věk respondentů byl 71 let.



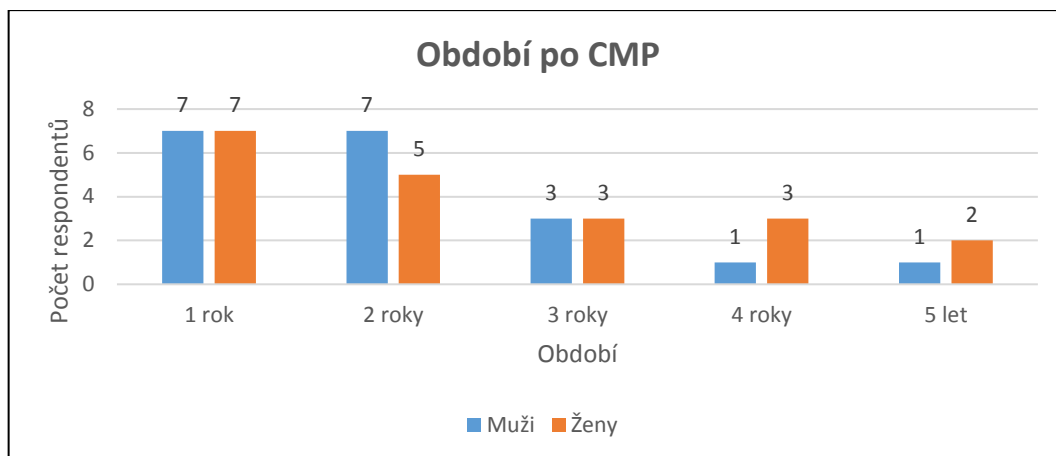
Obrázek 1 Graf znázorňující věk a pohlaví respondentů

2.3.2 Doba od prodělání cévní mozkové příhody

Zotavování po mozkové příhodě je dlouhodobý proces, který může trvat i několik let. Větší část procesu však probíhá už během prvních 2-3 let, především pak v prvních 2-6 měsících, proto musí rehabilitace pokračovat v různých formách a zařízeních (nemocnice, rehabilitační oddělení, domov, léčebna dlouhodobě nemocných) alespoň 2-3 roky nebo dokonce i déle (Feigin, 2007, s. 109).

Pro přehlednost byla doba od prodělání cévní mozkové příhody (tj. doba rekonvalescence) rozdělena do 5 intervalů, vždy po jednom roce. V celkovém souboru respondentů, se nenacházel žádný dotazovaný s dobou rekonvalescence delší než 5 let.

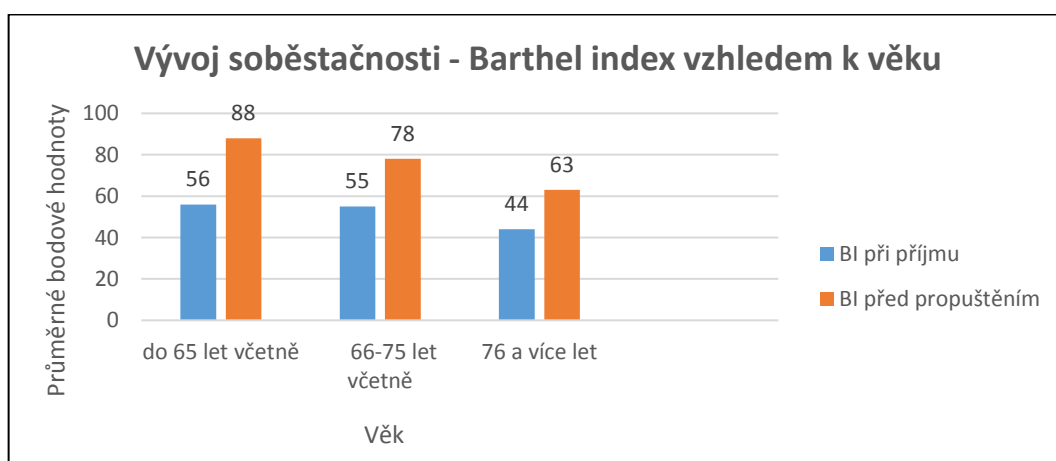
Z celkového počtu respondentů (39) jich 36 % (14) prodělalo CMP v uplynulém roce života. Ve druhém roce období rekonvalescence bylo 31 % (12) respondentů, ve třetím roce 15 % (6), ve čtvrtém roce 10 % (4) a v pátém roce pak 8 % (3) respondentů. Počet mužů a žen vzhledem k jednotlivým intervalům období rekonvalescence nalezneme v grafu (viz. Obrázek 2).



Obrázek 2 Graf znázorňující období od prodělané cévní mozkové příhody

2.3.3 Soběstačnost v každodenních aktivitách při příjmu na oddělení a před propuštěním s ohledem na věk respondentů

V grafu (viz. Obrázek 3) je znázorněn vývoj soběstačnosti respondentů v aktivitách hodnocených pomocí Barthelové indexu (BI) s ohledem na jejich věk. Z grafu je patrné, že na počátku tříměsíční hospitalizace bylo u respondentů ve věku 65 a méně let průměrné bodové skóre v Barthelové testu 56 bodů (závislost středního stupně). V této věkové kategorii bylo celkem 6 (15 %) respondentů, z toho 3 muži a 3 ženy. Před ukončením pobytu bylo průměrné bodové skóre BI této vybrané skupiny dotazovaných 88 bodů (kategorie lehké závislosti).



Obrázek 3 Graf znázorňující vývoj soběstačnosti respondentů vzhledem k věku

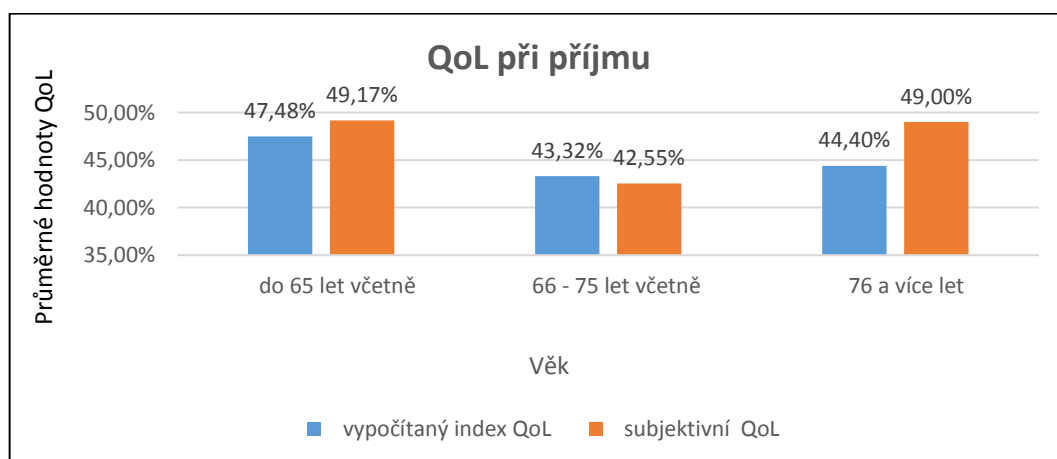
Do věkové kategorie 66-75 let bylo zařazeno 23 (59 %) respondentů sledovaného souboru (n=39), z toho bylo 12 mužů a 11 žen, průměrné bodové skóre BI této věkové kategorie na počátku léčby činilo 55 bodů (závislost středního stupně) a průměrné bodové skóre BI před plánovaným ukončením hospitalizace bylo 78 bodů (kategorie lehké závislosti). Ve věkové

kategorii 76 a více let se nacházelo 10 (26 %) respondentů, z toho bylo 6 žen a 4 muži a jejich průměrné bodové skóre BI při příjmu na oddělení bylo 44 bodů (závislost středního stupně) a před plánovaným propuštěním z léčebny činilo průměrné bodové skóre BI této věkové kategorie 63 bodů (taktéž závislost středního stupně).

Pacienti věkové kategorie 65 a méně let dosáhli před ukončením pobytu průměrného bodového skóre BI 88 bodů, což bylo o 32 bodů více než při příjmu na oddělení **a zároveň nejvýraznější zlepšení soběstačnosti v rámci všech tří sledovaných skupin.** Respondenti věkové kategorie 66-76 let dosáhli před ukončením hospitalizace 78 bodů, což bylo o 23 bodů více, než v období adaptace a pacienti ve věku 76 a více let měli průměrné bodové skóre BI před plánovaným propuštěním 63 bodů, což bylo o 16 bodů více než při příjmu. Shodným znakem věkových kategorií respondentů 65 a méně let a 66-75 let je **zlepšení soběstačnosti ze závislosti středního stupně na závislost lehkou.** Věková kategorie pacientů 76 a více let sice zaznamenala vyšší průměrné bodové skóre BI před propuštěním, ale nesplňovala podmínky pro posun do kategorie lehké závislosti. **Porovnáním a vyhodnocením zjištěných dat se po dobu hospitalizace zlepšila soběstačnost pacientů ve věku do 75 let a u respondentů nad 76 let nedošlo ke zhoršení deficitu sebezpečí a jejich soběstačnost zůstala na úrovni závislosti středního stupně.**

2.3.4 Kvalita života a celková míra spokojenosti se životem hodnocená při příjmu s ohledem na věk a pohlaví

V průběhu jednoho týdne od příjmu byla pomocí standardizovaného dotazníku SEIQoL zjišťována kvalita života (vypočítaný index QoL) respondentů po prodělané cévní mozkové příhodě a jejich celková míra spokojenosti se životem (subjektivní QoL). V grafu (viz. Obrázek 4) jsou tyto hodnoty (v %) prezentovány vzhledem k věku respondentů.



Obrázek 4 Graf znázorňující vypočítaný index kvality života a subjektivní hodnocení kvality života při příjmu na oddělení

Index kvality života (vypočítaná QoL) byl u respondentů ve věku 65 a méně let průměrně 47,48 % a subjektivní míra spokojenosti se životem činila 49,17 %, **což je o 1,69 % více než vypočítaná QoL**. U respondentů ve věku 66–75 let byl index kvality života (vypočítaná QoL) 43,32 % a subjektivní míra spokojenosti se životem činila 42,55 %, **což je naopak o 0,77 % méně než QoL vypočítaná**. Respondenti ve věku 76 a více let měli index kvality života 44,40 % a subjektivně vyjádřená QoL byla 49 %, **což je o 4,6 % více než vypočítaná QoL**.

Shodným znakem dotazovaných věkové kategorie 65 a více let a věkové kategorie 76 a více let je skutečnost, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života (míra spokojenosti se životem) je vyšší než vypočítaný index QoL. **Zdaleka nejlépe tedy hodnotí kvalitu svého života (vypočítaná i subjektivní QoL) respondenti ve věku 65 a méně let, nejhůře pak (opět jak vypočítaná, tak subjektivní QoL) respondenti ve věku 66-75 let**. Průměrná míra spokojenosti se životem je téměř shodná ve věkových kategoriích 65 a méně let a 76 a více let (49,17 % oproti 49 %) a je značně vyšší než u respondentů ve věku 66-75 let (42,55 %).

Průměrná hodnota indexu kvality života u všech respondentů je 44,23 % a hodnota celkové spokojenosti se životem (subjektivní míra QoL) byla zjištěna u všech respondentů v průměrné výši 45,23 %. Index kvality života nižší než 40 % byl zaznamenán u 7 respondentů, což je průměrně 18 % z celkového počtu respondentů.

Podíváme-li se na hodnocení kvality života (vypočítaná QoL) a celkové míry spokojenosti se životem v závislosti nejen na věku, ale také na pohlaví (viz. Tabulka 1), zjistíme, že u respondentů mužů (n = 3) v kategorii 65 a více let je 52,97 % (vypočítaná QoL) a celkovou míru spokojenosti se životem (subjektivní QoL) vyjádřili ve výši 53,67 %. U žen (n = 3) v této věkové kategorii byl index kvality života 42 % a jejich subjektivní spokojenost se životem byla 44,67 %.

V kategorii respondentů ve věku 66-75 let bylo 12 mužů a 11 žen. Vypočítaný index kvality života činil u mužů 42,46 % a u žen 44,25 %, subjektivní hodnocení spokojenosti se životem bylo u mužů ve výši 42 % a u žen ve výši 43,18 %. V poslední sledované kategorii respondentů (věk 76 a více let) bylo 6 žen a 4 muži. Index kvality života u těchto žen dosáhl 44,38 %, spokojenost se životem vyjádřili ve výši 54,17 %. U mužů byl index QoL 44,44 % a subjektivní spokojenost se životem byla 41,25 %.

Nejvyšších hodnot vypočítané QoL (52,97 %) dosáhli respondenti z řad mužů ve věku 65 a méně let a jejich subjektivní míra spokojenosti činila 53,67 %, což je o 0,7 % více než jejich vypočítaný index kvality života. Ženy stejné věkové kategorie uvedly o 2,67 % vyšší subjektivní míru spokojenosti (44,67 %), než je jejich vypočítaný index kvality života (42%). Obě pohlaví této věkové kategorie tak uvedla subjektivní míru spokojenosti se životem vyšší oproti vypočítanému indexu QoL. Muži věkové kategorie 66-75 let uvedli o 0,46 % nižší subjektivní spokojenost se životem (42 %) oproti indexu kvality života (42,46 %). Ženy stejné věkové kategorie vyjádřili o 1,07 % nižší subjektivní míru spokojenosti se životem (43,18 %) oproti indexu kvality života (44,25 %). Je zajímavé, že obě sledovaná pohlaví této věkové kategorie uvedla nižší subjektivní míru spokojenosti, než je jejich vypočítaný index QoL. Ve věkové kategorii 76 a více let již nalzáme větší rozdíly v hodnocení kvality života u obou pohlaví. Muži uvedli o 3,19 nižší subjektivní spokojenost se životem (41,25 %) oproti vypočítanému indexu kvality života (44,44 %) a ženy vyjádřily o 9,79 % vyšší míru celkové spokojenosti (54,17 %) oproti vypočítanému indexu kvality života (44,38%).

Z uvedeného plyne, že nejvyšší vypočítaná kvalita života byla zjištěna u mužů ve věku 65 a méně let, nejnižší pak u žen stejné věkové kategorie. Subjektivní hodnocení míry spokojenosti se životem je nejvyšší u mužů ve věku 65 a méně let a pak u žen ve věku 76 a více let. Nejnižší míra spokojenosti se životem byla zaznamenána u mužů ve věku 76 a více let.

Tabulka 1 Porovnání vypočítané a subjektivní kvality života v závislosti na věku a pohlaví

	Věk a pohlaví respondentů					
	65 a méně let		66-75 let		76 a více let	
	Muži (n = 3)	Ženy (n = 3)	Muži (n = 12)	Ženy (n = 11)	Muži (n = 4)	Ženy (n = 6)
Vypočítaná QoL	52,97	42,00	42,46	44,25	44,44	44,38
Subjektivní QoL	53,67	44,67	42,00	43,18	41,25	54,17

Vezmeme-li, v potaz pouze pohlaví zjistíme, že průměrná vypočítaná kvalita života (index QoL) je vyšší u mužů (44,53 % oproti 43,95 %), avšak subjektivní míra spokojenosti se životem je vyšší u žen (46,7 % oproti 43,68 %).

2.3.5 Životní cíle respondentů

Mezi nejčastěji uváděné životní cíle dotazovaných respondentů patřila rodina, která byla uvedena 33krát a zdraví, které bylo uvedeno 26krát. Koníčky uvedli 25krát. Domov a víru uvedli shodně 16krát, soběstačnost 13krát, přátelství 12krát, materiální zajištění 10krát a cestování bylo uvedeno 9krát. Býti užitečným, začít znovu pracovat a vzdělávat se bylo uvedeno ve stejné výši 8krát. Mít dobré mezilidské vztahy uvedli 5krát. Přítomnost druhých a žít v pohodě bylo uvedeno 2krát, zaměření na kulturu a domácího mazlíčka se vyskytlo též shodně 1krát, (viz. Tabulka 2).

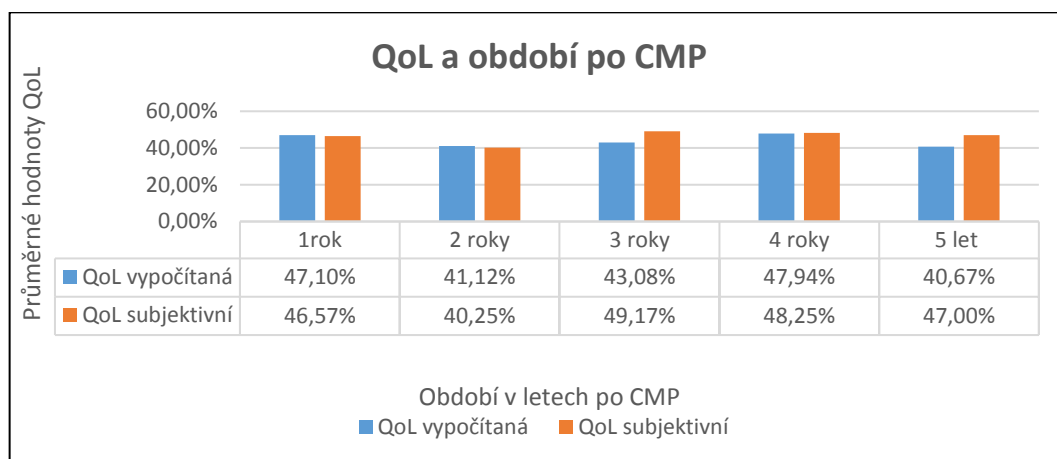
Tabulka 2 Přehled četnosti životních cílů respondentů (n_i)

Životní cíle respondentů	
Rodina	33
Zdraví	26
Koníčky (zahrádka, vaření)	25
Domov (kde žiji, příjemné prostředí)	16
Víra	16
Soběstačnost	13
Přátelství	12
Finanční zajištění	10
Cestování	9
Vzdělávání se (zaměření na paměť)	8
Pomáhat druhým (být užitečný)	8
Práce (začít znovu pracovat)	8
Dobré vztahy s lidmi	5
Nebýt sám (přítomnost druhých)	2
Soukromí (žít v klidu, pohodě)	2
Kultura, divadlo	1
Domácí mazlíček	1

2.3.6 Kvalita života a celková míra spokojenosti se životem hodnocená při příjmu s ohledem na období rekonvalescence po cévní mozkové příhodě

Jak již bylo uvedeno, zotavování po cévní mozkové příhodě je dlouhodobý proces, který může trvat i několik let. V průběhu tohoto času je důležitá rehabilitace, která začíná již v průběhu hospitalizace po prodělané CMP a pokračuje pak buď doma, či v léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo na rehabilitačních odděleních a v rehabilitačních ústavech (Feigin, 2007, s. 109). Tento výzkum probíhal na lůžkovém oddělení odborné ošetrovatelské a rehabilitační péče rehabilitačního ústavu, kam se lidé po prodělané cévní mozkové příhodě v různých obdobích rekonvalescence vrací, proto byla věnována

pozornost také tomu, jak budou respondenti hodnotit kvalitu svého života a celkovou míru spokojenosti se životem právě s ohledem na čas od prodělané CMP, (viz. Obrázek 5). Pro větší přehlednost bylo období rekonvalescence rozděleno na 5 intervalů, vždy po jednom roce.

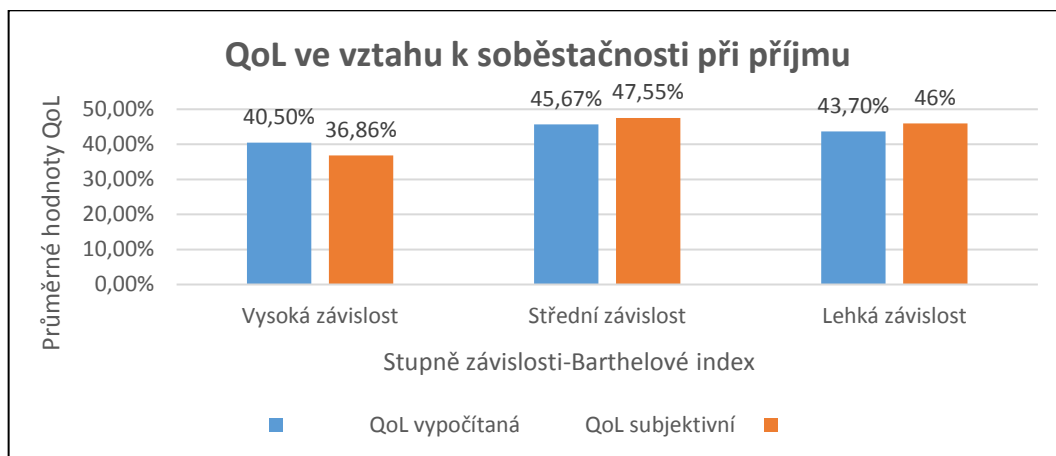


Obrázek 5 Graf znázorňující kvalitu života a míru spokojenosti se životem s ohledem na čas od prodělané CMP

Z celkového počtu respondentů (n=39) bylo do kategorie 1 roku od CMP zařazeno 7 žen a 7 mužů. Jejich vypočítaný index kvality života činil 47,10 %, svoji subjektivní spokojenost se životem (subjektivní QoL) vyjádřili na VAS škále ve výši 46,57 %. Ve druhém roce po CMP bylo 7 respondentů mužů a 5 žen, kteří uvedli životní spokojenost ve výši 40,25 % a jejich index kvality života byl vypočítán na 41,12 %. Ve třetím roce po CMP byli 3 muži a 3 ženy, přičemž jejich index kvality života činil 43,08 % a subjektivní hodnocení spokojenosti se životem bylo 49,17 %. Ve čtvrtém roce po CMP se nacházeli 1 muž a 3 ženy, kteří míru své spokojenosti se životem (subjektivní QoL) vyjádřili ve výši 48,25 % a jejich vypočítaný index kvality života činil 47,94 %. V posledním sledovaném období (pátý rok po CMP) byly 2 ženy a 1 muž. Jejich vypočítaný index kvality života činil 40,67 % a sdělená míra spokojenosti se životem byla 47,00 %.

Nejnižší vypočítaný index kvality života (40,67 %) byl zaznamenán z řad respondentů v pátém roce po CMP a nejvyšší index kvality života (47,94 %) byl zaznamenán u respondentů ve čtvrtém roce po CMP. Nejvyšší celkovou spokojenost se životem (49,17 %) uvedla skupina respondentů ve třetím roce po CMP a nejnižší celkovou spokojenost se životem (40,25 %) vyjádřili dotazovaní ve druhém roce po prodělané CMP.

2.3.7 Kvalita života a celková míra spokojenosti se životem s ohledem na deficit soběstačnosti při příjmu



Obrázek 6 Graf znázorňující index kvality života a subjektivní míru spokojenosti ve vztahu k soběstačnosti při příjmu

Obrázek 6 znázorňuje porovnání indexů kvality života (vypočítaná QoL) a subjektivně vnímanou míru spokojenosti se životem (subjektivní QoL) s ohledem na míru soběstačnosti hodnocenou Barthelové testem (BI) při příjmu na oddělení.

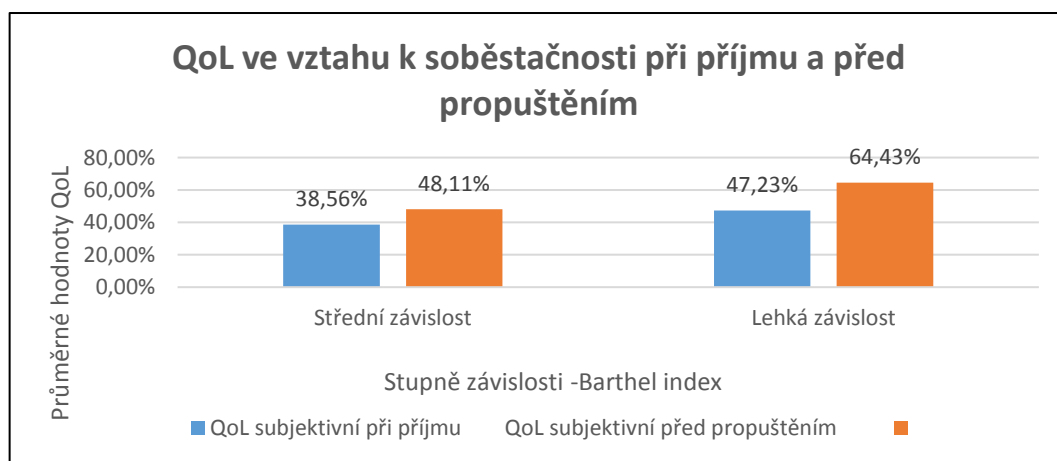
Z celkového počtu dotazovaných (n=39) byla zařazena do kategorie BI 0-40 bodů (tj. vysoká závislost) skupina respondentů, která obsahovala 4 muže a 3 ženy, jejichž vypočítaný index kvality byl 40,50 % a subjektivní kvalitu života (míra spokojenosti se životem) vyjádřili v hodnotě 36,86 %. Další sledovanou skupinou bylo 12 mužů a 10 žen zařazených do kategorie BI 45-60 bodů (závislost středního stupně), kde subjektivní hodnocení kvality života uvedli ve výši 47,55 % a vypočítaný index kvality života činil 45,67 %. Do kategorie BI 65-95 bodů (lehká závislost) byla zařazena poslední skupina respondentů, která čítala 3 muže a 7 žen, přičemž jejich subjektivní vyjádření celkové spokojenosti se životem bylo zaznamenáno ve výši 46 % a vypočítaný index kvality činil 43,70 %. Hodnoty BI 96-100 bodů (úplné nezávislosti) nesplňoval žádný respondent z celkového souboru respondentů (n=39).

Posouzení pacientovi soběstačnosti je nezbytnou součástí komplexního zhodnocení zdravotního stavu a plánované léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. **Z celkového počtu dotazovaných (n=39) měla nejvíce zastoupení kategorie BI 45-60 bodů (závislost středního stupně) a to 22 respondentů. Nejmenší zastoupení ze sledovaného souboru pacientů měla kategorie BI 0-40 bodů (vysoká/úplná závislost) a čítala 7**

respondentů. Nejvyšší hodnota subjektivní míry spokojenosti se životem byla zaznamenána v kategorii BI 45-60 bodů (závislost středního stupně) a činila 47,55 %. Nejnižší sdělená hodnota subjektivní kvality života (36,86 %) byla zaznamenána v kategorii BI 0-40 bodů (vysoká závislost). Nejvyšší index kvality života byl vypočítán také v kategorii BI 45-60 bodů (závislosti středního stupně) a to ve výši 45,67 %. Nejnižší index kvality života (40,50 %) byl vypočítán také v kategorii BI 0-40 bodů (vysoká závislost). Zajímavé je, že v kategorii BI 65-95 bodů (lehká závislost) uvádějí respondenti spokojenost se životem o 9,14 % vyšší, než respondenti v kategorii BI 0-40 bodů (vysoká závislost). Pozoruhodné je, že v kategorii BI 65-95 bodů (lehká závislost) uvádějí respondenti spokojenost se životem o 1,55 % nižší, než respondenti se závislosti je vyšší o 1,97 % oproti indexu kvality života (43,70 %) v kategorii lehké závislosti. Společným znakem kategorií závislosti středního stupně a lehké závislosti je vypočítaný index kvality života, který je v obou kategoriích na nižší úrovni než subjektivní hodnocení celkové míry spokojenosti se životem.

2.3.8 Celková míra spokojenosti se životem s ohledem na deficit soběstačnosti před propuštěním

Vyhodnocení celkové míry spokojenosti se životem (subjektivní QoL) v závislosti na deficitu soběstačnosti dle BI před plánovaným propuštěním z hospitalizace je v grafu (viz. Obrázek 7) uvedeno v porovnání se subjektivní mírou spokojenosti v závislosti na deficitu soběstačnosti při přijetí. Přehledová tabulka shrnující údaje o soběstačnosti jednotlivých respondentů při příjmu a před propuštěním, včetně údajů o indexu kvality života a míře spokojenosti se životem při příjmu a míře spokojenosti se životem před propuštěním je v Příloze C.



Obrázek 7 Graf znázorňující porovnání subjektivní míry spokojenosti se životem při příjmu a před propuštěním

Do kategorie BI 0-40 bodů (vysoce závislý) byla při příjmu zařazena skupina 7 respondentů, ve složení 4 mužů a 3 žen. Svoji celkovou míru spokojenosti se životem vyjádřili pomocí VAS škály na 36,86 %. Z celkového počtu respondentů (n=39) se v této kategorii BI (vysoce závislý) před ukončením léčby nenacházel žádný pacient. Do kategorie BI 45-60 bodů (závislost středního stupně) bylo v adaptačním období zařazeno 22 dotazovaných, a to v počtu 12 mužů a 10 žen. Jejich subjektivní hodnocení míry spokojenosti se životem zaznamenané na VAS škále dotazníku SEIQoL bylo ve výši 47,55 %. Před plánovaným ukončením hospitalizace byla v této kategorii (závislost středního stupně) skupina 9 respondentů - 6 mužů a 3 ženy (tj. o 13 respondentů méně). Tito respondenti uvedli celkovou míru spokojenosti se životem 48,11 %.

Do kategorie BI 65-95 bodů (lehká závislost) bylo při příjmu zahrnuto 10 respondentů, z toho 3 muži a 7 žen. Jimi uvedená subjektivní míra spokojenosti se životem činila 46 %. Před plánovaným propuštěním se v této kategorii BI 65-95 (lehká závislost) nacházelo 30 respondentů (tj. o 20 pacientů více), z toho bylo 13 mužů a 17 žen. Svoji subjektivní míru spokojenosti se životem uvedli na VAS škále ve výši 64,43 %.

Ze zjištěných dat tedy vyplývá, že subjektivní míra spokojenosti se životem je u respondentů v tomto výzkumném šetření tím vyšší, čím vyšší je jejich soběstačnost.

2.4 Diskuze

Výzkumná otázka č. 1 - Jaká je kvalita života respondentů a celková míra spokojenosti se životem hodnocena metodou SEIQoL při příjmu na oddělení s ohledem na věk a pohlaví?

Incidence CMP v České republice je vysoká, odhaduje se na 300 nových případů na 100 000 obyvatel za 1 rok, přičemž je závislá na věku. Ve věku 55-64 let je odhadována na 250 a ve věku 65-75 let je to již 1 000 nových případů na 100 000 obyvatel za 1 rok. Vyšší úmrtnost je pak právě u mladších jedinců (ve věku do 65 let) a u žen (Bednařík a kol., 2010, s. 6). Ve sledovaném souboru bylo **15 % respondentů ve věku do 65 let, zastoupení mužů a žen bylo více méně vyrovnané** (49 % mužů a 51 % žen).

Index kvality života respondentů ve sledovaném souboru dosahoval v průměru **44,23 % (rozpětí 24 %– 58 %), pouze u 7 (18 %) pacientů byl nižší než 40 %**, což můžeme chápat jako celkově omezenou, tj. špatnou kvalitu života, dle kritérií použitých Bruthansem (2010). Použijeme-li kritéria stanovená Zemanem (2008), který hovoří o tom,

že špatná kvalita života je u respondentů, jejichž kvalita života je nižší než 50 %, mělo by špatnou kvalitu života **71,79 % respondentů (tj. 28)**.

Nejvyšší vypočítaná kvalita života byla zjištěna u mužů ve věku 65 a méně let, nejnižší pak u žen stejné věkové kategorie. Subjektivní hodnocení míry spokojenosti se životem bylo taktéž nejvyšší u mužů ve věku 65 a méně let, shodně pak u žen ve věku 76 a více let. Nejnižší míra spokojenosti se životem byla zaznamenána u mužů ve věku 76 a více let. Vezmeme-li v potaz pouze **věk**, zjistíme, že zdaleka nejlépe hodnotili kvalitu svého života (vypočítanou i subjektivní QoL) respondenti ve věku 65 a méně let, nejhůře pak (opět jak vypočítanou, tak subjektivní QoL) respondenti ve věku 66-75 let. Vezmeme-li v potaz pouze **pohlaví**, zjistíme, že průměrná vypočítaná kvalita života (**index QoL**) je **vyšší u mužů (44,53 % oproti 43,33 %)**, avšak **subjektivní míra spokojenosti se životem je vyšší u žen (46,70 % oproti 43,95 %)**.

Existuje mnoho různých způsobů pro hodnocení kvality života obecně i specificky u pacientů po cévní mozkové příhodě (PAYNE, 2005, s. 206, 513). Většina dohledaných výzkumů zaměřených na kvalitu života pacientů po cévní mozkové příhodě používá standardizovaný dotazník SF-36, pouze jeden výzkum byl postaven na použití SEIQoL. Nicméně i při použití jiných metod zjišťování kvality života pacientů po CMP je možné alespoň částečné porovnání výsledků, a to v tom smyslu, že za špatnou můžeme považovat kvalitu života horší než 40 %, jak ve svém článku uvádí Bruthans (2010), případně horší než 50 %, jak uvádí Zeman (2008), jak již bylo uvedeno výše.

Bruthans (2010) se ve svém článku odkazuje na studii EURASPIRE III Stroke z roku 2007, mapující prostředí ČR, kdy byla u 507 pacientů po prodělané ischemické CMP hodnocena kvalita života pomocí standardizovaného dotazníku Short Form 36 (SF36). Udává, že index kvality života nižší než 40, což značí celkově omezenou kvalitu života, byl zaznamenán u 18,3 % pacientů. Informace o věku a pohlaví respondentů však nezmiňuje. Jak již bylo uvedeno výše, v souboru respondentů se nacházelo 7 pacientů (18 %) s vypočítaným indexem kvality života nižším jak 40 %, což bylo pouze o 0,3 % méně než v uvedené studii.

Ve výzkumu Snížkové (2015) prováděném u 42 pacientů po CMP, avšak na neurologickém oddělení po čtrnácti dnech hospitalizace, byla taktéž hodnocena kvalita života spojená se zdravím pomocí standardizovaného dotazníku SF-36. 59,62 % jejich respondentů vypovědělo, že jejich kvalita života určitě není (26,19 %) či spíše není (33,33

%) perfektní, **64,29 %** ji považovalo za špatnou a 47,62 % respondentů pak za mnohem horší než před rokem (před CMP).

Taktéž Bandíková (2014) použila ve své diplomové práci dotazník SF-36 pro hodnocení kvality života podmíněné zdravím u 84 pacientů po cévní mozkové příhodě hospitalizovaných v různých rehabilitačních ústavech a léčebnách. V jejím výzkumném souboru bylo 53,6 % mužů a 46,4 % žen, 32,2 % jich bylo mladších 60 let. **Celková míra spokojenosti se zdravím byla 39,49 % u žen a 35,67 % u mužů.**

Jediným dohledaným výzkumem provádějícím hodnocení kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě pomocí standardizovaného dotazníku SEIQoL (respektive pomocí jeho grafické modifikace SEIQoL-DW) je výzkum LeVasseur a kol. (2005). Jednalo se o výzkum ověřující použitelnost SEIQoL-DW u pacientů po CMP, a to konkrétně u pacientů propuštěných do domácího ošetřování po prodělané CMP. Zjištěná kvalita života byla v rozpětí 15,2 – 100 % (průměrně 71,08 %).

Neméně přínosné je též srovnání kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě s kvalitou života u pacientů s jinými onemocněními. Kvalitou a mírou spokojenosti se životem hemodialyzovaných pacientů se zabývala Dymáková (2016). Zjistila, že ve sledovaném souboru (40 hemodialyzovaných pacientů) byla průměrná hodnota indexu kvality života 74 % a celkovou spokojenost se životem uvedli respondenti tohoto souboru ve výši 69 %. Dle Zemana (2008) bylo obojí hodnocení kvality života dobré (tedy nad 50 %). Což je kvalita života výrazně vyšší než u respondentů po CMP. Rozdíl může spočívat právě v mnohem omezenější samostatnosti pacientů po CMP.

Výzkumná otázka č. 2 - Jaká je kvalita života respondentů a celková míra spokojenosti se životem hodnocena metodou SEIQoL při příjmu na oddělení s ohledem na období rekonvalescence po cévní mozkové příhodě?

Skupina irských psychologů (O'Boyle, McGee a Joyce) v roce 1994 zjistila proměnlivost v posloupnosti dimenzí kvality života v průběhu času a situací. To, co pacient považoval za nejdůležitější ve svém životě, například před zahájením náročné terapie, se může výrazně odlišovat od toho, co považuje za prioritně důležité po ukončení léčby a zároveň i nahlížení kvality života se v čase mění (Křivohlavý, 2001, s. 169).

Nejnižší vypočítaný index kvality života byl zaznamenán u tří respondentů, kteří prodělali CMP **před pěti lety**. **Nejvyšší index kvality života** byl zjištěn u 4 respondentů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu **před čtyřmi lety**. **Ve třetím roce po CMP** se nacházelo 6 dotazovaných pacientů s **nejvyšší vyjádřenou mírou spokojenosti se životem** (vypočítaná kvalita života). **Nejnižší spokojenost se životem** uvedlo 12 dotazovaných, kteří prodělali **CMP před dvěma lety**. **Ve sledovaném souboru respondentů 39 (100 %) byl ve všech sledovaných obdobích po CMP vypočítán index kvality života menší než 50 % a spokojenost se životem vyjádřili respondenti jako špatnou (dle Zemana, 2008), tedy nižší než 50 %.**

Ve výzkumu Snížkové (2015) považovalo 64,29 % respondentů po **čtrnáctidenní hospitalizaci** kvalitu života za špatnou.

Výzkumná otázka č. 3 - Která životní témata budou respondenty uváděna nejčastěji?

Atributy kvality života přímo souvisí s hierarchií potřeb každého člověka a s jeho hodnotami (Hudáková, 2013, s. 65). Většina výzkumů zaměřených na kvalitu života používá kvantitativní metody (dotazníková šetření), jejichž koncepce je zaměřená více na aktuální zdravotní stav než na psychické, sociální, kulturně-antropologické a religiozní faktory, které sice zdánlivě s medicínou nesouvisí, ale mají často významný vliv na průběh i léčbu nemoci (Zeman, 2008, s. 140).

Rodina (33x), zdraví (26x) a záliby (25x) byly nejčastěji uvedenými životními cíli respondentů. Víru uvedlo 16 respondentů a přátelství 12 z nich. Zajímavé je, že sebepéči a soběstačnost uvedlo pouze 13 respondentů a jen 10 jich uvedlo finanční zajištění.

Jak již bylo zmíněno výše, metoda SEIQoL-DW byla použita pro hodnocení kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě ve výzkumu LeVasseur a kol. (2005). V tomto výzkumném šetření uvedli dotazovaní v průběhu výzkumu jako nejdůležitější životní cíle – vztah s rodinou a přáteli, sociální a volnočasové aktivity, zdraví, finance, nezávislost, osobní víru a vztah k životnímu prostředí. Výzkum, jehož autory jsou Hickey a kol. (1996), prováděný taktéž metodou SEIQoL-DW, avšak zaměřený na respondenty s HIV a AIDS dokládá, že životní cíle významným způsobem závisí na hodnotách respondentů. Pro dotazované respondenty z řad uživatelů drog nebylo zdraví významným životním cílem, ale uváděli rodinu, finanční zajištění a drogovou dostupnost. Homosexuální skupina

respondentů vyjádřila významnost životního cíle v přátelství a ve společenském životě vyšší než zdraví a sexualitu (Hickey, 1996).

Výzkumná otázka č. 4 - Jaká je kvalita života respondentů a celková míra spokojenosti se životem hodnocena metodou SEIQoL s ohledem na deficit soběstačnosti dle Barthelové indexu při příjmu na oddělení a celková míra spokojenosti se životem s ohledem na deficit soběstačnosti před plánovaným propuštěním?

Křivohlavý uvádí, že „kvalitu života lze definovat s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života“ (Křivohlavý, 2001, s. 40). Životní spokojenost je pak výrazným způsobem závislá na soběstačnosti v běžných denních aktivitách (De Weerd, 2012, s. 6).

CMP jsou jednou z hlavních příčin invalidizace, neboť u přibližně 40 % nemocných dochází k částečné nebo úplné závislosti na pomoci druhé osoby v běžných denních aktivitách v důsledku neurologického deficitu (Bednařík a kol., 2010 s. 6).

Při příjmu na oddělení byla vysoká závislost (BI 0-40 bodů) zjištěna u 7 (17,95 %) pacientů z celého souboru 39 (100%) respondentů, což znamená, že skupina těchto dotazovaných potřebovala téměř úplnou dopomoc druhé osoby. Jejich vypočítaný index kvality života a subjektivní hodnocení spokojenosti se životem byl nižší než 50 %, dle Zemana (2008) byla tedy kvalita života špatná. Kritéria kategorie střední závislosti (BI 45-60 bodů) splňovala skupina respondentů v počtu 22 (56,41 %). Pacienti této kategorie BI byli schopni některých jednoduchých úkonů v oblasti denní hygieny, celkové koupele, oblékání částí těla bez dopomoci. Jejich vypočítaný index kvality a subjektivní hodnocení byly též pod 50 %. Lehkou závislost (BI 65-95 bodů) zaujímal 20 (51,28 %) pacientů z celkového souboru respondentů 39 (100 %). Skupina těchto respondentů byla schopna denní hygienické péče a přesunů bez dopomoci. Vypočítaný index kvality a míra spokojenosti byla zaznamenána též v úrovni pod 50 %. Všichni respondenti tedy při příjmu hodnotili kvalitu svého života jako špatnou, avšak nejhůře ze všech tří stupňů závislosti to byli právě nejméně soběstační respondenti, kdo hodnotil kvalitu svého života nejhůře, viz Obrázek 6. Před plánovaným ukončením hospitalizace se v kategorii vysoce závislý (BI 0-40) nenacházel žádný respondent z celkového souboru 39 (100 %), závislost středního

stupně (BI 45-60 bodů) čítala 9 (23,07 %) respondentů, v kategorii lehké závislosti se nacházelo 30 (76,92 %) dotazovaných.

Subjektivní hodnocení kvality života před propuštěním zůstalo stejné (menší než 50 %) u pacientů se střední závislostí (BI 45-60) a respondenti v oblasti lehké závislosti uvedli celkovou spokojenost se životem vyšší než 50 %, dle Zemana (2008) dobrou (viz. Obrázek 7). Ve výzkumu Příkrylové (2016) potřebovalo dopomoc při vykonávání běžných denních činností 26,87 % jejích respondentů hodně, 28,36 % málo a 4,47 % vůbec, přičemž největší obtíže činilo oblékání (uvedlo to 21,3 % respondentů), koupání (uvedlo 15,27 % respondentů) a chůze po rovině (18,06 % respondentů), 25,37 % respondentů hodnotilo kvalitu svého života jako špatnou a 37,31 % bylo nespokojených se zdravím.

3. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku kvality života a soběstačnosti nemocných po CMP v různých obdobích rekonvalescence, hospitalizovaných v léčebně na oddělení odborné ošetrovatelské a rehabilitační péče. Cévní mozková příhoda je závažné onemocnění s mnohdy doživotními následky. Na celém světě je jednou z nejčastějších příčin morbidit a mortality, ale také dlouhodobé invalidity (Herzig, 2008 s 9, Seidl, 2015 s. 188).

Kvalita života každého z nás je rozdílná, závislá na dosažení našich vytčených životních cílů a splnění přání, záleží tedy jen na nás samotných, jakým způsobem k ní budeme přistupovat a hodnotit (Křivohlavý, s. 162).

Bakalářská práce obsahuje dvě části, teoretickou a výzkumnou. V části teoretické jsou zaznamenány poznatky o CMP, ošetrovatelské péči nemocných po iktu, hodnotících nástrojích soběstačnosti a kvality života. V části výzkumné jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, kdy zajímavým zjištěním je že, respondenti uvedli průměrnou subjektivní míru a spokojenost se životem při příjmu nižší než 50 %, dle (Zemana, 2008, s. 146) tedy špatnou, bez ohledu na stupeň závislosti. Vyhodnocením závislostí BI před ukončením pobytu a porovnáním s mírou závislosti při příjmu bylo zjištěno, že ve vysoké závislosti BI se nenacházel žádný respondent, ale při příjmu jich bylo 7, tj. 17,95 % respondentů, ve střední závislosti BI se nacházelo pouze 9 (23,07 %) respondentů, což bylo o 13 (33,33 %) respondentů méně než při příjmu. V lehké závislosti BI se před propuštěním nacházelo 30 respondentů (76,92 %) což je o 10 (26,64 %) respondentů více než při příjmu. Zcela nezávislým nebyl žádný respondent. Z uvedeného vyplývá, že úroveň soběstačnosti respondentů se před ukončením hospitalizace zvýšila. Subjektivní spokojenost se životem uvedla skupina respondentů střední závislosti BI před propuštěním v průměrné výši 48,11 % pouze o 0,56 % více než při příjmu. Celkovou spokojenost se životem před ukončením pobytu uvedla skupina respondentů lehké závislosti BI v průměrné výši 64,43 %, což bylo o 17,20 % více než při přijetí na oddělení. Porovnáním těchto zjištěných výsledků můžeme tedy říci, že celková míra a spokojenost s kvalitou života respondentů je tím vyšší, čím je vyšší jejich úroveň sebepéče.

„ Lidé s těžkým údělem handicapu jsou hrdinové, kterým se netleská, a zasluhují si hlubokou úctu. Je prospěšné pro každého z nás se zastavit v běhu života a zamyslet se nad smyslem života vlastního i těch kolem nás. Hledejme sílu v lidském společenství, ve vzájemné úctě, v lásce, ve vztahu člověka k člověku.“

(Klein)

4. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANDÍKOVÁ, Marie. *Evaluace kvality života po cévní mozkové příhodě*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd, Ústav fyzioterapie.

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER, Evžen RŮŽIČKA a kol. *Klinická neurologie – část speciální*. Praha: Triton, 2010. ISBN je 978-80-7387-389-9.

BRUTHANS, Jan. Epidemiologie cévních mozkových příhod. *Kapitoly z Kardiologie* [online]. 28. 11. 2010, číslo 4 [cit. 15. 4. 2017]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnich-mozkovych-prihod>.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

ČERNOCHOVÁ, Jana. *Hodnocení kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě v závislosti na druhu léčby*. Pardubice, 2012. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

DE WEERD, L., RUTGERS, W. A. F., GROENIER, K. H., VAN DER MEER, K. 2011. Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice - 74

recommendations for quality aftercare. *BMC Neurology*. [online]. 2011, vol. 11, no. 1, pp. 42-51. [cit. 2017 – 04- 15]. ISSN 14712377. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6bf69a74-f08a-4b0c-94fc-42350a310c75%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4106>.

DYMÁKOVÁ, Tereza. *Život s hemodialýzou*. Pardubice, 2016. Bakalářská. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011, 224 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014, 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.

- HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2008. Praha: Maxdorf, c2008, 84 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-148-6.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 239 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- HICKEY, Anne, M. at al. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ* [online]. 1996, 313:29-33 [cit. 15. 4. 2017]. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351443/pdf/bmj00549-0033.pdf>
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2013, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005, 424 s. ISBN 80-7262-312-5.
- KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008, 229 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
- KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
- KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 200 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetřovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetřovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1443-4.
- NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.

- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. V Praze: Triton, 2005, ISBN 80-7254-657-0.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, 224 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
- POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
- PŘIKRYLOVÁ, Lenka. *Kvalita života pacientů s cévní mozkovou příhodou*. Praha, 2016. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, Ústav ošetrovatelství.
- SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015, 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004, 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007, 188 + 4 strany barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1775-3.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 2014. Praha: Grada, 2014, 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
- SNÍŽKOVÁ, Martina. *Kvalita života po cévní mozkové příhodě*. Jihlava, 2015. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA Katedra zdravotnických studií.
- SPENCE, J. David. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: Triton, 2008, 255 s. ISBN 978-80-7387-058-4.
- ŠKOLOUDÍK, David a Daniel ŠAŇÁK. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. 1. Praha: Maxdorf, c2013, 310 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-360-2.
- TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatrie pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995, 304+8 stran barevné přílohy. ISBN 80-7169-099-6.
- TRACHTOVÁ A KOL., Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2010, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- VAŇÁSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ. *Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění*. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen,

2013, **14**(3), 140-142 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z:
<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/05.pdf>

ZEMAN, Marek. Koncept SEQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*. Bertiny lázně Třeboň, s. r. o. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických oborů, 2008, **10**(1), 1-246. ISSN 1212-4117.

ZVOLSKÝ, Miroslav. ÚZIS ČR, Aktuální informace: Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 2003-2010. 2012, (3).

5. PŘÍLOHY

Příloha A Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.

Instrukce k vyplnění:

1. Vypište celkem 5 pro Vás **nejdůležitějších** oblastí - životních cílů. Každou oblast zájmů napište na jednu řádku. Nepište jich více ani méně. Napište nejprve heslovitě hlavní téma a poté je rozved'te a konkrétněji popište.

2. U každé oblasti uveďte v procentech, jak moc je tato oblast pro Vás **důležitá**. Představte si, že pro všech pět témat (řádek), které jste uvedl/a, máte k dispozici celkem 100 %. Vaším úkolem je rozdělit těchto 100 % mezi Vámi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro vás důležité. Součet všech pěti čísel v prvním sloupečku musí tak dávat dohromady 100 %.

3. V pravém sloupečku uveďte u každého tématu, jak se Vám daří uskutečňovat to, čeho jste chtěli v dané oblasti zájmu dosáhnout, tj. jak jste s naplněním svého cíle **spokojeni**. Údaj zaznamenejte v procentech od 0 do 100 %, kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojen/a) a 100 % znamená, že jsem zcela spokojen/a s naplněním daného cíle (daří se mi to dokonale).

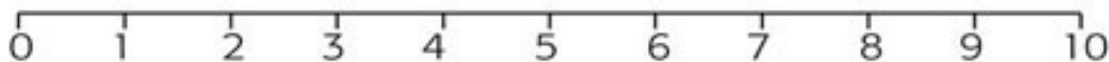
4. Nakonec udělejte křížek na ose pod tabulkou, která je určitým druhem „teploměru vaší životní spokojenosti“.

Důležitost tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti v %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti u každého tématu musí být v rozmezí 0 % – 100 %.

Míra spokojenosti se životem: 1.



je to tak špatné, jak jen to je možné

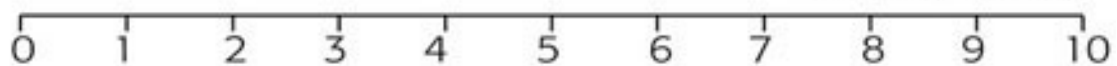
je to tak dobré, jak jen to dobré
může být

Toto prosím nevyplňujte:

Celková úroveň QL (tzv. SEIQoL index):

Celková míra spokojenosti se životem: 1

Míra spokojenosti se životem:2



je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré
může být

Toto prosím nevyplňujte:

Celková míra spokojenosti se životem: 2.

Respondent číslo	Soběstačnost při příjmu dle BI (body)	Soběstačnost při propuštění dle BI (body)	Vypočítaná QoL při příjmu (%)	Subjektivní QoL při příjmu (%)	Subjektivní QoL před propuštěním (%)
1	40	90	33	30	72
2	30	55	30	26	48
3	55	80	55,5	48	52
4	45	90	40	37	64
5	55	85	44,5	50	66
6	65	85	41,75	40	55
7	50	60	24	28	37
8	65	75	39,75	42	49
9	55	75	52,9	49	50
10	55	85	55	50	65
11	20	55	46,5	32	38
12	65	85	42,5	46	61
13	40	60	42,5	39	53
14	55	65	33	50	55
15	55	85	48	60	75
16	65	90	43,25	44	69
17	45	65	46,5	38	48
18	35	55	33,5	30	45
19	50	70	40,5	45	63
20	60	85	55,75	53	70
21	50	65	41,25	49	58
22	55	90	58	52	72
23	40	60	46	51	65
24	50	85	40	50	74
25	60	85	43	40	55
26	55	70	52	59	75
27	70	85	51	47	61
28	20	60	52	50	55
29	65	75	35	42	54
30	65	90	47,75	55	80
31	65	95	47	55	85
32	65	75	43	40	70
33	45	65	53,25	50	61
34	50	55	32	27	28
35	65	90	46	49	73
36	45	45	44	64	64
37	55	90	53	50	81
38	60	80	50	52	65
39	60	85	42,5	45	55