



Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Soběstačnost u pacienta po cévní mozkové příhodě

Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová, R.N.

Filip Vaněk

2008



Abstrakt

My thesis deals with the change of self-sufficiency of a patient after a vascular brain damage (VBD). The research covered nurses working at a neurology ward, aftercare wards, nurses working for home-care agencies and patients after VBD.

I chose this topic as VBDs represent a serious medical-social problem and secondarily also an economic problem. At present they represent the third most frequent cause of death in the Czech Republic as well as in other developed countries. This is why they deserve increased attention, which has not been paid to them in practice so far.

The theoretical part of the thesis includes basic information on the vascular brain damage occurrence, risk factors, treatment and health complication arising as a consequence of VBD.

The research was performed in the form of two anonymous questionnaires, which were distributed to a group of patients after VBD and to a group of medical staff working with patients after VBD. Both the questionnaires consisted of 15 questions. The research was run in May 2008. A hundred questionnaires were distributed in total, forty to patients after VBD and 60 to medical staff. The return was 93%. 90 questionnaires were used for data processing, of which 37 (41 %) from patients and 53 (59 %) from medical staff.

The thesis was aimed at finding how VBD degrades patient's self sufficiency. The aim was fulfilled and the topic mapped.

Hypotheses: (1) The vascular brain damage has negative impact on patient's self-sufficiency – the hypothesis was confirmed by the research. (2) Physiotherapeutic care increases self-sufficiency - the hypothesis was confirmed by the research. (3) A nurse educates the family of a patient with vascular brain damage to application of compensatio aids increasing patient's self-sufficiency – the hypothesis was partially confirmed by the research.



Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Soběstačnost u pacienta po cévní mozkové příhodě*“ vypracoval samostatně, pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b) zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze IS/STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 11.8.2008

.....

podpis studenta



Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.



Obsah

Úvod.....	3
1.Současný stav.....	4
1.1 Historie.....	4
1.2 Anatomie a fyziologie mozkového cévního zásobení.....	4
1.2.1 Anatomie mozkového cévního zásobení.....	4
1.2.2 Anatomie cévní stěny.....	5
1.2.3 Fyziologie mozkového cévního zásobení.....	6
1.3 Cévní mozková příhoda.....	6
1.3.1 Rozdělení CMP.....	6
1.4 Rizikové faktory CMP.....	7
1.4.1 Faktory neovlivnitelné.....	7
1.4.1.1 Pohlaví a věk.....	7
1.4.1.2 Genetická zátěž.....	8
1.4.1.3 Meteorologické faktory.....	8
1.4.1.4 Rasa a geografické podmínky.....	8
1.4.2 Faktory ovlivnitelné.....	9
1.4.2.1 Krevní tlak.....	9
1.4.2.2 Onemocnění srdce.....	9
1.4.2.3 Arterioskleróza.....	10
1.4.2.4 Diabetes mellitus.....	10
1.4.2.5 Cholesterol a lipidy.....	11
1.4.2.6 Kouření.....	11
1.4.2.7 Nezdravá váha a alkohol.....	11
1.4.2.8 Antikoncepční pilulky a hormonální substituční terapie.....	12
1.4.2.9 Hemoglobin.....	12
1.4.2.10 Tranzitorní ischemická ataka.....	12
1.5 Diagnostika CMP.....	13
1.5.1 Potvrzení CMP.....	14
1.6 Následky CMP.....	14
1.7 Období mozkového šoku a fáze zotavování.....	15
1.7.1 Stádia fáze zotavování.....	15
1.7.2 Typický spastický vzorec CMP.....	17



1.8 Léčba CMP.....	17
1.8.1 Neinvazivní léčba.....	17
1.8.2 Invazivní léčba mozkové ischemie.....	18
1.9 Faktory ovlivňující zotavení.....	19
1.10 Rehabilitace.....	19
1.10.1 Specialisté a rehabilitační metody.....	19
1.11 Propuštění z nemocnice.....	22
1.12 Péče o pacienta po CMP.....	23
1.12.1 Polohování na lůžku a fyzioterapie.....	23
1.12.2 Prevence krevních sraženin a posazování na lůžku.....	24
1.12.3 Péče o oči a dutinu ústní.....	24
1.12.4 Prevence bolestí ramene.....	24
1.12.5 Polykání a příjem potravy.....	25
1.12.6 Zvládání problémů s řečí a psaním.....	25
1.12.7 Ovládání močového měchýře a střev.....	26
1.12.8 Dechová cvičení a fyzická aktivita.....	26
1.12.9 Zvládání emočních problémů.....	27
1.12.10 Předcházení pádům.....	27
1.13 Funkční hodnocení u CMP.....	28
1.13.1 Test Barthelové (Bartel index).....	29
2. Cíle práce a hypotézy.....	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Hypotézy.....	30
3. Praktická část.....	31
3.1 Použitá metoda výzkumu.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	31
3.3 Výsledky výzkumu a jejich analýza.....	32
3.3.1 Výsledky dotazníkového šetření - pacienti po CMP.....	32
3.3.2 Výsledky dotazníkového šetření – sestry.....	54
4. Diskuse.....	68



5. Závěr.....73

6. Seznam použité literatur

7. Klíčová slova

8. Přílohy



Úvod

Cévní mozkové příhody představují závažný medicínsko-společenský a druhotně i ekonomický problém. V současnosti představují třetí nejčastější příčinu smrti jak v České republice tak i v jiných vyspělých zemích. Proto zasluhují zvýšenou pozornost, která jim dosud v praxi není dostatečně věnována. Rozvíjejí se sice léčebné způsoby přímo postihující podstatu tohoto onemocnění – zavádí se trombolytická léčba u ischemických cévních mozkových příhod, velká pozornost je již delší dobu věnována antikoagulační prevenci embolických cévních mozkových příhod u jedné z velmi častých příčin – fibrilace síní, je však nutno zaměřit se intenzivně i na péči o pacienty s již diagnostikovanou cévní mozkovou příhodou. Ta musí zahrnovat vedle základních ošetrovatelských činností i speciální ve spolupráci s dalšími odborníky – intenzivní rehabilitaci, nácvik kontinence, řeči, ergoterapii, psychoterapii, sociální péči a nezanedbatelné je i plánované propuštění.

Při cévní mozkové příhodě dochází k celé řadě problémů, které způsobují snížení soběstačnosti pacienta. Snížení soběstačnosti neodmyslitelně vede ke zvýšení závislosti na druhé osobě a tudíž i k psychickým problémům. Neschopnost ovládat končetinu nebo celou polovinu těla, vyprazdňování, neschopnost komunikovat s okolím, přijímat potravu atd. je jistě velice stresující nejen pro pacienta, ale i jeho rodinu.

Cílem této práce je nejen přinést základní informace o vzniku cévní mozkové příhody, rizikových faktorech, léčbě a zdravotních komplikací vznikajících v důsledku cévní mozkové příhody, ale hlavně zjistit, jak cévní mozková příhoda ovlivňuje soběstačnost pacienta s touto diagnózou.



1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie

Není známo kdo a kdy pozoroval první případ mozkové mrtvice. Víme jistě, že staří Egypťané trpěli arteriosklerózou a lze tedy proto předpokládat, že mohli onemocnět také na mozkovou mrtvici.

Řekové, jak je známo z Hippokratových knih, učili, že nemoci mozku jsou ze ztráty tzv. flegma, jakési blíže neurčené tekutiny. Bez této tekutiny jsou prý nervy suché a nemohou dosáhnout potřebné vlhkosti. Tím vysvětlovali epilepsii, tetanus i mozkovou mrtvici.

V 1. pol. 17. stol. se začínají provádět na vědeckém podkladě pitvy zemřelých. Tím byly vytvořeny podmínky k rozumnému vysvětlení příčin mnoha nemocí. Pravděpodobně první, kdo zjistil, že mozková mrtvice má vztah k pitevnímu nálezu mozkového krvácení byl J. J. Wepfer (1620- 1695) ze Schaffhausenu. Popsal to ve své studii: „Observationes anatomicae ex cadaveribus eorum quos sustulit apoplexia“ (Anatomická pozorování na mrtvolách nemocích postižených apoplexií), vydaném v r. 1658. V r. 1664 Th. Willis zveřejnil přesný popis mozkového cévního systému, dodnes se po něm jmenuje tepenný okruh na spodině mozku.

Z dalších objevů, které se vztahují k mozkovým příhodám, stojí za pozornost popis afázie (poruchy řeči) G. Van Swietenem v r. 1753, objev aktivity cévní stěny v krevním oběhu a funkci kapilár J. Procházkou v letech 1778 až 1791, popis aneurysmatu (cévní výdutě) A. Scarpa v r. 1804, objev trombocytů A. Doumem v r. 1842. R. Virchov objasnili vznik trombózy a embolie – do té doby se věřilo, že jde o primární cévní zánět – on prokázal, že jde o následek srážení krve, nebo změnu molekulární přilnavosti mezi krví a cévní stěnou. První embolektomie (odstranění cévní vmetku) byla provedena M. Kirschnerem v r. 1923. Senzorická afázie (porucha porozumění řeči) byla popsána H. Headem v r. 1926 a teze o provokujících momentech arteriosklerózy byly předneseny českým lékařem K. Weberem roku 1928. Ty již předjímalý vše, co o tomto onemocnění tvrdíme dnes.

To jsou v přehledu tisíciletí některé ze základních kamínek mozaiky, která pomohla vytvořit současný pohled na tento problém. (10)

1.2 Anatomie a fyziologie mozkového cévního zásobení

1.2.1 Anatomie mozkového cévního zásobení

Mozek je zásobován čtyřmi tepnami, v přední části dvěma karotickými (aa. carotides interna), v zadní části dvěma vertebrálními (aa. vertebrales). Karotické řetiště se podílí na mozkovém krevním zásobení asi 85 %. Vertebrální tepny se v horní části spolu spojují a tvoří



jedinou tepnu basilární (a. basilaris). Na bazi mozku dochází k vytvoření tzv. Willisova okruhu, který je propojením tepny basilární s tepnami karotickými a obvykle vytvářejí skutečně uzavřený cévní kruh, což do určité míry umožňuje kolaterální (vedlejší) zásobení i při poruše v některé z uvedených cév. Nad úroveň Willisova okruhu se odštěpují z basilární tepny dvě aa. cerebri posteriores a každá a. carotis interna se větví na arteria cerebri anterior a arteria cerebri media. (2, 6, 8, 10)

1.2.2 Anatomie cévní stěny

Z hlediska výstavby cévního stromu lze pozorovat odlišná složení cévní stěny, úměrně funkci, kterou daná céva v transportu a řízení krevního proudu zastává. Velké artérie (a. carotis communis), jako tepny tzv. elastického typu, mají zvláště akcentovanou elastinovou vrstvu adventice (membrana elastica externa), která v longitudinálně uspořádané spirále zabraňuje nadměrnému roztažení medie a infamy při systole. Krevní vlna, proudící v nich, se mechanicky přenáší do periferie. Artérie středního a malého kalibru (a. vertebralis, a. carotis interna větve, Willisova okruhu) postupně směrem do periferie ztrácejí ve své stěně podíl adventicie a relativně u nich vzrůstá podíl medie. Nazývají se proto arteriemi svalového typu. Tepny svalového typu mají relativně malé lumen proti stěně cévní, a jsou tak schopny regulovat krevní přítok podle požadavků určité zásobovací oblasti.

Arterioly, tepny kolem průsvitu 100 μm , poslední, které jsou viditelné okem, plní primární kontrolu krevního tlaku. Zcela jim chybí membrana elastica externa. Dominuje jim svalová vrstva medie, mohutná i ve vztahu k lumen, přestože se skládá již jen z 1 – 5 vrstev hladkých svalových buněk a vmezeřených fibril. Přechod ke kapilárám tvoří prekapiláry s průměrem 12 – 40 μm , obdařené prekapilárními sfinktery.

Kapiláry, o průměru menším než 7 μm , mají v různých tkáních sílu mírně odlišnou. Nemají žádnou tunica media et adventitia, jejich stěna je tvořena jen endotelem s plochými jádry. Dvě až tři endotelové buňky jsou schopny cirkulárně vystlat lumen kapiláry. Zevnělnou tyto buňky k bazální membráně, k níž se znovu zvnějšku přikládají ve tkáni CNS pseudopodie glie. V klidovém stavu je lumen velkého počtu kapilár kolabováno a otvírá se podle metabolických potřeb tkáně. V sítích kapilár a prekapilár, kde se směry krevního průtoku snadno mění, proudí krev v klidu jen spojovacími kanály nebo drobnými arteriovenózními anastomózami a jednotlivá sousední kapilární řečiště se v průtoku střídají podle místního pH. Při zvýšené činnosti tkáně si distanční síla krevního proudění otvírá uvolněné prekapilární sfinktery a podle funkční zdatnosti celého komplexu se pak perfuze mírně až mnohonásobně zvyšuje. (2,6)



1.2.3 Fyziologie mozkového cévního zásobení

Mozek jako orgán o extrémně vysoké biologické výkonnosti má také mimořádné nároky na oxidační a metabolickou nepřetržitou dodávku kyslíku a glukózy. U dospělého člověka uspokojuje tuto dodávku krevní průtok o hodnotě 50 – 60 ml/100 g tkáně/min, což pro mozek jako celek představuje asi 750 ml/min. Při své hmotnosti, představující asi 2 % hmotnosti organismu, využívá tedy při tělesném klidu mozek dospělého přibližně 15 % minutového srdečního výdeje (50 % ledviny a játra, 16 % kosterní svalstvo, 8 % kůže, 5 % myokard a 6 % ostatní). U dětí je mohutnost mozkového průtoku téměř dvojnásobná, takže u nich připadá mozku přibližně 40 % klidového srdečního výdeje. Mozek za klidových podmínek spotřebuje 65 % celkové tělesné spotřeby glukózy. Velikost mozkového nutričního průtoku není stálá a v závislosti na aktuální činnosti u zdravých osob podstatně převyšuje hodnoty nezbytné pro bazální metabolismus nervové tkáně. Tak může být aktuální průtok redukován až o 30 – 50 %, aniž by vznikl neurologický deficit (tzv. Drosselungtoleranz). (4, 6, 10)

1.3 Cévní mozková příhoda

Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala tuto definici cévní mozkové příhody: *Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní neurologická dysfunkce vaskulárního původu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku.*

V běžné praxi se pro CMP používá termín „ictus“, objevuje se i anglický pojem „stroke“. CMP jsou způsobeny jednak krvácením do centrální nervové soustavy a také tím, že dojde k náhlé poruše zásobování mozku krví, což má za následek nedostatečný přívod kyslíku k mozkovým buňkám - ischemie. K tomu dochází, jestliže se tepna přivádějící krev do mozku buď ucpe, nebo praskne. Mozek není schopen tolerovat, jako jiné orgány, nedostatek kyslíku.

Jestliže se přeruší přívod kyslíku a živin k mozkovým buňkám, přestanou přechodně fungovat nebo odumřou. Smrt buněk vede ke vzniku oblastí lokalizované nekrózy známých jako mozkové infarkty.

Subjektivní a objektivní příznaky se mohou objevit náhle nebo se mohou stupňovat během několika minut, dní, měsíců i let. (1, 8, 20, 21)

1.3.1 Rozdělení CMP

Ischemické CMP s ložiskovými příznaky (fokální cerebrální dysfunkce) se rozdělují podle klinického průběhu na TIA, PRIND, rozvíjející se mozkovou příhodu a dokončenou mozkovou příhodu. TIA nebo PRIND mohou předcházet těžkému mozkovému infarktu a proto vyžadují podrobné vyšetření a další léčbu.



TIA je tranzitorní ischemická ataka. Příznaky této mozkové příhody zcela vymizí do 24 hodin (obvykle do 1 – 2 hodin). Skoro 30 % pacientů s CMP má v anamnéze TIA.

PRIND je prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit, jehož příznaky trvají déle než 24 hodin a zcela odezní do 3 týdnů.

Rozvíjející se mozková příhoda je iktus, u kterého dochází k dalšímu rozvoji příznaků.

U dokončené mozkové příhody (mozkovému infarktu) je neurologický deficit stabilní a neměnný. (3, 5, 13, 19, 23)

1.4 Rizikové faktory CMP

Jedním z nejvýznamnějších poznatků pro prevenci a primární intervenci cévních onemocnění je koncepce rizikových faktorů, která má základ ve Framinghamské studii z r. 1963. Epidemiologické studie ukázaly, že čím větší je prevalence rizikových faktorů, tím větší incidenci onemocnění se může očekávat.

Rizikové faktory se rozdělují na faktory neovlivnitelné a faktory ovlivnitelné.

1.4.1 Faktory neovlivnitelné

1.4.1.1 Pohlaví a věk

U mužů po 65 let je asi o 20 % vyšší riziko vzniku ischemické nebo hemoragické CMP než u žen. U žen je zase bez ohledu na věk větší riziko vzniku subarachnoidálního krvácení, a to o 50 %. U žen se rovněž třikrát snadněji vytvoří intrakraniální tepenná výduť. Tyto pohlavní rozdíly jsou méně výrazné u mladších dospělých, kde jsou muži i ženy postiženi téměř stejně.

Riziko vzniku CMP narůstá od 45. roku věku. Po dosažení 50 let jsou vždy každé další 3 roky života spojeny s vyšším rizikem vzniku CMP, a to o 11-20 %, přičemž riziko stoupá s věkem. U lidí nad 65 let je nejvyšší, nicméně až 25 % všech CMP u dospělých mladších 65 let a 4 % u osob mezi 15 a 40 lety.

CMP nejsou časté u dětí do 15 let, a pokud se vyskytnou, pak obvykle jako důsledek vrozené srdeční vady, vrozených cévních abnormalit, úrazu hlavy nebo krku, migrény nebo krevní choroby.

1.4.1.2 Genetická zátěž

Dědičné faktory jsou jen velmi vzácně přímou příčinou CMP. Přesto geny hrají významnou roli u některých rizikových faktorů CMP, např. hypertenze, srdečních onemocnění, diabetu a cévních malformací. Výskyt CMP v rodině, obzvláště vyskytuje-li se u



dvou a více rodinných příslušníků mladších 65 let, zvyšuje pravděpodobnost prodělání mozkové příhody. Existují také vzácné genetické poruchy, které zvyšují riziko vzniku CMP, a to např. polycystické onemocnění ledvin, Ehlersův-Danlosův syndrom typ IV, neurofibromatóza, Marfanův syndrom typ I, genová mutace faktoru V a vrozený nedostatek faktorů zvaných protein C a protein S.

Konečné CMP se vyskytují v některých rodinách častěji a v nižším věku, než je v populaci obvyklé. Tento jev má dvě složky. Rozličné rodinné faktory návykového charakteru (dietní zvyky, interpersonální vztahy apod.), a určité geneticky přenášené vlivy.

1.4.1.3 Meteorologické faktory

Tyto vztahy sledoval podrobně Bartko. Zjistil korelaci mezi vyšší frekvencí výskytu ložiskových ischémii a nízkými teplotami. Vyšší frekvence byla i při vzestupu teplot nad 40 °C a současné koncentraci vodních par nad 1,87 kPa, a při poklesu atmosférického tlaku. Významnější než vlastní hodnota meteorologických faktorů se zdá být rychlost jejich změn.

1.4.1.4 Rasa a geografické podmínky

V USA je signifikantně nižší výskyt cévních onemocnění mozku u bělochů než u černochů. V severozápadních státech USA je nižší incidence než na jihovýchodě. Ve Finsku je vyšší incidence než v ostatních zemích Skandinávie, obdobně ve Skotsku proti ostatní Velké Británii. V Japonsku byl zjištěn výrazně vysoký výskyt krvácení do mozku, tato změna však nebyla u Japonců žijících na Havaji, kde se incidence CMP u Japonců neliší od bělochů. V ČSSR byla vyšší úmrtnost na cévní onemocnění mozku v ČSR oproti Slovensku. Avšak všechny tyto zjištěné údaje vzbuzují pochybnost o přímém působení geografických či rasových vlivů a souvisí spíše s jinými faktory působícími v populaci. Např. v USA je nejvyšší výskyt cévních onemocnění mozku mezi chudinou a právě mezi ní se řadí většina černochů. Zajímavé jsou také údaje z Finska: vyšší mortalita na cévní onemocnění je provázena i nálezem měkčí vody (z jezera) a nižším obsahem magnézia, kalcia, kalia, mědi a manganu v půdě.

1.4.2. Faktory ovlivnitelné

1.4.2.1 Krevní tlak

Hypertenze byla prokázána jako rizikový faktor CMP snad ve všech studiích bez ohledu na věk, pohlaví, rasu či zemi. Některé studie ukázaly, že léčbou hypertenze u nemocných, kteří přežili CMP, lze dosáhnout významného snížení výskytu recidiv.



Zatím není z cela jasné, zda je z hlediska rizika významnější hodnota systolického nebo diastolického tlaku. Taktéž není plně objasněn mechanismus vzniku ischemické CMP u hypertenze. Studie autoregulace cerebrálního mozkového průtoku ukazují, že strukturální změny rezistentních mozkových cév vyvolané hypertenzí mohou vést k ischemii mozku tak, že tyto cévy ztratily schopnost rychlé adaptace při poklesu perfuzního tlaku. Bartko uvádí, že u hypertoniků a arteriosklerotiků je dolní hranice krevního tlaku potřebná k udržení krevního průtoku v mozku výrazně vyšší než u zdravých, a proto i relativně malý pokles TK ve fyziologických mezích může vést ke vzniku ložiskové ischemie.

Hypotenze se stále více a více zdůrazňuje jako významný rizikový faktor ložiskové ischemie. Zpravidla se neuplatňuje samostatně, ale odkrývá jinou, doposud latentní místní poruchu. Proto je významnější faktorem starších lidí. Mitchinson přisuzuje 40 % fatálních CMP starých lidí akutní hypotenzi vzniklé z extrakraniálních příčin nejčastěji u srdečního selhání, okultního krvácení s pokračující embolizací do plicnice.

Bartko zjistil v souboru čítajícího 576 nemocných v okamžiku vzniku mozkové ischemie u 80 % okolnosti, které vedou ke snížení systémového TK.

1.4.2.2 Onemocnění srdce

Mezi příčinami vedoucími k ischemické CMP se onemocnění srdce považuje za velmi významné. Onemocnění srdce se uplatňuje převážně selháním hemodynamiky a manifestuje latentní, doposud kompenzovanou, ložiskovou poruchu prokrvení z jiných příčin. Méně často jde o přímou embolizaci do cévního řečiště mozku.

Nejčastěji se uplatňuje vliv ischemické choroby srdeční, není to však jediné kardiální postižení, které má vztah k CMP.

Bartko rozděluje kardiocirkulační poruchy, z hlediska vzniku akutního cévního postižení mozku, na:

- Dekompensace srdce z různých příčin
- Fibrilace síní
- Infarkt myokardu
- Cor pulmonale
- Mitrální vady
- Jiné



Ve svém vlastním pozorování zjistil u 626 nemocných s diagnózou ložiskové ischemie mozku v 77,3 % postižení kardiální. Dekompensace srdečního onemocnění byla častěji spojena s těžším neurologickým průběhem.

Intervenční Rabkinova studie ukázala na významnost ischemické choroby srdeční, která zvyšovala mortalitu během akutní fáze mozkové příhody, pravděpodobně neschopností myokardu udržet adekvátní mozkovou perfuzi. Ischemická choroba srdeční, věk a hypertenze byly zjištěny jako rozhodující rizikové faktory pro přežití akutní CMP.

1.4.2.3 Arterioskleróza

Jako nejčastější riziko ložiskové mozkové ischemie je v obecné povědomí považována arterioskleróza. Tento názor však není zcela opodstatněný, protože jednak záleží na lokalizaci a rozsahu změn, jednak arterioskleróza představuje jen jeden, byť častý, z lokálních činitelů, které se uplatňují ve vzájemné souhře faktorů celkových a místních, v jejichž interakci vznikají podmínky vedoucí k CMP.

Extrakraniální úsek cév je považován za nejvýznamnější pro vznik akutního mozkového infarktu, mechanismem buď tromboembolickým, nebo hypoperfuzním.

Asymptomatický kyfotický šelest byl zjištěn, ve Framinghamu, bez závislosti na pohlaví, ale v závislosti na věku ve skupině 44 -54 let – 3,5 %, ve skupině 65 – 79 let – 7 %. Riziky pro šelest byly hypertenze a diabetes mellitus. CMP u těchto osob vznikla s roční incidencí 4 %.

Uzávěr karotické artérie u nemocných, který proběhl pod obrazem TIA, došlo v průběhu 5 let ve 30 % ke vzniku infarktu mozku. Prognózu neovlivnilo ani provedení extra-intrakraniální mikroanastomózy. Dvacet procent nemocných zemřelo do 5 let, avšak 4/5 z nich na postižení srdce.

U periferních cév byla zjištěna jen nízká korelace s cévním postižením mozku.

Arterioskleróza retinálních cév je podstatně významnější pro prognózu smrti z postižení srdečního než z mozkové příhody.

1.4.2.4 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus patří mezi významné rizikové faktory pro vznik CMP, zvláště pak pro akutní ischemii. Ve studii v Framinghamu byl zjištěn jako šestý nejvýznamnější rizikový faktor. V jiných studiích se mu přičítá ještě větší významnost a je řazen na třetí místo za hypertenzi a onemocnění srdce.



U nemocných s ischemickým onemocněním mozku byla prokázána v 76 % porucha glycidového metabolismu. Byla vyslovena myšlenka, že porušený glycidový metabolismus je větším rizikem pro vznik cévního onemocnění mozku než pro vznik onemocnění srdce.

1.4.2.5 Cholesterol a lipidy

U ischemické choroby srdeční je prokázána korelace výskytu se zvýšením hladiny sérového cholesterolu, u CMP tomu tak není. Nejvýznamnějším zjištěním je, že zvýšení cholesterolu vázaného na lipoproteiny o nízké hustotě (LDL, β -lipoproteiny) je spojeno s rozvojem arteriosklerózy, naopak zvýšení podílu cholesterolu v lipoproteidech o vysoké hustotě (HDL, α -lipoproteiny) má protektivní význam. V celé řadě studií byla prokázána závislost mezi výskytem ložiskové ischemie mozku, nízkou hladinou HDL-cholesterolu a vzestupem poměru LDL-cholesterolu : HDL-cholesterolu, zpravidla při normální celkové cholesterolemii.

1.4.2.6 Kouření

Kouření bylo prokázáno jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů onemocnění periferních tepen a ischemické choroby srdeční. U cévních onemocnění mozku je význam tohoto rizika menší. Starší studie neprokazovali významnější souvislost mezi úmrtím na CMP a kouřením. Williams a Paffenberger zjistili dvakrát větší úmrtnost na ischemickou CMP u kuřáku oproti nekuřákům. Ve Framinghamu bylo prokázáno třikrát vyšší riziko u kouřících mužů. Toto riziko bylo vyšší u mladších osob a bylo přímo závislé na počtu vykouřených cigaret za den. Zvláštní závislost byla zjištěna u kouřících žen užívajících hormonální antikoncepci.

1.4.2.7 Nezdravá váha a alkohol

Tzv. index tělesné hmotnosti (BMI) se používá ke zjištění, zda dotyčná osoba je obézní nebo má nadváhu. BMI se vypočítá, když váhu dotyčné osoby v kilogramech dělíme její výškou v m^2 .

U dospělých osob se hovoří o nadváze, je-li BMI 25 a více. BMI mezi 18,5 a 24,9 je považováno za normální zdravou váhu a BMI pod 18,5 se hodnotí jako podváha. Nadváha zvyšuje riziko vzniku CMP asi o 15 % tím, že podporuje vývoj hypertenze, srdečního onemocnění, diabetu II. typu a aterosklerózy. Existují též určité důkazy, že podváha může zvyšovat riziko subarachoidálního krvácení.



Přestože mírná konzumace alkoholu (pod 30 g/den pro muže a méně než 15 g/den pro ženy) snižuje riziko vzniku zejména ischemické CMP, pravidelné pití alkoholu přesahující toto množství, nárazové pití (konzumace 75 g alkoholu a více během 24 hodin) a alkoholismus zvyšují krevní tlak a tím několikanásobně i riziko vzniku zejména krvácivé CMP.

1.4.2.8 Antikoncepční pilulky a hormonální substituční terapie

Většina antikoncepčních pilulek obsahuje jak estrogen, tak gestagen. Nazývají se kombinovaná perorální kontraceptiva a mohou zvyšovat krevní tlak a zahušťovat krev, ve které se pak snadněji tvoří sraženiny. Kombinovaná kontraceptiva zvyšují riziko vzniku ischemické CMP zejména u žen kuřáček starších 30 let.

Jiný typ antikoncepčních pilulek obsahuje pouze gestageny, jde o tzv. minipilulku. Ženy užívající tento druh hormonální antikoncepce jsou vystaveny menšímu riziku vzniku CMP. Ženy, které užívali antikoncepční pilulky v minulosti a již je neužívají, větší riziko vzniku CMP nemají.

Hormonální substituční terapie se předepisuje některým ženám v menopauze nebo v období po ní k zesílení kostí a ke snížení rizika vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku. Avšak je zřejmé, že hormonální substituční terapie (převážně kombinace estrogenu s gestageny) zvyšuje riziko vzniku zejména ischemické CMP o 33 %. Zvyšuje také riziko onemocnění věnčitých srdečních tepen a riziko demence.

1.4.2.10 Hemoglobin

Polycytemie je již dlouho známa jako významný rizikový faktor CMP. Ve Framinghamu bylo zjištěno zvyšování rizika mozkového infarktu lineárně se vzestupem hemoglobinu již v pásmu normálních hodnot. Harrison a kol. našli přímý vztah mezi hladinou hemoglobinu a mozkovým infarktem, současně také narůstala viskozita krve a snižoval se kolaterální průtok. Zdá se, však že významnějším faktorem než hemoglobin je hematokrit.

1.4.2.11 Tranzitorní ischemická ataka

Přibližně dva ze sta dospělých lidí prodělají během svého života minimálně jednou krátké průtokové selhání, tranzitorní ischemickou ataku. Bez adekvátní léčby dospěje asi 1/10 těchto pacientů během 3 měsíců k CMP, většinou ischemické, a asi u 1/3 pacientů vznikne



během 5 let od první ataky. Pravděpodobnost vzniku CMP roste asi 1,5krát na každých 10 let věku a je vyšší u pacientů, u nichž dochází k mnohačetným atakám s narůstající frekvencí.

Je především sémantickým problémem, zda se TIA považuje za předzvěst, nebo za projev CMP, zvláště dnes, když víme určitá část nemocných s TIA má ložiskovou změnu prokazatelnou počítačovou tomografií. Je tedy otázka, zda se má TIA řadit mezi rizikové faktory.

Poznání rizikových faktorů je důležité především pro objasnění těch příčinných vztahů, jejichž ovlivněním jsme schopni snížit incidenci nemoci, a tedy pro aktivní prevenci. Je třeba znát, který z rizikových faktorů působí relativně samostatně, které se vzájemně potencují a které se uplatňují jen v interakci s jinými. Rizikové faktory CMP jsou v hlavních rysech shodné s rizikovými faktory ostatních cévních onemocnění, mají však dílčí odlišnost ve svém významu. (3, 5, 9, 10, 17, 19, 22)

1.5 Diagnostika CMP

Laboratorní testy a další vyšetření jsou důležitá pro správnou diagnózu CMP a jejího typu, stanovení její hlavní příčiny a přidružených medicínských stavů, určení nejlepší možné léčebné a ošetrovatelské strategie a sledování vývoje během léčby. Diagnostika je postavena na základě klinického vyšetření subjektivních a objektivních příznaků, závisících na lokalizaci a rozsahu postižené tkáně. Pravá mozková hemisféra řídí levou polovinu těla a naopak pravou polovinu těla řídí levá hemisféra (vždy kontralaterální polovinu). Postižena bývá motorika i cití. V pravé mozkové hemisféře je obvykle uloženo Brocovo motorické centrum pro řeč, takže při jejím postižení dochází též k poruchám řeči.

Při postižení arteria cerebri anterior jsou obvykle přítomny: slabost, porucha cití kontralaterální strany, zmatenost, někdy slabost kontralaterální dolní končetiny, případně poruchy kontinence moče.

U postižení arteria cerebri media jsou obvykle přítomny: kontralaterální hemiplegie, hemianopie (ztráta části zorného pole), vychýlení očí na stranu léze, při postižení dominantní hemisféry afázie (porucha řeči), při výskytu otoku hemisféry může vzniknout zastřené vědomí, sopor nebo kóma.

Vzhledem ke složitější situaci v anatomickém uspořádání cévního zásobení je zde větší variabilita příznaků v závislosti na přesném místě postižení.



1.5.1 Potvrzení CMP

Při potvrzení CMP se nejvíce uplatňuje počítačová tomografie (CT), případně magnetická rezonance (MRI), která zobrazuje mozek v jednotlivých řezech. Tato vyšetření jsou schopna odlišit ischemii od hemoragie, což je důležité pro zahájení odpovídající léčby. Dále se může využívat mozkové angiografie, která poskytuje nejpřesnější postavení tepen a žil během všech fází mozkového krevního průtoku a je používána při hledání zúžení nebo dalších patologických změn, jako jsou aneuryzmata či cévní malformace. Někdy se používá lumbální punkce, když stanovení, zejména krvácivé, CMP není jasné. (5, 6, 10, 13, 17, 18, 21)

1.6 Následky CMP

Protože každá polovina mozku kontroluje a řídí činnost opačné strany těla jakékoliv poškození jedné strany mozku povede k invaliditě opačné strany těla (viz. Diagnostika cévní mozkové příhody). U člověka, který utrpěl CMP, se objevují následující potíže:

- Ztráta normálních kontrolovaných pohybů – změna životní funkce, kterou trpí většina pacientů po CMP, je ztráta normálního svalového tonu na postižené straně. Pakliže je normální svalový tonus změněn, člověk nemůže provádět normální kontrolované pohyby. Svalový tonus může být snížený, zvýšený nebo obojí. Při zvýšení svalového tonu hovoříme o elasticitě nebo hypertonu. Když dojde k jeho snížení označujeme ho termíne chabost nebo hypotonie (hypotonus).

Ztráta kontrolovaného pohybu omezuje schopnost člověka provádět každodenní úkony. To může vést k dalším sekundárním problémům. Jestliže nedojde na samém počátku ke správné léčbě, jako následek mohou vzniknout proleženiny, zánětlivé komplikace a zácpa. V dolní končetině mohou vznikat krevní sraženiny, které se mohou dostat do plic, kde způsobí plicní embolii.

- Obtíže při polykání (dysfagie) – obtíže mohou pramenit z oslabení svalů tváře, čelisti, polykacích svalů a jazyka. Pacient proto může mít problémy přijímat potravu, následkem bude podvýživa, oslabení organismu a riziko aspirace (vdechnutí potravy do plic).
- Inkontinence – inkontinence močového měchýře a střeva je obvyklým jevem cévní mozkové příhody. Kontrola močového měchýře a střeva se časem zlepšuje a obvykle se vrátí normální funkce.
- Sensorické problémy – poškození mozku CMP způsobuje nejen viditelnou fyzickou invaliditu, ale také potíže vnímání a ztrátu smyslového rozlišování. Lidé po CMP



proto mohou mít potíže s určením pozice svého těla a s určením polohy končetin (např. zda je tělo ohnuté nebo vzpřímené).

V závislosti na tom, jaká část mozku je postižena, se mohou u pacienta objevit také problémy s zrakem, hmatem, sluchem, řečí, čichem a rovnováhou.

- Psychologické a emociální problémy – když se člověk po CMP snaží vyrovnat se situací, mohou se u něj objevit deprese, úzkost nebo změny nálady. Je to však spíše reakce člověka na změnu okolností než následek CMP.
- Problémy s chápáním – může být postiženo prostorové chápání (např. dovnitř/ven), soustředění a paměť.
- Sociální následky CMP – po CMP se dějí menší či větší změny ve vztahu mezi ostatními členy rodiny a člověkem, který utrpěl CMP. Často dochází také ke snížení rodinných příjmů. CMP může vést k izolaci v rámci rodiny či společnosti. (12, 20)

1.7 Období mozkového šoku a fáze zotavování

Okamžitě po mozkovém infarktu následuje období mozkového šoku. Během tohoto období, které je různě dlouhé, od několika dní až po mnoho týdnů, je svalový tonus člověka ochablý (hypotonický). Na postižené straně je pohyb obtížný, ne-li nemožný. Týká se to pohybu svalů jazyka, obličeje, trupu a končetin.

Začátek fáze zotavování následuje po období mozkového šoku. Nejčastěji začíná mezi druhým a šestým týdnem po CMP. Zotavovací fáze může postupovat ve třech různých stadiích. Doba trvání každého stadia je u každého člověka různá, také není možné pozorovat jeho přesný začátek a konec. Různá místa postižené strany se mohou nacházet v různých stadiích. (12)

1.7.1.1 Stadia fáze zotavování

- Přetrvávání hypotonu (stadium ochablosti)
- Vývoj směrem k normálnímu tonu (stadium zotavování)
- Vývoj směrem k hypertonu (stadium hypertonu)
- Ataxie

Přetrvávání hypotonu může u některých lidí trvat i velmi dlouho. V tomto stadiu je motorická ztráta obvykle doprovázena silnou senzorickou ztrátou. Paže člověka je chabá,



volně visící a je nemožné ji udržet v prostoru kvůli svalové slabosti a nízkému tonu. Ze všech tří stadií je toto nejvíce deprimující.

Jen málo lidí, kteří byli postiženi CMP, zůstane navždy ochablých a téměř vždy se objeví určitý stupeň spasticity. I tehdy, když se paže zdá být úplně ochablá, obvykle vykazuje flekční spasmus u prstů při provedení a zachování silného protažení. Když se zdá, že noha je v klidové poloze zcela ochablá, dochází k mírné rezistenci při pasivním ohýbání kyčle a kolena, když člověk leží na zádech. Je to pozice, která zvyšuje tonus, jestliže je elasticita přítomna.

Vývoj směrem k normálnímu tonu je stadium, kdy se končetiny začínají znovu hýbat, a to nejprve distální části. Ruka a paže dříve než rameno, chodidlo a noha dříve než bok. Často se dříve začne pohybovat horní končetina. I přesto, že CMP zabije mnoho buněk, zbývající buňky jsou schopné převzít činnost a ztracená pohyblivost je znovu obnovena, ale mírná invalidita obvykle zůstává.

Vývoj směrem k hypertonu je zotavovací fáze, kdy nejčastěji dochází k obnově motorické funkce s vývojem směrem ke spasticitě. Nejprve se obnoví proximální pohyby končetin, kyčle a ramene. Dříve se objeví u dolní končetiny.

Zvýšený tonus vedoucí ke spasticitě pozorujeme u mnoha svalů současně, především u silnějších svalů těla známých jako antigravitační svaly, tj. u těch svalů, které slouží ke zvedání těla a nesením váhy proti gravitaci. Tato vznikající spasticita u antigravitačních svalů spolu s neschopností iniciovat pohyb na postižené straně zodpovídají za ztrátu rotace, asimetrii, absenci adaptace těla na gravitaci, absenci změny pohybu a absenci obranné extenze paže.

U každého člověka je svalový tonus odlišný. Jeho stavem je podmíněna kvalita pohybu následujícím způsobem:

- silná spasticita – pohyby jsou obtížné, ne-li nemožné, z důvodu neustálé svalové kontrakce
- střední spasticita – pohyby jsou pomalé, prováděny s vypětím a abnormální koordinací
- mírná spasticita – jsou možné hrubé pohyby končetin, jemné pohyby ruky jsou obtížné

Ataxie se vyskytuje v některých případech hemiplegie, především těch, které byly způsobeny úrazem, kdy je postiženo cerebellum nebo cerebrální systém. Pohyby člověka se stávají nekoordinované a nekontrolovatelné. Jsou přítomny potíže při provádění a udržení



přechodových poloh pohybu. Pacient se snaží tyto problémy řešit volnými pokusy, které způsobují intenzivní tremor a dysmetrii. (12, 15)

1.7.2 Typický spastický vzorec CMP

- rameno je taženo dolů a dozadu, paže je otočena dovnitř
- ohnutí lokte je doprovázeno rukou sevřenou v pěst, dlaň směřuje směrem dolů
- pánev je tažena dozadu, noha je otočena dovnitř (během stupně ochablosti při snížení svalového tonu noha padá ven s ohnutým kolenem)
- kotník, koleno a kyčel jsou narovnané
- chodidlo je ztuhlé a směřuje dolů, je otočené dovnitř
- dochází k laterálnímu zkrácení trupu (12)

1.8 Léčba CMP

1.8.1 Neinvazivní léčba

Podle současných znalostí patofyziologických kaskád vývoje ložiskové mozkové ischemie v infarkt lze dělit farmakologickou léčbu na léčbu akutní ischenické CMP a léčbu subakutní a chronické fáze ischenické CMP aplikovanou v dalších hodinách a dnech. Ta obecně trvá do obnovy mozkové autoregulace, přibližně 3 týdny.

Léčba akutní fáze ischemické CMP využívá trombolytika, antikoagulancia a blokátory kalciových kanálů. Příznivý efekt léčby tromboliky byl prokázován u akutního infarktu myokardu, kde jsou největší zkušenosti s těmito léky. Používá se např. Streptokináza, Urokináza, Tkáňový aktivátor plazminogenu a Nová trombolytika.

Antikoagulancia – do této skupiny léků patří především heparin a dále kumarinové deriváty.

Blokátory kalciových kanálů – největší zkušenosti jsou s nimodipinem.

Léčba subakutní fáze a chronické fáze ischemické CMP je zahájena u převážné většiny pacientů pozdě, přesto i zde je léčba nezbytná a pomáhá zmírňovat rozsah poškození a odvracet další ztráty neuronů v okolí ložiska i ve vzdálených oblastech. Používá se Pentoxifylin (Agapurin^R, Trental^R). (6)

1.8.2 Invazivní léčba mozkové ischemie

Při obliterujících onemocněních má chirurgie k dispozici dva základní postupy, odstranění překážky (endarterektomie, embolektomie) nebo její objetí (anastomózy,



rekonstrukce). Tyto metody se mohou používat izolovaně, nebo se kombinují v oblasti extrakraniálního karotického či vertebrálního řečiště.

Cílem rekonstrukční chirurgie extrakraniálních tepen je zabránit ischemii mozku nebo horních končetin. Je to doména cévních chirurgů. Za její zrod lze považovat 50. léta, kdy Carrera, Murphy a Molins v r. 1951 a Eastcott, Pickering a Rob v r. 1954 rekonstruovali krkavici. Od té doby je rekonstrukční chirurgie plně zvládnuta. Do těchto chirurgických výkonů patří operace na tepnách aortálního oblouku, karotická endarterektomie, resekce karotidy, operace při vertebrální insuficienci, revaskularizační mozkové operace (cévní mikroanastomózy) a neanastomotické revaskularizace.

Operace tromboembolktomie intrakraniálních tepen se zahajuje pteryonální kraniotomií, pak se na hlavní větve médie nasadí distálně od embolu svorky. Pak následuje na jedné z nepulzujících větví podélná arteriotomie a embolus se vybaví. Pak se nasadí se dočasná svorka proximálně od arteriotomie a ta se uzavře monofilním mikrostephem.

Angiodilatační metody endovaskulární chirurgie patří do rtg-katetrizačních metod. Principem je rozšíření vnitřního lumen stenotické cévy speciální Gruntzigovou cévkou. (6, 22)

1.9 Faktory ovlivňující zotavení

Někteří lidé, postižení CMP, se téměř zcela zotaví, jiní mohou mít závažné potíže ještě po roce. Existuje mnoho faktorů, které mohou výsledek ovlivnit, k nim patří:

Kvalita rehabilitační léčby – I když stupeň zotavení závisí na rozsahu a lokalizaci CMP, velice ho ovlivňuje léčba poskytovaná v nemocnici a doma. Patří sem prevence a léčba komplikací (retrakce, kontrakce, střevní potíže, proleženiny apod.), které mohou zvýšit poškození způsobené CMP. Nejdůležitější jsou první týdny po CMP, kdy během tohoto období je důležité stimulovat a využívat schopnosti člověka k jeho rehabilitaci.

Motivace pacienta a jeho rodiny - Člověk, který je motivován k provádění činností, jako je umývání, stravování, oblékání, používá při těchto činnostech pohyby, které napomohou jeho zotavení. Kvalita péče a povzbuzení od člena rodiny mohou znamenat skutečný rozdíl v přístupu pacienta k léčbě.

Věk pacienta – Mladí lidé se zotaví lépe než lidé, kterým je 60 let a více. To způsobují další problémy vyskytující se u starších osob (např. oběhové, srdeční, dýchací, rodinné a psychologické)

Přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby – Tyto skutečnosti negativně ovlivňují celkové zotavení po CMP. (12)



1.10 Rehabilitace

Rehabilitace by měla být zahájena ihned, jakmile to pacientův stav umožní, což posuzuje multidisciplinární tým specialistů. V některých případech může rehabilitace začít i v prvních 24 hodinách po iktu, v jiných po několika dnech či týdnech. Rehabilitace obvykle začíná už v nemocnici, nejdříve na iktové jednotce nebo na jiném oddělení, poté ve specializovaném rehabilitačním oddělení nebo centru. Rehabilitace pokračuje i po propuštění z nemocnice – nejčastěji ve specializovaných ambulantních rehabilitačních centrech, nebo doma. Je dokázáno, že časná léčba a rehabilitace pacientů na iktové jednotce je obzvláště blahodárná.

1.10.1 Specialisté a rehabilitační metody

Cílem rehabilitačního programu je obnovit soběstačnost nebo zmenšit závislost postižené osoby. Je třeba si uvědomit, že zlepšování stavu po mozkové příhodě je často pomalý proces. Po příchodu do nemocnice vyšetří pacienta s iktem přijímací lékař, který určí diagnózu a navrhne léčbu, jakož i laboratorní testy a umístí pacienta na příslušné oddělení. Během prvních 24 hodin má nad pacientem dozor lékař z oddělení a sestry. V následujících 2 pracovních dnech má přijít sociální pracovníce, fyzioterapeut a řečový terapeut (afaziolog, looped).

Rozsah rehabilitačního programu a množství specialistů podílejících se na procesu jsou různé a závisí na tom, jaký má CMP dopad na pacienta a jeho pečovatele. Tým je obvykle tvořen lékaři (primář, vedoucí oddělení, sekundáři), zdravotní sestry (ošetřující sestry a staniční sestra), logoped (pokud má pacient potíže s řečí, jazykem nebo polykáním), dietní sestra (pokud pacient potřebuje speciální stravu nebo umělou výživu), geriatr (u starších pacientů), fyzioterapeut, pracovní terapeut a sociální pracovník. Všichni tito specialisté se také podílejí na poučení pacienta, jeho rodiny nebo pečovatelů o nemoci, léčbě a rehabilitaci.

S ohledem na pravděpodobnost zlepšení postižených funkcí a celkového stavu na věk pacienta, přidružené choroby, rodinnou situaci a další individuální faktory se učiní rozhodnutí o nutnosti, intenzitě a vhodnosti další rehabilitace.

Neurolog, v některých případech internista nebo geriatr, je zodpovědný za přesnou diagnózu, zhodnocení klinického stavu a celkový obsah péče a rehabilitace, včetně sledování možných přidružených chorob, jako např. vysokého krevního tlaku, cukrovky, nebo infekcí.

Zdravotní sestra zodpovídá za každodenní kontrolu a sledování pacientova pokroku, pomáhá pacientovi s každodenními aktivitami, jako jsou pohyb, umývání se, příjem potravy, toaleta a udržuje kontakt s ošetřujícími lékaři a dalšími členy rehabilitačního týmu, včetně pacientovy rodiny. V případě neudržení moči, nebo naopak jejího zadržetí může pro



vyprázdnění močového měchýře sestra nebo lékař zavést katetr – opakovaně nebo trvale. Pokud potíže s retencí nebo inkontinencí moče přetrvávají, je třeba požádat o radu specialistu urologa.

Na zhodnocení a léčení problémů s pohybem se podílí fyzioterapeut. Ten se stará o potíže se sníženou svalovou silou, sezením, pohyblivostí na lůžku, vstáváním, chůzí, koordinací a rovnováhou, hmatem a celkovou kondicí. Také provádí vlastní tělesná cvičení, hodnotí rozsah pohybů v kloubech a udržuje součinnost hrudníku s dýcháním.

V některých případech se v zájmu zlepšení polykání, funkcí paže a chůze kombinuje fyzikální léčba s výcvikem zpětné vazby (biofeedback) a s elektrostimulací.

Pokud má pacient po CMP problémy se sezením, opouštěním lůžka, stáním nebo chůzí, pak by měl zůstat na lůžku až do doby, než jej lékař nebo fyzioterapeut vyšetří a rozhodne, jaký druh dopomoci je nutný. Potřebuje-li pacient pomůcky jako podpůrné dlahy, kolečkové křeslo nebo speciální židli, pomůcky k chůzi, pomoc sestry při chůzi a/nebo dlahy, fyzioterapeut je pro něj může zařídit.

Pracovní terapeut má na starosti zhodnocení pacientových schopností vykonávat každodenní aktivity během hospitalizace i po propuštění z nemocnice. To znamená též zhodnocení bytových podmínek pacienta k zajištění jeho bezpečnosti. Ještě navíc má pracovní terapeut za úkol poučit pacienta a jeho rodinu nebo pečovatele o nejlepším a nejbezpečnějším možném způsobu, jak vykonávat tyto činnosti, a doporučit speciální asistenční pomůcky nebo vybavení. U pacientů se závažnou parézou spolupracuje pracovní terapeut úzce s fyzioterapeutem, sesterským personálem, logopedem a s pacientovou rodinou, aby pomohl nemocnému znovu nabýt základní sebeobslužných dovedností, jako je příjem potravy, oblékání a mytí. Může se také podílet na hodnocení paměti, vnímání, do kterého patří porozumění a interpretace viděného, slyšeného, cítěného a myšlenkových funkcí po iktu.

Logoped by se měl podílet na hodnocení pacientovy schopnosti polykat bezpečné jídlo a tekutiny a komunikovat s ostatními. Pokud se vyskytují problémy s polykáním, logoped poradí pacientovi a ošetřujícímu personálu techniky bezpečného polykání a vhodnou konzistenci jídla a pití. U některých pacientů po CMP s polykacími potížemi může být k posouzení schopnosti polykat provedena rentgenologická studie polykacího aktu, tzv. videofluoroskopie.

Aby se předešlo zaskočení sousta, dušení a zápalu plic, může logoped doporučit speciální stravu, asistenci sestry při jídle, anebo výživu nazogastrickou sondou či perkutánní endoskopickou gastrostomií. Než lékař, logoped nebo sestra zhodnotí schopnost polykat a dovolí pacientovi jíst a pít, je pro pacienty lepší nejíst a nepít.



Špatná výživa a polykací potíže patří u pacientů po CMP mezi důležité rizikové faktory zhoršující prognózu. Mezi neurologické změny, které se mohou po iktu vyskytnout a které mohou vést k podvýživě, patří navíc porušená úroveň vědomí, slabost či ochrnutí ruky, používané obvykle při jídle, změny smyslových funkcí a zrakového pole a ztráta schopnosti sdělit a vyjádřit pocit hladu a žízně. Dietní sestra pomáhá pacientovi tím, že sleduje jeho nutriční stav a zajišťuje mu bezpečnou a adekvátní výživu, včetně příjmu tekutin. Zatímco logoped určuje hustotu potravy, dietní sestra poradí ohledně složení stravy a jakýchkoliv potřebných dietních modifikací, jako je např. diabetická dieta, ledvinová dieta, vysokoproteinová dieta nebo dieta doplněná o jiné látky.

Přechod z umělé výživy na výživu ústy pak probíhá přes jídla různých konzistencí a musí být dobře monitorován, aby se zajistilo, že pacient i nadále přijímá správné množství potravy a tekutin. Bylo prokázáno, že nutriční podpora zajištěná dietní sestrou jak u podvyživených pacientů tak u těch, kterým hrozí riziko podvýživy, má pozitivní dopad na poiktové komplikace i na celkovou prognózu pacientů.

Na zvládání vážných psychologických nebo psychiatrických problémů se může podílet psycholog nebo psychiatr.

CMP nejčastěji postihuje starší lidi, kteří mají mnohé zdravotní problémy, jako např. srdeční choroby, choroby plic, artrózy aj. Léčba různých zdravotních problémů a rehabilitace se u starších a mladších lidí liší, proto se na rehabilitaci starších lidí může podílet též geriatr.

Sociální pracovník může pacientovi pomoci zvládnout emocionální a sociální důsledky CMP, mimo jiné možné změny v životním stylu, vztazích, zaměstnání, příjmech, starosti o domácnost a v trávení volného času. Poskytuje také pacientovi a jeho rodině kontakty na komunitní asistenční služby a agentury sociální pomoci v oblasti jeho bydliště. (3, 7, 23)

1.11 Propuštění z nemocnice

Propuštění z nemocnice by mělo být s pacientem a jeho rodinou domluveno. Vzhledem k množství faktorů, včetně dosaženého pokroku, prognózy dalšího života a soběstačnosti, dalších zdravotních potíží, osobní situace a preferencí pacienta a jeho rodiny, může být pacient přeložen do jiné nemocnice nebo na oddělení, které se specializuje na rehabilitaci, propuštěn z nemocnice domů s rehabilitací zajištěnou doma nebo v ambulantní části nemocnice nebo v denním stacionáři. Je nezbytné, aby pacient byl schopen pobyt doma bezpečně zvládat a aby jeho pečovatelé byli podrobně obeznámeni s potřebnou pomocí v jeho každodenní aktivitách. Pokud je pravděpodobné, že by měl pacient potíže s návratem domů,



může být přeložen z nemocnice do rezidenčního zařízení, jako je např. dům s pečovatelskou službou, domov důchodců, případně do léčebny dlouhodobě nemocných.

Zdravotní stav pacientů po iktu, kteří jsou přeloženi z nemocnice do rehabilitačního zařízení, se nadále zlepšuje.

Pacienti mají zákonné právo být plně informováni o své nemoci a její léčbě, podílet se na rozhodování o postupu léčby a stěžovat si. Během hospitalizace jsou čas od času organizována setkání pacienta s jeho rodinou a příslušných zdravotníků, aby se prodiskutovaly otázky týkající se diagnózy, prognózy a vývoje nemoci a aby byly všem poskytnuty aktuální informace. Než je pacient propuštěn z nemocnice, je spolu s rodinou zapojen do diskusí se členy rehabilitačního týmu ohledně možností a způsobů, jak po propuštění z nemocnice zajistit co nejlepší pokračování péče.

Tam kde je to nutné, jsou pacient a jeho rodina poučeni o otázkách výživy, ještě než je postižený propuštěn z nemocnice. Pokud je jeho stav výživy přiměřený a akutní fáze nemoci již odezněla, může být z důvodů kompenzace nadváhy, snížení cholesterolu a kontroly hmotnosti vhodné změnit stravovací zvyklosti.

Při propuštění obdrží pacient propouštěcí zprávu, obsahující i doporučení pro další léčbu a rehabilitaci. Jeho ošetřující lékař v nemocnici informuje pacientova praktického lékaře, že nemocný odchází z nemocnice buď domů, nebo do jiného zařízení. Je-li pacient propuštěn přímo domů a potřebuje nějakou pomůcku ke zlepšení své soběstačnosti, může mu ji obstarat pracovní terapeut. (3)

1.12 Péče o pacienta po CMP

Před odchodem z nemocnice nebo z rehabilitačního zařízení domů by si měli jak pacienti, tak jejich rodinní příslušníci dobře uvědomit, že je čeká velký závazek a mnoho úkolů. I když u většiny nemocných, propuštěných z nemocnice domů, se zdravotní stav výrazně zlepšil již před propuštěním, mohou někteří potřebovat pomoc při vstávání z postele, oblékání, při jídle a chůzi.

Statisticky lze předpokládat následující pravděpodobnost:

Průměrně 80% lidí přežívající CMP se vrací domů do 6 měsíců.

Přibližně 15% pacientů, kteří přežijí první týdny po CMP, je po nějaké době přeloženo na rehabilitační jednotku s průměrnou dobou pobytu 3 až 4 týdny.

Za 6 měsíců po CMP je asi polovina postižených částečně nebo úplně nesoběstačná v každodenních aktivitách. Toto číslo zahrnuje 10 % přeživších, kteří jsou závislí na dlouhodobé ošetrovatelské péči.



Po roce od CMP zůstává asi třetina pacientů nesamostatná a toto číslo se během pětiletého sledování příliš nemění. (3)

1.12.1 Polohování na lůžku a fyzioterapie

Doporučuje se bytelná postel s dostatečně pevnou pelestí, aby se o no šlo opřít. Samostatná postel je lepší než dvojlůžko, protože umožňuje jednodušší přístup k pacientovi z obou stran.

U imobilizovaných pacientů má polohování zásadní význam pro prevenci komplikací, jako je tvorba krevních sraženin, proleženin, zápalu plic, kloubních kontraktur a bolestí ramene. V mnoha případech se o nehybné osoby pečuje v zařízeních nepřetržité péče, stará-li se však o někoho doma doporučuje se postupovat podle několika pravidel:

- Ujistit se, že má pacient vhodnou matraci.
- Každé 2-3 hodiny ve dne i v noci otáčet pacienta z jednoho boku na druhý.
- Každou 1-2 hodiny ve dne i v noci polohovat horní i dolní končetiny.
- Masírovat ochrnuté končetiny jednou nebo dvakrát denně.
- Pohybovat jemně klouby pomalým pohybem, 5-7krát každý kloub, přičemž v každé pozici ponechat končetinu 30 sekund. Pohyby by měly být nebolestivé. Toto cvičení by se mělo opakovat každé 4 hodiny. Jde-li to, povzbuzujeme nemocného, aby spolupracoval s pohybem a zlepšoval svou celkovou hybnost, protože se tím zrychlí uzdravování.
- Podepřít ochrnutou paži polštářem. Nepokládat pacienta na záda a netahat za oslabenou končetinu.

Otáčení a polohování imobilizovaného pacienta každé 2-3 hodiny, dokonce i během noci, je zcela zásadní. K usnadnění pohybu po posteli existují pomocné nylonové potahy. Chce-li ošetřovatel nemocného otočit na posteli, provleče paže pod jeho tělem a táhne jej směrem k sobě. Jakmile je nemocný otočený, je třeba pod ním vyrovnat a upevnit prostěradlo. Je také důležité pozorně prohlížet záda a pátrat po známkách proleženin. Kůži je vhodné alespoň jednou denně čistit houbou a teplou vodou či antiseptickým gelem nebo mýdlem. Mokrý povlečení musí být okamžitě vyměněno za suché. (3, 8,11, 12, 14)



1.12.2 Prevence krevních sraženin a posazování na lůžku

Proti tvorbě krevních sraženin pomáhají protisrážlivé léky, punčochy s odstupňovanou kompresí a přerušovaná pneumatická komprese. Lékař by měl vysvětlit, zda jsou tato opatření nezbytná, a podat k nim nezbytné informace.

Každý pacient by měl být povzbuzován, aby si co možná nejdříve v posteli sedal s opřením o pelest. Většina pacientů, kteří přežili CMP, to během týdne zvládne bez pomoci. Pak mohou strávit méně času vleže než v sedě. Sezení usnadňuje dobré dýchání a polykání, je při něm proto menší riziko dušení a zaskočení. Pokud je pacientova pohyblivost postižena vážněji, může mu v bezpečném pohybu na lůžku pomoci zdvihadlo. Při sezení by měla být slabší ruka podepřena polštáři. (3, 12, 14)

1.12.3 Péče o oči a dutinu ústní

Lidem, kteří nemohou pít bez pomoci, by se přibližně každou hodinu měla ústní dutina otírat zvlhčovacím roztokem nebo gázou. Pravidelná péče o dutinu ústní je důležitá zvláště u pacientů, kteří špatně polykají nebo nepolykají vůbec. Čisté vlhké gázy lze také použít k ošetření víček. Pokud má člověk se sníženým vědomím po dlouhou dobu otevřené oči, mohou mu vysychat, což vede k očním infekcím a vředům rohovky. K zabránění vysychání očí se doporučuje používat volně prodejných očních zvlhčovačů, mastí a umělých slz a zakrývat oči gázovými čtverci. (3, 9, 14)

1.12.4 Prevence bolestí ramene

Bolesti ramene jsou časté a 6 měsíců po iktu postihují přibližně 1 z 5 lidí. Tato komplikace je způsobena přepínáním a zanícením slabého ramenního kloubu a je obzvláště běžná u lidí se závažnou slabostí ruky nebo nohy, u těch, kteří již dříve trpěli nějakou poruchou horní končetiny, u diabetiků a u těch, kteří doma žijí sami.

Jako u mnoha dalších komplikací proběhlé CMP, také u bolestí ramene platí, že je jednodušší jim předejít než je léčit. Pokud se bolesti ramene objeví, pak mají tendenci neustupovat a mnohdy se časem zhoršují, zvláště když nejsou správně léčeny. Nejlepší preventivní opatření jsou správné a časté polohování pacienta na lůžku, podepírání slabé paže polštáři či opěradly vždy, kdy je to možné, nepřepínání ramenního kloubu a vyvarování se „spadnutí“ slabé ruky dolů tím, že je přidržována neparalyzovanou rukou nebo je při chůzi zavěšená v šátkovém obvazu. Nikdy se nesmí pacient tahat za ochrnutou paži. (3, 12)



1.12.5 Polykání a příjem potravy

Obvykle je to lékař nebo zdravotní sestra se zkušenostmi v posuzování polykání, kdo si všímá známek ukazujících na možné pacientovy obtíže s jedením a pitím. Mezi těmito známkami bývá špatné artikulování, jakoby vlhce bublavý hlas nebo jednostranně pokleslý ústní koutek.

Jestliže pacient dostatečně nezvládá příjem stravy ústy, může vyvstat potřeba dočasné výživy nazogastrickou sondou, která je zaváděna nosem do žaludku. Ve vážnějších případech, nebo když pacient nosí katetr nesnáší, je možno výživu zavést skrz břišní stěnu do žaludku – perkutánní endoskopickou gastrokopií.

Strava, která je podávána, by měla být chutná a vyvážená, v přiměřeném množství a dostatkem tekutin, vlákniny, vitamínů, minerálů a stopových prvků. Pokud je chuť k jídlu nedostatečná, pak pomáhá jíst častěji menší, ale vysokokalorická chutná jídla a doplňovat je speciálními nápoji, tzv. nutriční suplementy. (3, 12)

1.12.6 Zvládání problémů s řečí a psaním

V akutním stádiu má asi polovina pacientů s CMP nějaký druh jazykových problémů, včetně špatně srozumitelné mluvy, avšak v pozdějších stádiích přetrvávají obtíže jen asi u třetiny přeživších. Nejčastěji se dlouhodobé potíže s řečí vyskytují u pacientů se slabostí pravé poloviny těla, nebo občas levé poloviny těla u leváků. Tito pacienti nemusí řeči rozumět nebo se nemohou jasně vyjádřit mluveným slovem nebo obojí. Další druhy řečových obtíží jsou neschopnost najít správné slovo, používání nesmyslných nebo vzácně oplzlých slov, neschopnost vyslovovat. Přestože řeč je jinak neporušena, může nastat neschopnost rozumět psanému slovu a neschopnost psát.

Lidé, kteří mají problémy s řečí nebo s psaním snadno podléhají kvůli svým potížím depresím nebo frustraci. Je tudíž nutné pacienty po CMP povzbuzovat, aby mluvili a psali. Měly by se přijímat i jiné formy komunikace jako jsou posunky, gesta a kreslení spíše, než trvat na mluvené řeči. I malé zlepšení je třeba využít k dalšímu povzbuzení a stimulaci.

Když se k pacientovi mluví, je třeba se k němu posadit přímo proti němu, mluvit pomalu a srozumitelně a používat krátké a jednoduché věty. Podpurná gesta a výrazy tváře také pomáhají. Diskuse s pacientem musí být co nejčastější, ale ne příliš dlouhé, protože pacienti s jazykovými potížemi se často unaví. (3, 12)



1.12.7 Ovládání močového měchýře a střev

Přestože jsou dysfunkce močového měchýře a střeva (inkontinence a retence) v prvních týdnech po CMP relativně časté, hlavně u zmatených nebo zpomalených lidí, podaří se většině postiženým během několika týdnů znovu nabýt kontroly nad svým vyměšováním.

Při polohování pacienta s inkontinencí je velmi důležité měnit pleny, pokud jsou mokré nebo zašpiněné. Muži mohou být udržováni v suchu s využitím láhve, tzv. bažanta. Penis musí být umístěn v hrdle vždy, když je potřeba. V některých případech lze také do močového měchýře vsunout cévku, která automaticky odvádí moč. Inkontinentní ženy musí být udržovány v suchu pravidelným používáním inkontinentních podložek nebo, pokud to není možné či dostatečně účinné, s použitím močové cévky. Pacient nebo pečovatel se může naučit, jak cévku správně udržovat v čistotě, ale s jejím zaváděním má pomoci zdravotní sestra.

U lidí s úplnou močovou retencí nebo inkontinencí se zváží dočasné zavedení močových cévek. Avšak déle trvající zavedení cévek, týden nebo více, je spojeno se zvýšeným rizikem infekce močového ústrojí; tato infekce může být někdy komplikována potenciální smrtící sepsí. (3, 7, 12)

1.12.8 Dechová cvičení a fyzická aktivita

Pacienti po CMP upoutaní na lůžko nebo s vážně omezenou hybností musí nutně udržovat přiměřenou ventilaci plic a zabránit tak zápalům plic. Toho lze dosáhnout jednoduchou dechovou technikou, která se skládá z nácvičku hlubokého dýchání, vyplivování hlenů a správného polohování. V případech dechových potíží může pomoci udržet plíce bez hlenu fyzioterapie hrudníku.

Zapojit se do bezpečného a příjemného cvičení pro uzdravení je po CMP důležité jak celkově, tak pro celkové snížení rizika další mozkové příhody. Zásadně je bezpečné začínat pozvolna a postupně zvyšovat délku a intenzitu cvičení, výběr možných aktivit závisí na následcích mozkové příhody. Hůře postižení nebo lidé s hemiplegií potřebují pomoc fyzioterapeuta. (3)

1.12.9 Zvládání emočních problémů

Po CMP může až 70 % pacientů trpět různě závažnými citovými problémy, zahrnujícími reakce žalu, podrážděnosti, nespokojenosti, smutku a deprese. Ukazuje se, že lidé s depresemi po CMP mají oproti jedincům bez deprese třikrát větší pravděpodobnost, že do 10 let od mozkové příhody zemřou, včetně započítaných sebevražd.



Emoční problémy se mohou objevit ihned po CMP v důsledku přímého poškození pacientových schopností. Další emoční problémy mohou v pozdějších fázích, když si pacient plně uvědomuje dopad prodělané CMP na svou soběstačnost a další následky.

U některých lidí po CMP, zvláště u starších, kteří prodělal mnohočetné mozkové příhody, se mohou bezdůvodně objevit nekontrolovatelné výbuchy emocí: od smíchu přes epizody podrážděnosti až k pláči. Je důležité, když si zotavující se člověk a jeho rodina uvědomí, že většina poruch chování, které se vyvinuly jako následek CMP, obvykle netrvá dlouho a často nevyjadřuje skutečné pocity dané osoby. (3, 12)

1.12.10 Předcházení pádům

Mezi rizikové faktory, které pacienta činí náchylným k pádům, patří problémy s chůzí a rovnováhou, uklidňující léky, potíže při každodenních aktivitách, nečinnost, inkontinence, slabý zrak a omezení síly dolních končetin.

Starší lidé a lidé, kteří trpí závratěmi, pocity motání hlavy, nestabilitou nebo zrakovými potížemi při změně polohy těla a hlavy, by měli být při pohybu velmi opatrní a vyvarovat se rychlých změn polohy těla a hlavy.

Protože je mnoho pádů u starších lidí způsobeno odvodněním, je přiměřený příjem tekutin zásadně důležitý. Dva litry denně obvykle postačí, neporadí-li lékař jinak.

Tělesná aktivita, především cvičení na posilování lýtek a zlepšení rovnováhy, může pomoci zabránit pádům dalším pádům. Tento typ cvičení musí naučit pacienta fyzioterapeut nebo speciálně vyškolená sestra, kteří také dohlížíjí na průběh cvičení.

Rizikové pacienty musí fyzioterapeut, pro případ selhání všech opatření, naučit padat bezpečně. Mnozí však stejně potřebují při vstávání z postele a při přesunu z místa na místo asistenci.

Lidé s vysokým rizikem pádu, kteří žijí o samotě, si mohou přivolat pomoc, mají-li u sebe osobní 24hodinový alarm, spojený s profesionálním monitorem, nebo přímo s ambulantní službou. Přístroje se nosí na zápěstí jako hodinky, připevněné k oblečení nebo okolo krku a aktivují se zmáčknutím knoflíku. Obsahují silný reproduktor a citlivý mikrofon. (3, 9)

1.13 Funkční hodnocení u CMP

Základem pro klinické hodnocení pacienta po CMP je komplexní neurologické vyšetření. I nejkvalitnější neurologické vyšetření však nedává přesný obraz o stavu pacienta z hlediska stupně postižení, omezení v denním životě a jeho kvality.



Situace v testování pacienta po CMP v praxi není snadná. Funkčních testů existuje celá řada. Pro měření „poruchy“ (impairment) je řada hodnotících škál, které se používají v neurologii. Hodnocení podle pracoviště Chedoke McMaster Rehabilitation Center, Hamilton, Canada odpovídá plně veškerým kritériím. Test je spolehlivý, citlivý, validní a v praxi snadno aplikovatelný. Vhodnou součástí testování pacientů po CMP je i hodnocení mentálního stavu. Pro screening psychického stavu je vhodný test MMSE (Mini-Mental State dle Folsteina). Vyjadřuje schopnost pacienta přijímat nové informace a tudíž možnosti jeho spolupráce při léčbě.

Pro hodnocení „aktivity“ (disability) se používá jednak klasický index Barthelové (Barthel index), dalším je Test funkčních schopností (Functional Independence Measure). Ten je odvozen z indexu Barthelové, ale je citlivější a lépe škálován. Monitoruje dobře míru funkční zdatnosti, soběstačnosti a nutné pomoci v denních činnostech.

Pro hodnocení „participace“ je u CMP v literatuře používáno nejvíce testů, avšak žádný z nich není považován za standardní, protože hodnocení participace je nejobtížnější. Participace souvisí se sociálními jevy, představuje následky zdravotních problémů na úrovni sociální. Vypovídá o prožitcích osob v aktuální souvislosti se životem, který prožívají, participace je tedy způsob jak je příslušná osoba zapojena do různých životních situací. K jejímu hodnocení se předpokládá individuální přístup. Pro měření „kvality života“ (quality of life) se používá česká verze standardizovaného dotazníku SF-36 (Short Form 36) pro kvalitu života (QOL) používaného ve všech studiích EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer). Vhodnost tohoto dotazníku byla ověřena i pro hodnocení kvality života u nemocných po CMP. (16)

1.13.1 Test Barthelové (Bartel index)

Test Barthelové (viz. příloha č. 3) je pravděpodobně nejznámější test aktivit užívaný v léčebné rehabilitaci. Vznikl v r. 1955 původně pro zhodnocení funkční zdatnosti a míry soběstačnosti u chronicky neuromuskulárních onemocnění.

Test hodnotí 10 činností: koupání, osobní hygiena, přijímání potravy, oblékání, kontinence močového měchýře, kontinence konečníku, užívání WC, přesuny, lokomoce a chůze po schodech. Každá z funkcí se hodnotí ve skocích po 5ti bodech (0 = plná pomoc, 10 = plná nezávislost). Celkové rozpětí bodové škály je 0 – 100 bodů.

Test Barthelové je široce používán ke stanovení disability jedinců se zdravotním problémem. Je jednoduchý pro použití v klinické praxi i při klinické výuce zdravotních sester a ergoterapeutů. Maximální hodnota Barthel skóre nemusí nutně znamenat plnou



soběstačnost, v aktivitách denního života, neboť nezaznamenává některé širší funkce např. přípravu jídla, domácí práce ..., neměří psychické funkce, a sociální adaptabilitu. (16)



2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

- zjistit, jak cévní mozková příhoda snižuje soběstačnost pacienta

2.2 Hypotézy práce

H1: Cévní mozková příhoda má negativní vliv na soběstačnost pacienta.

H2: Rehabilitační péče zvyšuje soběstačnost pacienta.

H3: Sestra edukuje rodinu pacienta s cévní mozkovou příhodou k používání kompenzačních pomůcek zvyšující soběstačnost pacienta.



3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Použitá metoda výzkumu

Výzkum byl proveden kvantitativním způsobem. Metoda, kterou jsem si zvolil, byla formou dvou anonymních dotazníků, které byly rozdány skupině pacientů po cévní mozkové příhodě (viz. příloha č. 1) a skupině zdravotnických pracovníků, kteří pracují s pacienty po cévní mozkové příhodě (viz. příloha č. 2). Dotazník pro pacienty i zdravotnické pracovníky obsahoval 15 otázek.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor zdravotnických pracovníků byl z Nemocnice České Budějovice a.s. z neurologického oddělení, z odděleních následné péče a z agentur domácí péče, které fungují v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor pacientů po cévní mozkové příhodě byl z neurologického oddělení, z odděleních následné péče a dále sem patřili pacienti, kteří využívají služeb domácích agentur. Výzkum probíhal v květnu 2008.

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Pacientům po cévní mozkové příhodě 40 dotazníků, ze kterých se jich vrátilo 39 (97,5 %), z nichž 2 musely být vyřazeny. Jeden dotazník se nevrátil. Zdravotnickým pracovníkům, kteří se o pacienty po cévní mozkové příhodě starají, bylo rozdáno 60 dotazníků, ze kterých se jich navrátilo 54 (90 %), z nichž 1 musel být vyřazen. Šest dotazníků se nevrátilo. Návratnost všech dotazníků byla 93 %.

Ke zpracování výsledků bylo tedy použito celkem 90 (100 %) dotazníků, z toho pacientů 37 (41 %) a zdravotnických pracovníků 53 (59 %).

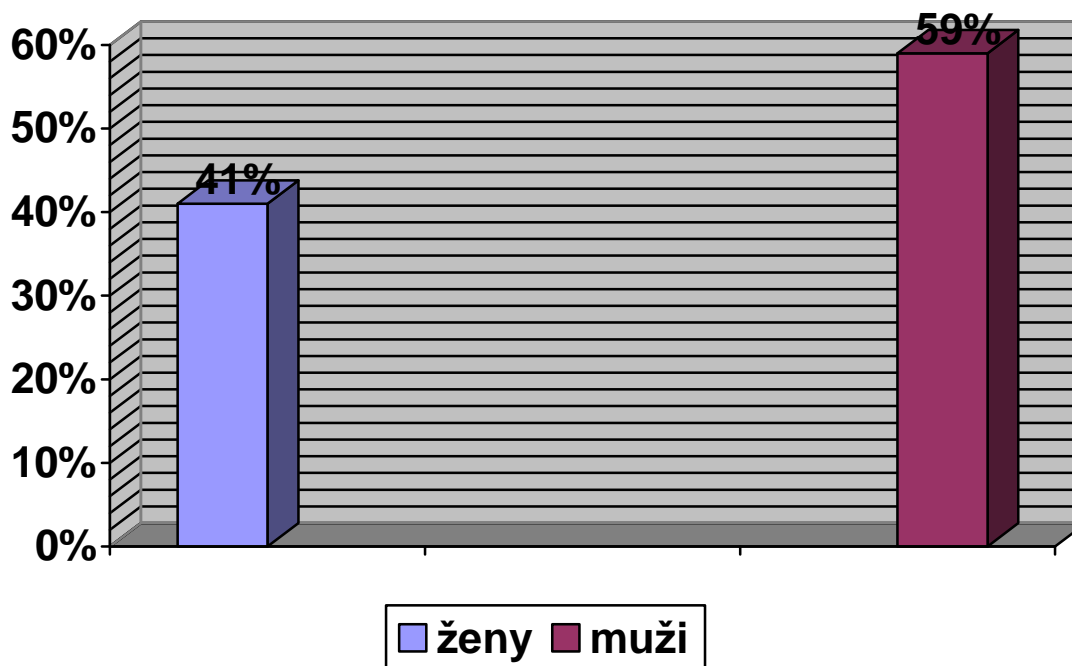
3.3 Výsledky výzkumu a jejich analýza

3.3.1 Výsledky dotazníkového šetření - pacienti po CMP

Tabulka 1 Pohlaví pacientů

pohlaví pacientů	ženy		Muži		Celkem	
	15	41 %	22	59 %	37	100 %

Graf 1 Pohlaví pacientů

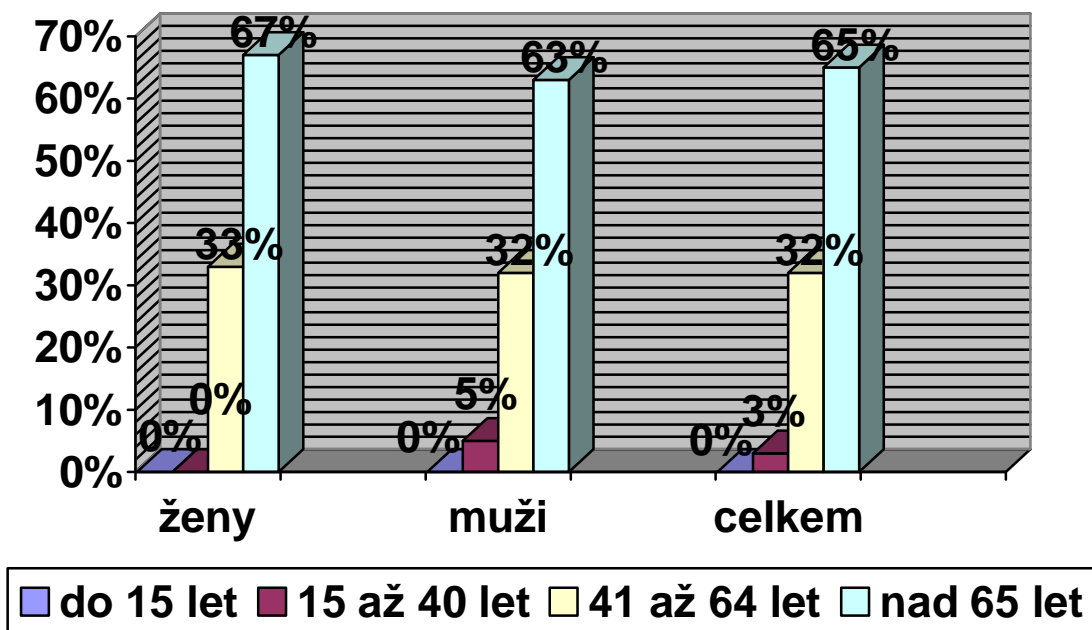


Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů z řad pacientů bylo 15 (41 %) žen a 22 (59 %) mužů.

Tabulka 2 Věkové skupiny pacientů

	Ženy		muži		Celkem	
do 15 let	0	0 %	0	0 %	0	0 %
15 až 40 let	0	0 %	1	5 %	1	3 %
41 až 64 let	5	33 %	7	32 %	12	32 %
nad 65 let	10	67 %	14	63 %	24	65 %

Graf 2 Věkové skupiny pacientů

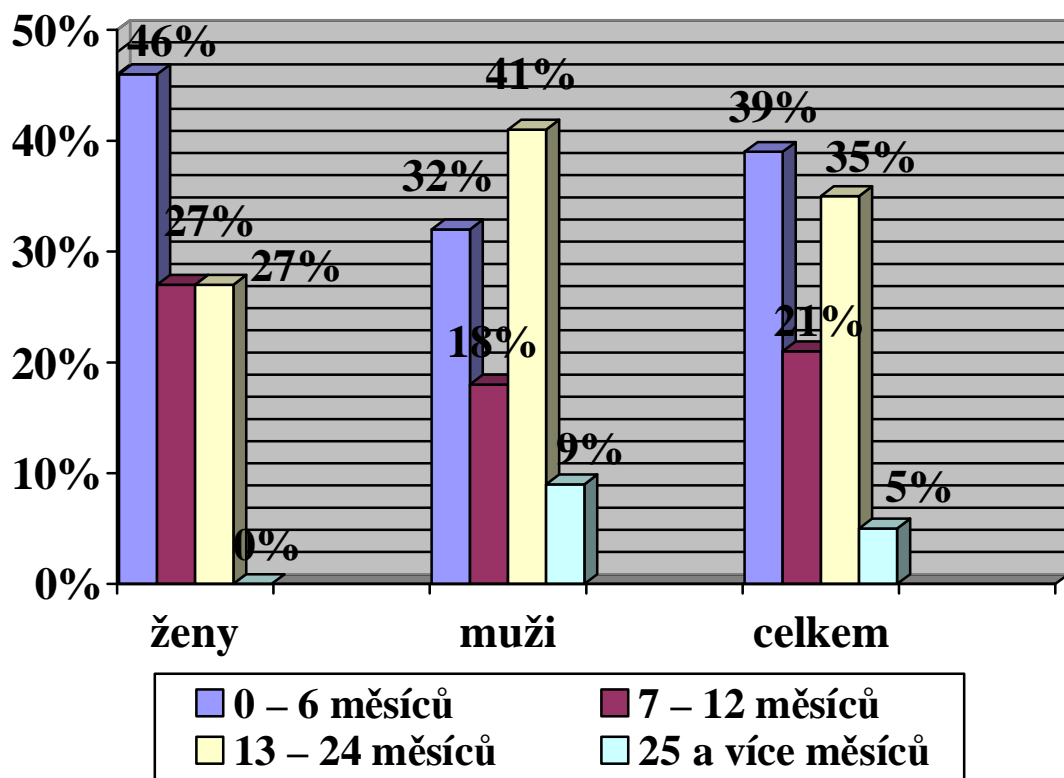


Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů z řad pacientů jich bylo 0 (0 %) ve věku do 15 let, 1 (3 %) ve věku 15 až 40 let, 12 (32 %) ve věku 41 až 64 a 24 (65 %) nad 65 let.

Tabulka 3 Čas od CMP

	Ženy		muži		Celkem	
0 – 6 měsíců	7	46 %	7	32 %	14	39 %
7 – 12 měsíců	4	27 %	4	18 %	8	21 %
13 – 24 měsíců	4	27 %	9	41 %	13	35 %
25 a více měsíců	0	0 %	2	9 %	2	5 %

Graf 3 Čas od CMP



Z celkového počtu 37 respondentů jich 14 (39 %) mělo CMP před 0 – 6 měsíci, 8 (21 %) před 7 – 12 měsíci, 13 (35 %) před 13 – 24 měsíci a 2 (5 %) před 25 a více měsíci.

Tabulka 4 Soběstačnost před CMP – ženy

	Zvládala sama		Zvládala s pomocí		Nezvládala	
Přijímání potravy	14	93 %	1	7 %	0	0 %
Osobní hygiena	14	93 %	1	7 %	0	0 %
Vyprazdňování moče	14	93 %	0	0 %	1	7 %
Vyprazdňování stolice	14	93 %	1	7 %	0	0 %
Přesun (lůžko – židle)	13	87 %	2	13 %	0	0 %
Chůze	13	87 %	2	13 %	0	0 %
Oblékání	13	87 %	2	13 %	0	0 %
Samostatné polohování	15	100 %	0	0 %	0	0 %

Z celkového počtu 15 (100 %) žen - pacientek jich před CMP 14 (93 %) zvládalo přijímání potravy samostatně, 1 (7 %) potřebovalo při přijímání potravy pomoc a 0 (0 %) nezvládala příjem potravy; 14 (93 %) zvládalo osobní hygienu samostatně, 1 (7 %) potřebovala při osobní hygieně pomoc a 0 (0 %) nezvládala osobní hygienu; 14 (93 %) zvládalo vyprazdňování moče samostatně, 0 (0%) potřebovala při vyprazdňování moče pomoc a 1 (7 %) vyprazdňování moče zcela nezvládala; 14 (93 %) zvládalo vyprazdňování stolice samostatně, 1 (7 %) zvládala vyprazdňování stolice s pomocí a 0 (0 %) vyprazdňování stolice nezvládala; 13 (87 %) zvládalo přesun (lůžko – židle) samostatně, 2 (13 %) zvládaly přesun s pomocí a 0 (0 %) přesun nezvládala; 13 (87 %) zvládalo chůzi bez pomoci, 2 (13 %) potřebovaly s chůzí pomoc a 0 (0 %) chůzi nezvládala; 13 (87 %) zvládalo oblékání bez pomoci, 2 (13 %) potřebovaly s oblékáním pomoc a 0 (0 %) oblékání nezvládala; 15 (100 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 0 (0 %) potřebovala se samostatným polohováním pomoc a 0 (0 %) samostatné polohování nezvládala.

Tabulka 5 Soběstačnost před CMP – muži

	Zvládal sám		Zvládal s pomocí		Nezvládal	
Přijímání potravy	20	91 %	2	9 %	0	0 %
Osobní hygiena	19	86 %	3	14 %	0	0 %
Vyprazdňování moče	19	86 %	3	14 %	0	0 %
Vyprazdňování stolice	19	86 %	3	14 %	0	0 %
Přesun (lůžko - židle)	19	86 %	3	14 %	0	0 %
Chůze	19	86 %	3	14 %	0	0 %
Oblékání	19	86 %	3	14 %	0	0 %
Samostatné polohování	20	91 %	2	9 %	0	0 %

Z celkového počtu 22 (100 %) mužů - pacientů jich před CMP 20 (91 %) zvládalo přijímání potravy samostatně, 2 (9 %) potřebovali při přijímání potravy pomoc a 0 (0 %) nezvládal příjem potravy; 19 (86 %) zvládalo osobní hygienu samostatně, 3 (14 %) potřebovali při osobní hygieně pomoc a 0 (0 %) nezvládal osobní hygienu; 19 (86 %) zvládalo vyprazdňování moče samostatně, 3 (14%) potřebovali při vyprazdňování moče pomoc a 0 (0 %) vyprazdňování moče zcela nezvládal; 19 (86 %) zvládalo vyprazdňování stolice samostatně, 3 (14 %) zvládali vyprazdňování stolice s pomocí a 0 (0 %) vyprazdňování stolice nezvládal; 19 (86 %) zvládalo přesun (lůžko – židle) samostatně, 3 (14 %) zvládali přesun s pomocí a 0 (0 %) přesun nezvládal; 19 (86 %) zvládalo chůzi bez pomoci, 3 (14 %) potřebovali s chůzí pomoc a 0 (0 %) chůzi nezvládal; 19 (86 %) zvládalo oblékání bez pomoci, 3 (14 %) potřebovali s oblékáním pomoc a 0 (0 %) oblékání nezvládal; 20 (91 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 2 (9 %) potřebovali se samostatným polohováním pomoc a 0 (0 %) samostatné polohování nezvládal.



Tabulka 6 Soběstačnost před CMP – celkem

	Zvládal/a sám/a		Zvládal/a s pomocí		Nezvládal/a	
Přijímání potravy	34	92 %	3	8 %	0	0 %
Osobní hygiena	33	89 %	4	11 %	0	0 %
Vyprazdňování moče	33	89%	3	8 %	1	3 %
Vyprazdňování stolice	33	89 %	4	11 %	0	0 %
Přesun (lůžko - židle)	32	86 %	5	14 %	0	0 %
Chůze	32	86 %	5	14 %	0	0 %
Oblékání	32	86 %	5	14 %	0	0 %
Samostatné polohování	35	96 %	2	4 %	0	0 %

Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů - pacientů jich před CMP 34 (92 %) zvládalo přijímání potravy samostatně, 3 (8 %) potřebovali při přijímání potravy pomoc a 0 (0 %) nezvládal příjem potravy; 33 (89 %) zvládalo osobní hygienu samostatně, 4 (11 %) potřebovali při osobní hygieně pomoc a 0 (0 %) nezvládal osobní hygienu; 33 (89 %) zvládalo vyprazdňování moče samostatně, 3 (8%) potřebovali při vyprazdňování moče pomoc a 1 (3 %) vyprazdňování moče zcela nezvládal; 33 (89 %) zvládalo vyprazdňování stolice samostatně, 4 (11 %) zvládali vyprazdňování stolice s pomocí a 0 (0 %) vyprazdňování stolice nezvládal; 32 (86 %) zvládalo přesun (lůžko – židle) samostatně, 5 (14 %) zvládalo přesun s pomocí a 0 (0 %) přesun nezvládal; 32 (86 %) zvládalo chůzi bez pomoci, 5 (14 %) potřebovali s chůzí pomoc a 0 (0 %) chůzi nezvládal; 32 (86 %) zvládalo oblékání bez pomoci, 5 (14 %) potřebovali s oblékáním pomoc a 0 (0 %) oblékání nezvládal; 35 (96 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 2 (4 %) potřebovali se samostatným polohováním pomoc a 0 (0 %) samostatné polohování nezvládal.

Tabulka 7 Soběstačnost přibližně 1 týden po CMP – ženy

	Zvládala sama		Zvládala s pomocí		Nezvládala	
Přijímání potravy	2	13 %	6	40 %	7	47 %
Osobní hygiena	1	7 %	6	40 %	9	53 %
Vyprazdňování moče	0	0 %	4	27 %	11	73 %
Vyprazdňování stolice	0	0 %	5	34 %	10	66 %
Přesun (lůžko - židle)	2	13 %	5	34 %	8	53 %
Chůze	2	13 %	4	27 %	9	60 %
Oblékání	1	7 %	6	40 %	8	53 %
Samostatné polohování	2	13 %	6	40 %	7	47 %

Z celkového počtu 15 (100 %) žen - pacientek jich přibližně 1 týden po CMP 2 (13 %) zvládaly přijímání potravy samostatně, 6 (40 %) potřebovalo při přijímání potravy pomoc a 7 (47 %) nezvládalo příjem potravy; 1 (7 %) zvládala osobní hygienu samostatně, 6 (40 %) potřebovalo při osobní hygieně pomoc a 9 (53 %) nezvládalo osobní hygienu; 0 (0 %) zvládala vyprazdňování moče samostatně, 4 (27 %) potřebovaly při vyprazdňování moče pomoc a 11 (73 %) vyprazdňování moče zcela nezvládalo; 0 (0 %) zvládala vyprazdňování stolice samostatně, 5 (34 %) zvládalo vyprazdňování stolice s pomocí a 10 (66 %) vyprazdňování stolice nezvládalo; 2 (13 %) zvládaly přesun (lůžko – židle) samostatně, 5 (34 %) zvládalo přesun s pomocí a 8 (53 %) přesun nezvládalo; 2 (13 %) zvládaly chůzi bez pomoci, 4 (27 %) potřebovaly s chůzí pomoc a 9 (60 %) chůzi nezvládalo; 1 (7 %) zvládala oblékání bez pomoci, 6 (40 %) potřebovalo s oblékáním pomoc a 8 (53 %) oblékání nezvládalo; 2 (13 %) zvládaly samostatné polohování bez pomoci, 6 (40 %) potřebovalo se samostatným polohováním pomoc a 7 (47 %) samostatné polohování nezvládalo.

Tabulka 8 Soběstačnost přibližně 1 týden po CMP – muži

	Zvládal sám		Zvládal s pomocí		Nezvládal	
Přijímání potravy	2	9 %	12	55 %	8	36 %
Osobní hygiena	2	9 %	9	41 %	11	50 %
Vyprazdňování moče	2	9 %	7	32 %	13	59 %
Vyprazdňování stolice	2	9 %	9	41 %	11	50 %
Přesun (lůžko - židle)	1	5 %	8	36 %	13	59 %
Chůze	0	0 %	10	45 %	12	55 %
Oblékání	2	9 %	11	50 %	9	41 %
Samostatné polohování	8	36 %	7	32 %	7	32 %

Z celkového počtu 22 (100 %) mužů - pacientů jich přibližně 1 týden po CMP 2 (9 %) zvládali přijímání potravy samostatně, 12 (55 %) potřebovalo při přijímání potravy pomoc a 8 (36 %) nezvládalo příjem potravy; 2 (9 %) zvládali osobní hygienu samostatně, 9 (41 %) potřebovalo při osobní hygieně pomoc a 11 (50 %) nezvládalo osobní hygienu; 2 (9 %) zvládali vyprazdňování moče samostatně, 7 (32 %) potřebovalo při vyprazdňování moče pomoc a 13 (59 %) vyprazdňování moče zcela nezvládalo; 2 (9 %) zvládali vyprazdňování stolice samostatně, 9 (41 %) zvládalo vyprazdňování stolice s pomocí a 11 (50 %) vyprazdňování stolice nezvládalo; 1 (5 %) zvládal přesun (lůžko – židle) samostatně, 8 (36 %) zvládalo přesun s pomocí a 13 (59 %) přesun nezvládalo; 0 (0 %) zvládal chůzi bez pomoci, 10 (45 %) potřebovalo s chůzí pomoc a 12 (55 %) chůzi nezvládalo; 2 (9 %) zvládali oblékání bez pomoci, 11 (50 %) potřebovalo s oblékáním pomoc a 9 (41 %) oblékání nezvládalo; 8 (36 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 7 (32 %) potřebovalo se samostatným polohováním pomoc a 7 (32 %) samostatné polohování nezvládali.

Tabulka 9 Soběstačnost přibližně 1 týden po CMP – celkem

	Zvládala/a sám/a		Zvládal/a s pomocí		Nezvládal/a	
	čet	%	čet	%	čet	%
Přijímání potravy	4	11 %	18	49 %	15	40 %
Osobní hygiena	4	11 %	15	40 %	20	49 %
Vyprazdňování moče	2	5 %	11	30 %	24	65 %
Vyprazdňování stolice	2	5 %	14	39 %	21	56 %
Přesun (lůžko - židle)	3	8 %	13	36 %	21	56 %
Chůze	2	5 %	14	39 %	21	56 %
Oblékání	3	8 %	17	46 %	17	46 %
Samostatné polohování	10	25 %	13	36 %	14	39 %

Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů - pacientů jich přibližně 1 týden po CMP 4 (11 %) zvládali přijímání potravy samostatně, 18 (49 %) potřebovalo při přijímání potravy pomoc a 15 (40 %) nezvládalo příjem potravy; 4 (11 %) zvládali osobní hygienu samostatně, 15 (40 %) potřebovalo při osobní hygieně pomoc a 20 (49 %) nezvládalo osobní hygienu; 2 (5 %) zvládali vyprazdňování moče samostatně, 11 (30 %) potřebovalo při vyprazdňování moče pomoc a 24 (65 %) vyprazdňování moče zcela nezvládalo; 2 (5 %) zvládali vyprazdňování stolice samostatně, 14 (39 %) zvládalo vyprazdňování stolice s pomocí a 21 (56 %) vyprazdňování stolice nezvládalo; 3 (8 %) zvládali přesun (lůžko – židle) samostatně, 13 (36 %) zvládalo přesun s pomocí a 21 (56 %) přesun nezvládalo; 2 (5 %) zvládali chůzi bez pomoci, 14 (39 %) potřebovalo s chůzí pomoc a 21 (56 %) chůzi nezvládalo; 3 (8 %) zvládali oblékání bez pomoci, 17 (46 %) potřebovalo s oblékáním pomoc a 17 (46 %) oblékání nezvládalo; 10 (25 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 13 (36 %) potřebovalo se samostatným polohováním pomoc a 14 (39 %) samostatné polohování nezvládali.



Tabulka 10 Soběstačnost v současné době po CMP – ženy

	Zvládala sama		Zvládala s pomocí		Nezvládala	
Přijímání potravy	9	60 %	6	40 %	0	0 %
Osobní hygiena	5	33 %	10	67 %	0	0 %
Vyprazdňování moče	3	20 %	2	13 %	10	67 %
Vyprazdňování stolice	3	20 %	4	27 %	8	53 %
Přesun (lůžko - židle)	5	33 %	10	67 %	0	0 %
Chůze	3	20 %	11	73 %	1	7 %
Oblékání	6	40 %	9	60 %	0	0 %
Samostatné polohování	7	47 %	8	53 %	0	0 %

Z celkového počtu 15 (100 %) žen - pacientek jich v současné době po CMP 9 (60 %) zvládalo přijímání potravy samostatně, 6 (40 %) potřebovalo při přijímání potravy pomoc a 0 (0 %) nezvládala příjem potravy; 5 (33 %) zvládalo osobní hygienu samostatně, 10 (67 %) potřebovalo při osobní hygieně pomoc a 0 (0 %) nezvládala osobní hygienu; 3 (20 %) zvládaly vyprazdňování moče samostatně, 2 (13 %) potřebovaly při vyprazdňování moče pomoc a 10 (67 %) vyprazdňování moče zcela nezvládalo; 3 (20 %) zvládaly vyprazdňování stolice samostatně, 4 (27 %) zvládaly vyprazdňování stolice s pomocí a 8 (53 %) vyprazdňování stolice nezvládalo; 5 (33 %) zvládalo přesun (lůžko – židle) samostatně, 10 (67 %) zvládalo přesun s pomocí a 0 (0 %) přesun nezvládala; 6 (40 %) zvládalo chůzi bez pomoci, 9 (60 %) potřebovalo s chůzí pomoc a 0 (0 %) chůzi nezvládala; 6 (40 %) zvládalo oblékání bez pomoci, 9 (60 %) potřebovalo s oblékáním pomoc a 0 (0 %) oblékání nezvládala; 7 (47 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 8 (53 %) potřebovalo se samostatným polohováním pomoc a 0 (0 %) samostatné polohování nezvládala.

Tabulka 11 Soběstačnost v současné době po CMP – muži

	Zvládal sám		Zvládal s pomocí		Nezvládal	
Přijímání potravy	12	55 %	10	45 %	0	0 %
Osobní hygiena	11	50 %	9	40 %	2	10 %
Vyprazdňování moče	5	22 %	4	17 %	13	61 %
Vyprazdňování stolice	6	24 %	8	38 %	8	38 %
Přesun (lůžko - židle)	10	45 %	10	45 %	2	10 %
Chůze	8	38 %	9	40 %	5	22 %
Oblékání	9	40 %	11	50 %	2	10 %
Samostatné polohování	16	73 %	4	17 %	2	10 %

Z celkového počtu 22 (100 %) mužů - pacientů jich v současné době po CMP 12 (55 %) zvládalo přijímání potravy samostatně, 10 (45 %) potřebovalo při přijímání potravy pomoc a 0 (0 %) nezvládal příjem potravy; 11 (50 %) zvládalo osobní hygienu samostatně, 9 (40 %) potřebovalo při osobní hygieně pomoc a 2 (10 %) nezvládali osobní hygienu; 5 (22 %) zvládalo vyprazdňování moče samostatně, 4 (17 %) potřebovali při vyprazdňování moče pomoc a 13 (61 %) vyprazdňování moče zcela nezvládalo; 6 (24 %) zvládalo vyprazdňování stolice samostatně, 8 (38 %) zvládalo vyprazdňování stolice s pomocí a 8 (38 %) vyprazdňování stolice nezvládalo; 10 (45 %) zvládalo přesun (lůžko – židle) samostatně, 10 (45 %) zvládalo přesun s pomocí a 2 (10 %) přesun nezvládali; 8 (38 %) zvládalo chůzi bez pomoci, 9 (40 %) potřebovalo s chůzí pomoc a 5 (22 %) chůzi nezvládalo; 9 (40 %) zvládalo oblékání bez pomoci, 11 (50 %) potřebovalo s oblékáním pomoc a 2 (10 %) oblékání nezvládali; 16 (73 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 4 (17 %) potřebovali se samostatným polohováním pomoc a 2 (10 %) samostatné polohování nezvládali.

Tabulka 12 Soběstačnost v současné době po CMP – celkem

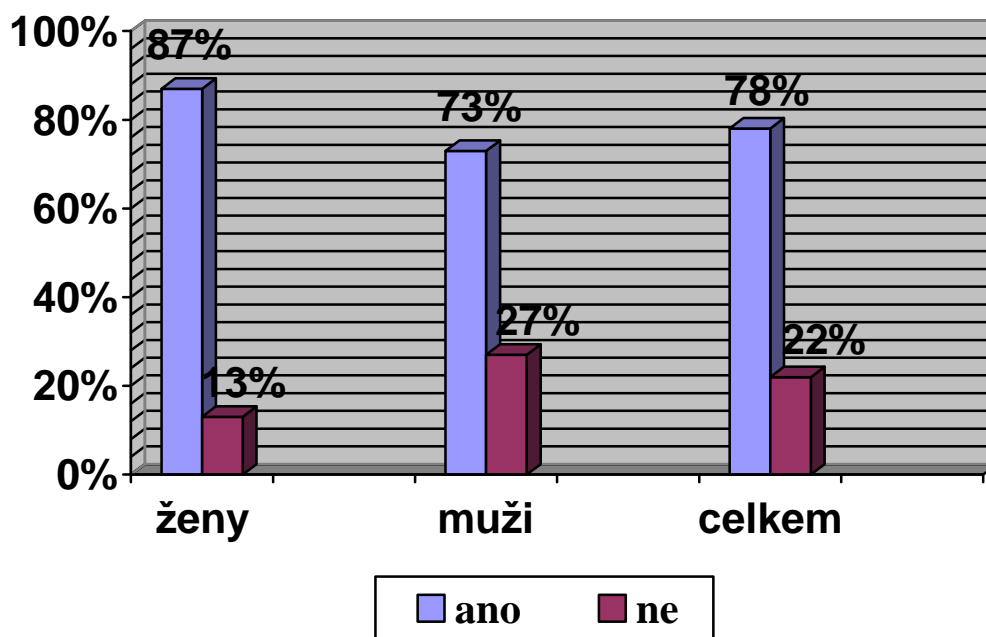
	Zvládal/a sám/a		Zvládal/a s pomocí		Nezvládal/a	
	Count	%	Count	%	Count	%
Přijímání potravy	21	57 %	16	43 %	0	0 %
Osobní hygiena	16	43 %	19	50 %	2	5 %
Vyprazdňování moče	8	22 %	6	16 %	23	62 %
Vyprazdňování stolice	9	24 %	12	33 %	16	43 %
Přesun (lůžko - židle)	15	41 %	20	54 %	2	5 %
Chůze	11	30 %	20	54 %	6	26 %
Oblékání	15	41 %	20	54 %	2	5 %
Samostatné polohování	23	62 %	12	33 %	2	5 %

Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů - pacientů jich v současné době po CMP 21 (57 %) zvládalo přijímání potravy samostatně, 16 (43 %) potřebovalo při přijímání potravy pomoc a 0 (0 %) nezvládal příjem potravy; 16 (43 %) zvládalo osobní hygienu samostatně, 19 (50 %) potřebovalo při osobní hygieně pomoc a 2 (5 %) nezvládali osobní hygienu; 8 (22 %) zvládalo vyprazdňování moče samostatně, 6 (16 %) potřebovalo při vyprazdňování moče pomoc a 23 (62 %) vyprazdňování moče zcela nezvládalo; 9 (24 %) zvládalo vyprazdňování stolice samostatně, 12 (33 %) zvládalo vyprazdňování stolice s pomocí a 16 (43 %) vyprazdňování stolice nezvládalo; 15 (41 %) zvládalo přesun (lůžko – židle) samostatně, 20 (54 %) zvládalo přesun s pomocí a 2 (5 %) přesun nezvládali; 11 (30 %) zvládalo chůzi bez pomoci, 20 (54 %) potřebovalo s chůzí pomoc a 6 (26 %) chůzi nezvládalo; 15 (41 %) zvládalo oblékání bez pomoci, 20 (54 %) potřebovalo s oblékáním pomoc a 2 (5 %) oblékání nezvládali; 23 (62 %) zvládalo samostatné polohování bez pomoci, 12 (33 %) potřebovalo se samostatným polohováním pomoc a 2 (5 %) samostatné polohování nezvládali.

Tabulka 13 Pohybová omezení

	Ženy		Muži		celkem	
	počet	procento	počet	procento	počet	procento
Ano	13	87 %	16	73 %	29	78 %
Ne	2	13 %	6	27 %	8	22 %

Graf 4 Pohybová omezení

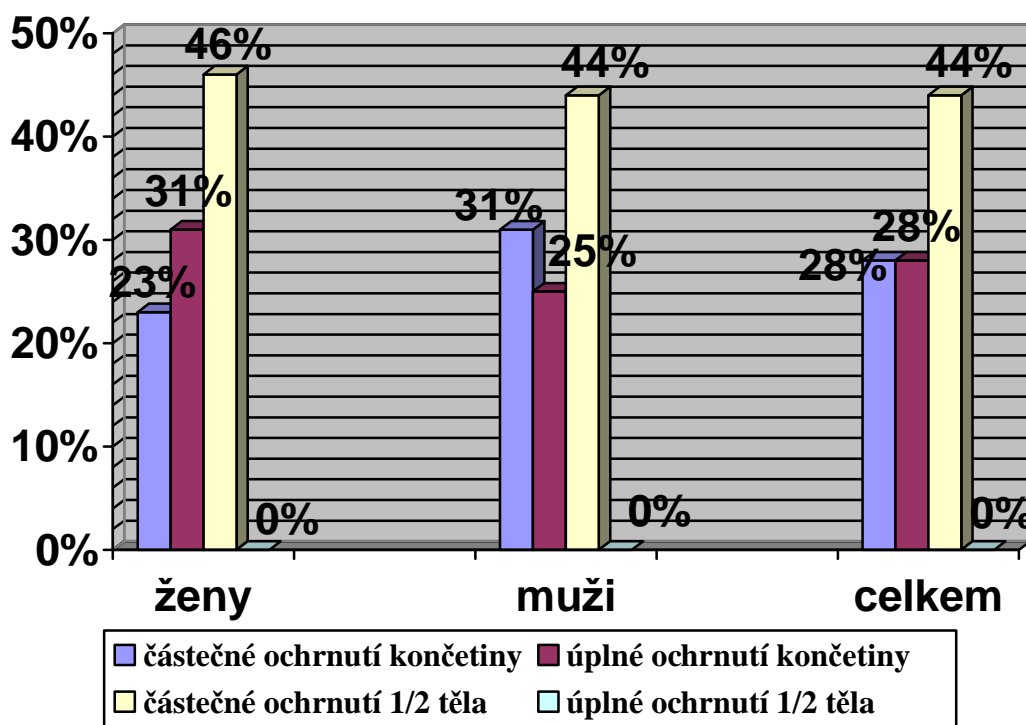


Z celkového počtu 37 respondentů jich 29 (78 %) mělo nějaké pohybové omezení, 8 (22 %) nemělo žádné pohybové omezení.

Tabulka 14 Typ pohybového omezení

	ženy		muži		Celkem	
	absolutně	procento	absolutně	procento	absolutně	procento
částečné ochrnutí jedné končetiny	3	23 %	5	31 %	8	28 %
úplné ochrnutí jedné končetiny	4	31 %	4	25 %	8	28 %
částečné ochrnutí 1/2 těla	6	46 %	7	44 %	13	44 %
úplné ochrnutí 1/2 těla	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Graf 5 Typ pohybového omezení



Z celkového počtu respondentů 29 (100 %) respondentů jich 8 (28 %) mělo částečné ochrnutí jedné končetiny, 8 (28 %) mělo úplné ochrnutí jedné končetiny, 13 (44 %) mělo částečné ochrnutí 1/2 těla a 0 (0 %) mělo úplné ochrnutí 1/2 těla.

Tabulka 15 Jiná zdravotní omezení

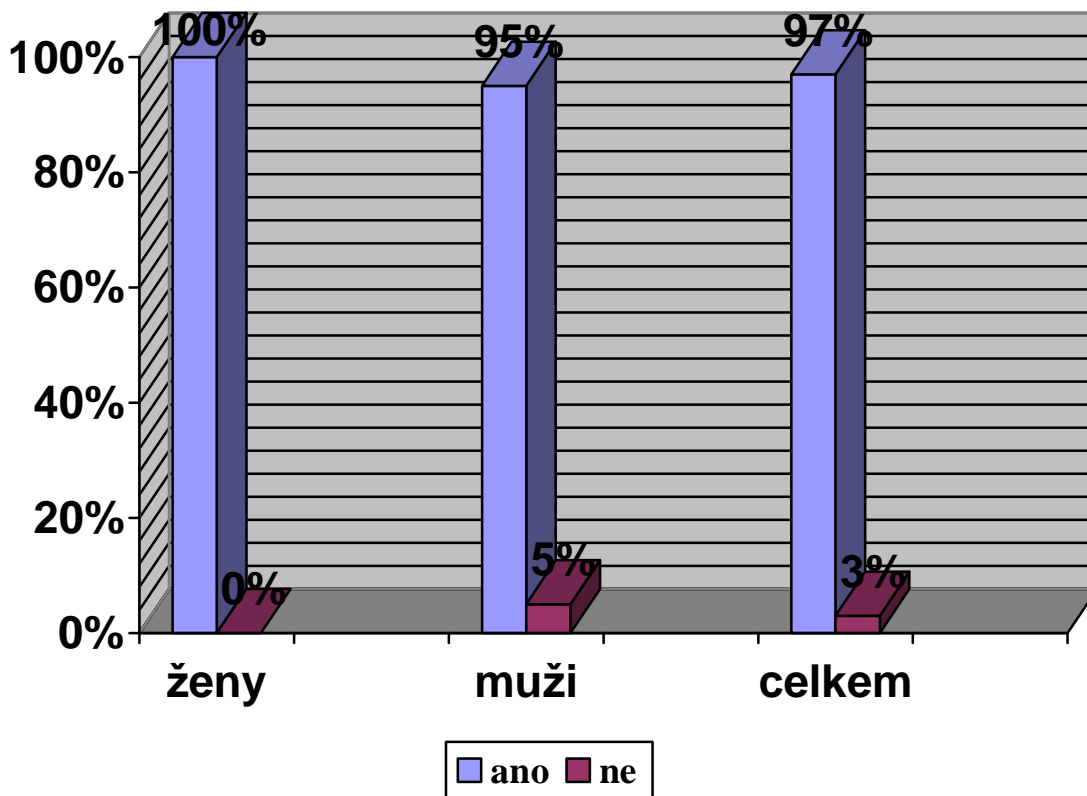
	ženy		muži		Celkem	
porucha řeči	9	35 %	7	25 %	16	30 %
obtíže při polykání	1	4 %	3	11 %	4	7 %
Senzorické problémy	4	15 %	4	14 %	8	15 %
psychologické a emociální problémy	2	7 %	4	14 %	6	11 %
problémy s chápáním	9	35 %	6	22 %	15	28 %
jiné / žádné	1	4 %	4	14 %	5	9 %

Z celkového počtu 54 (100 %) odpovědí jich 16 (30 %) měla možnost poruchu řeči, 4 (7 %) měla možnost obtíže při polykání, 8 (15 %) měla odpověď senzorické problémy, 6 (11 %) měla možnost psychologické a emociální problémy, 15 (28 %) měla odpověď problémy s chápáním a odpověď jiné nebo žádné potíže měla 5 (9 %).

Tabulka 16 Návčik denních aktivit

	Ženy		muži		Celkem	
Ano	15	100 %	21	95 %	36	97 %
Ne	0	0 %	1	5 %	1	3 %

Graf 7 Návčik denních aktivit

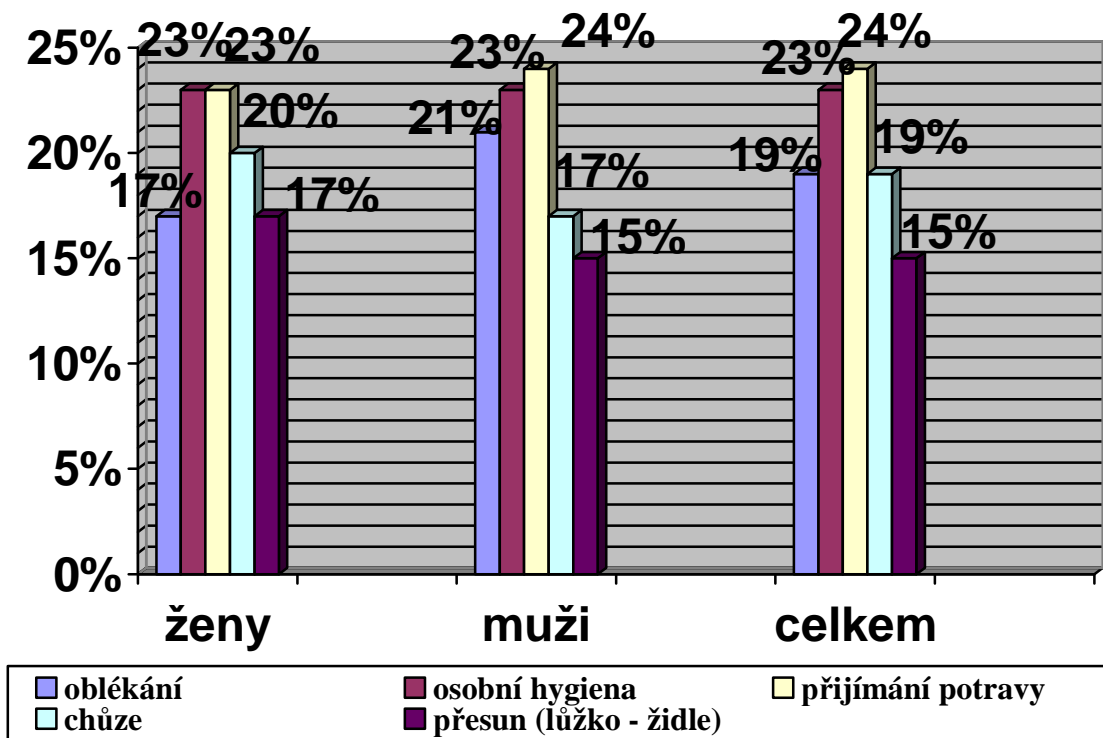


Z celkového počtu 37 respondentů odpovědělo 36 (97 %), že s nimi sestra prováděla návčik denních aktivit a 1 (3 %), že s ním sestra neprováděla návčik denních aktivit.

Tabulka 17 Denní aktivity

	ženy		muži		celkem	
oblékání	10	17 %	18	21 %	28	19 %
osobní hygiena	14	23 %	20	23 %	34	23 %
přijímání potravy	14	23 %	21	24 %	35	24 %
chůze	12	20 %	14	17 %	26	19 %
přesun (lůžko - židle)	10	17 %	13	15 %	23	15 %

Graf 8 Denní aktivity

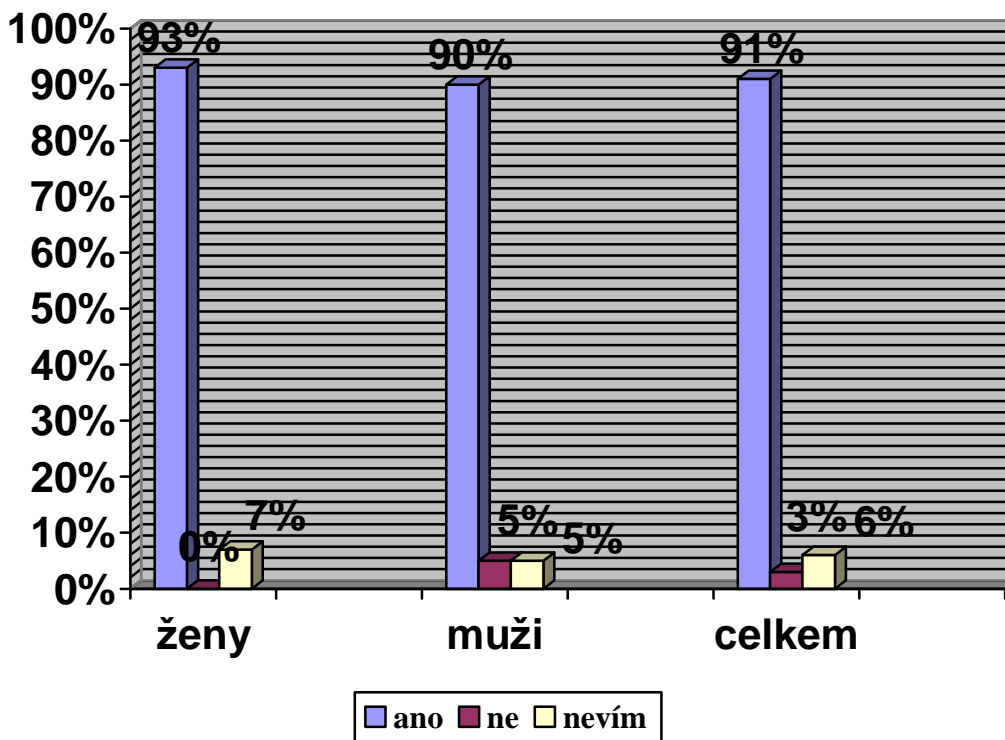


Z celkového počtu 146 (100 %) odpovědí, jich nejvíce 35 (24 %) bylo na přijímání potravy, 34 (23 %) bylo na odpověď osobní hygiena, na možnost oblékání bylo 28 (19 %), možnost chůze měla 26 (19 %) odpovědí a možnost přesun (lůžko – židle) měla 23 (15 %) odpovědí.

Tabulka 18 Spolupráce sestry s RHB pracovníkem

	ženy		muži		Celkem	
Ano	14	93 %	20	90 %	34	91 %
Ne	0	0 %	1	5 %	1	3 %
Nevím	1	7 %	1	5 %	2	6 %

Graf 9 Spolupráce sestry s RHB pracovníkem

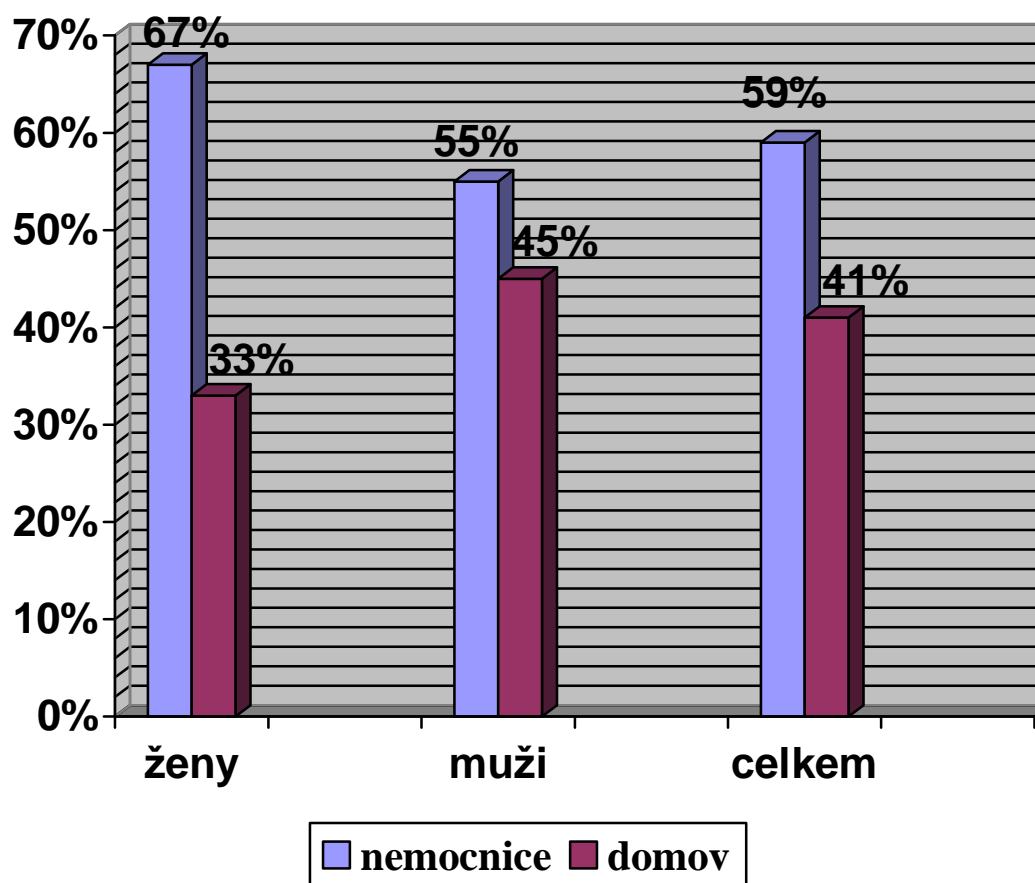


Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů jich 34 (91 %) ví, že sestra spolupracovala s RHB pracovníkem, 1 (3 %) ví, že sestra nespolupracovala s RHB pracovníkem a 2 (6 %) neví, jestli sestra spolupracovala s RHB pracovníkem.

Tabulka 19 Momentální místo péče

	ženy		muži		celkem	
Nemocnice	10	67%	12	55%	22	59%
Domov	5	33%	10	45%	15	41%

Graf 10 Momentální místo léčby

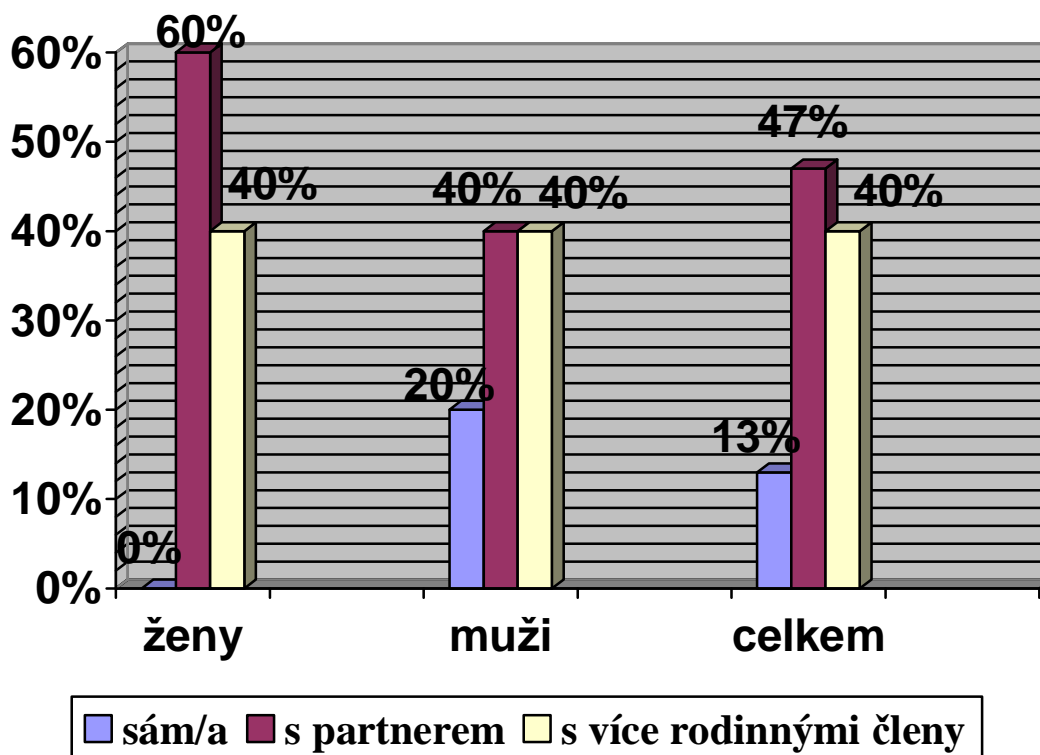


Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů se jich 22 (59 %) nachází v nemocni a 15 (41 %) v domácím prostředí.

Tabulka 20 Sdílení domácího prostředí

	ženy		muži		celkem	
sám/a	0	0%	2	20%	2	13%
s partnerem	3	60%	4	40%	7	47%
s více rodinnými členy	2	40%	4	40%	6	40%

Graf 11 Sdílení domácího prostředí

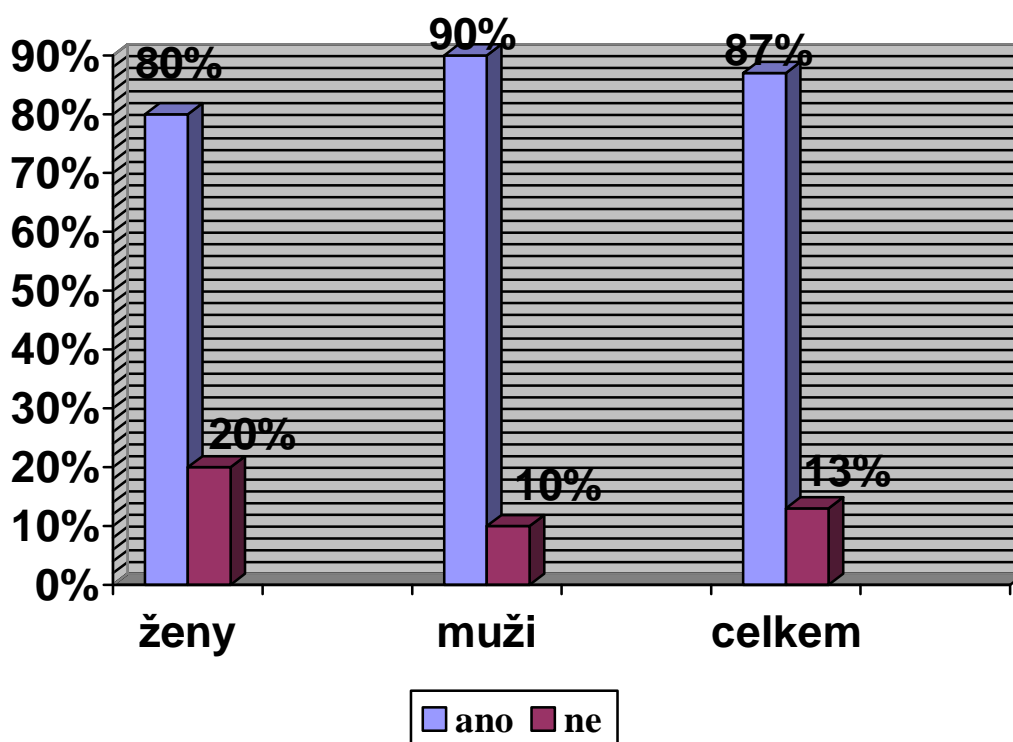


Z celkového počtu 15 (100 %) respondentů jich 2 (13 %) bydlí doma samo, 7 (47 %) bydlí s partnerem a 6 (40 %) bydlí s více rodinnými členy.

Tabulka 21 Spolupráce s agenturou domácí péče

	ženy		muži		celkem	
Ano	4	80%	9	90%	13	87%
Ne	1	20%	1	10%	2	13%

Graf 12 Spolupráce s agenturou domácí péče

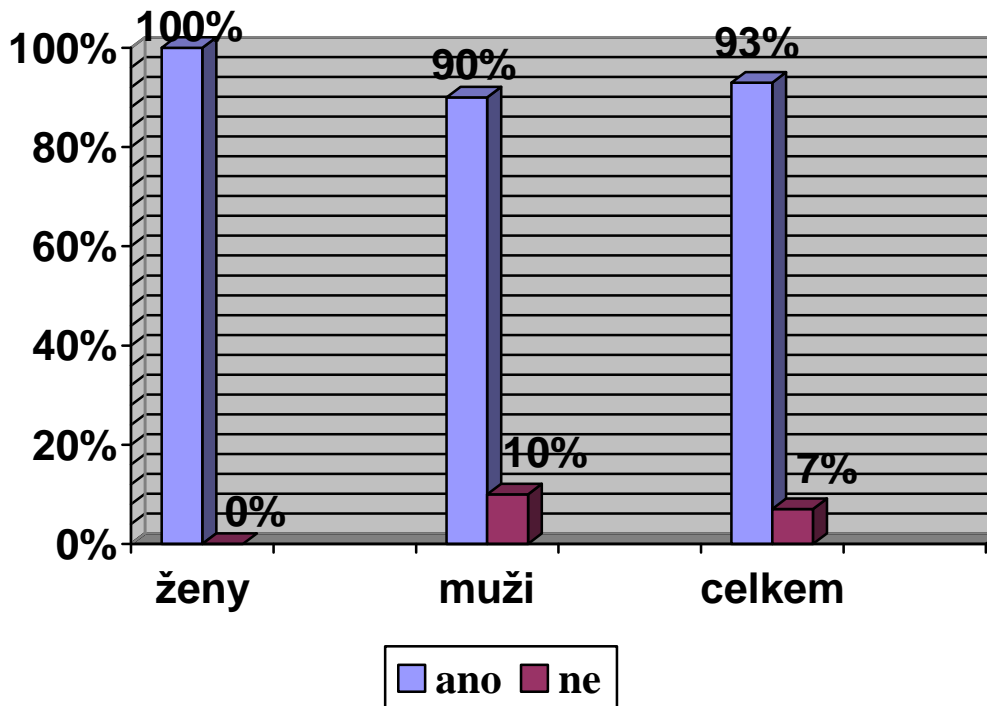


Z celkového počtu 15 (100 %) respondentů jich 13 (87 %) spolupracuje s agenturou domácí péče a 2 (13 %) ne.

Tabulka 22 Dostatek informací

	ženy		muži		celkem	
Ano	5	100%	9	90%	14	93%
Ne	0	0%	1	10%	1	7%

Graf 13 Dostatek informací



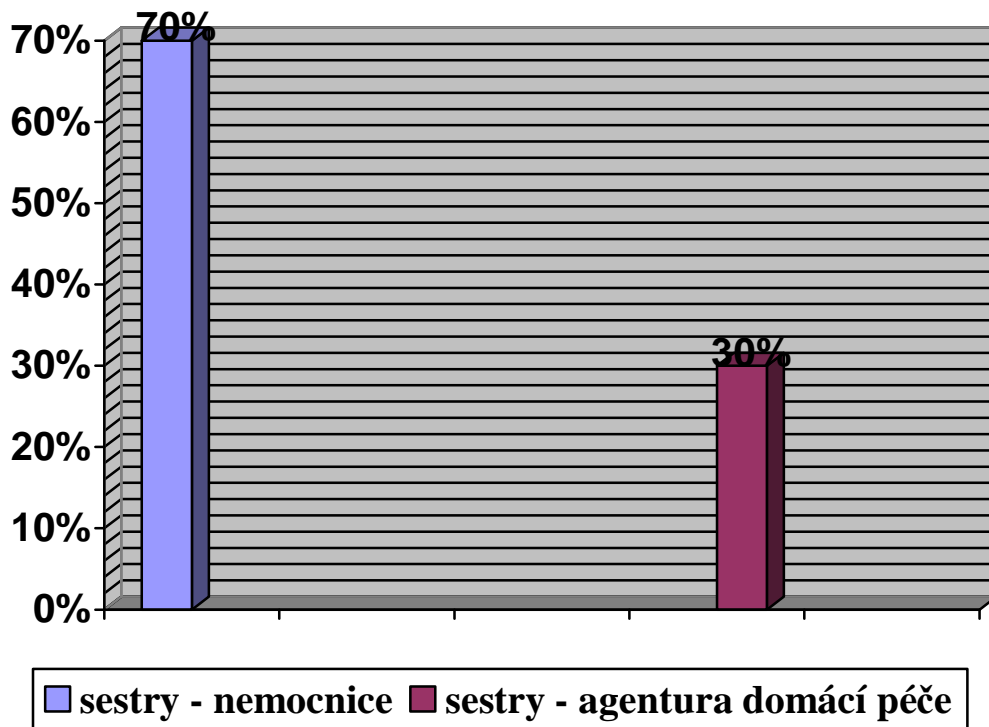
Z celkového počtu 15 (100 %) respondentů jich 14 (93 %) dostalo potřebné informace o péči v domácím prostředí a 1 (7 %) nedostal.

3.3.2 Výsledky dotazníkového šetření - sestry

Tabulka 23 Rozdělení sester

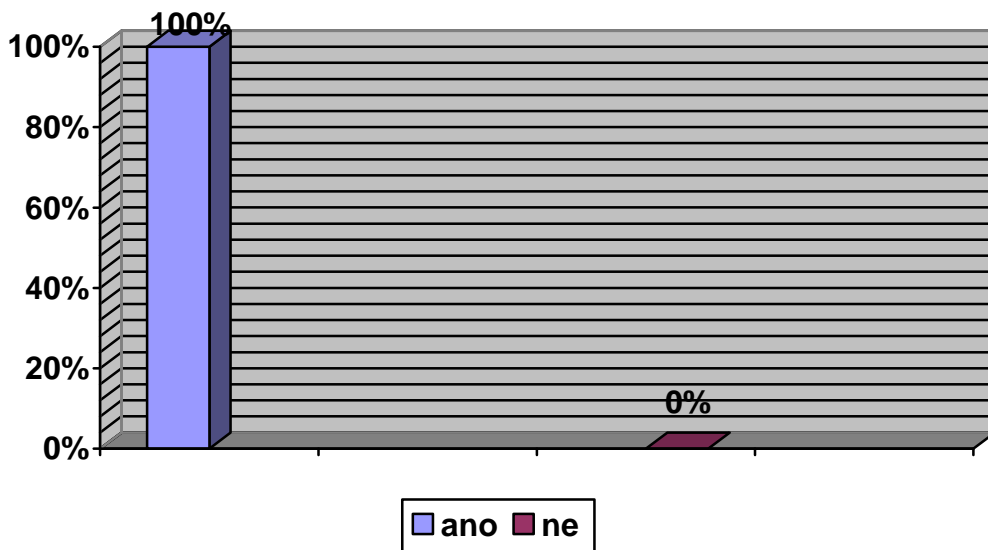
sestry – nemocnice		sestry - agentura domácí péče		celkem	
37	70%	16	30%	53	100%

Graf 14 Rozdělení sester



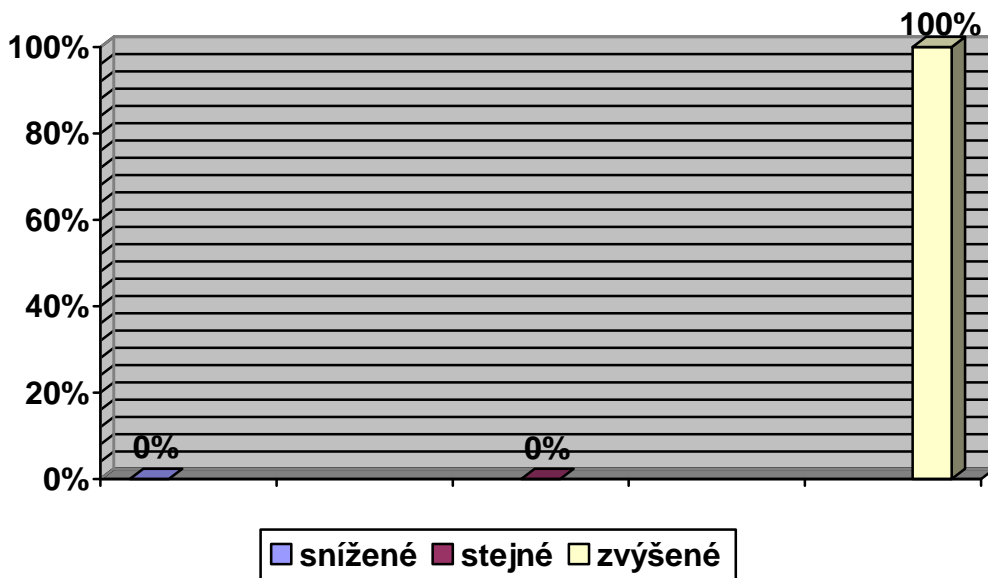
Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů bylo 37 (70 %) sester z nemocnice a 16 (30 %) sester agentur domácí péče.

Graf 15 Ošetřování pacienta po CMP



Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů jich 53 (100 %) někdy ošetřovalo pacienta po CMP.

Graf 16 Riziko vzniku dekubitů u pacienta po CMP

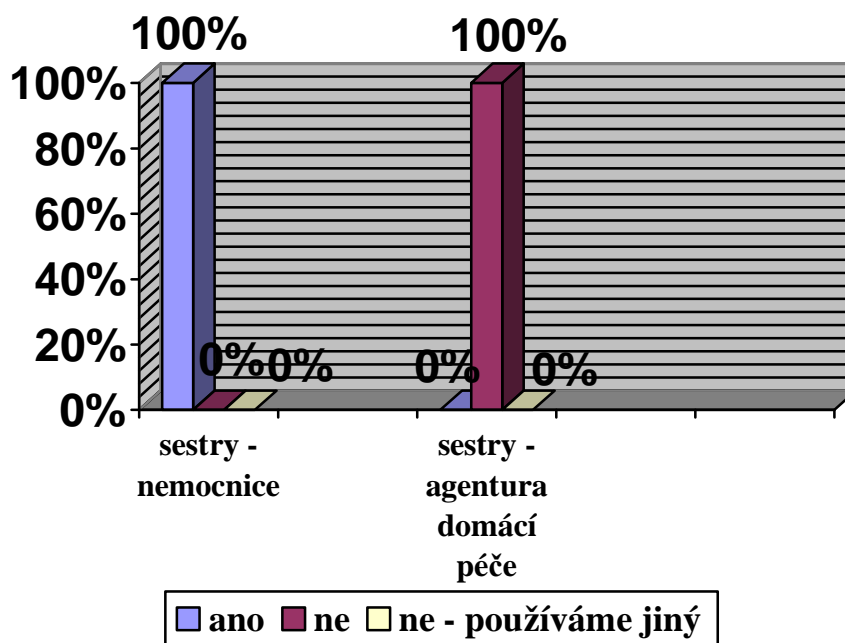


Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů si 53 (100 %) myslí, že riziko vzniku dekubitů u pacienta po CMP je zvýšené.

Tabulka 24 Používání indexu Barthelové

	sestry - nemocnice		sestry - agentura domácí péče	
	Ano	37	100%	0
Ne	0	0%	16	100%
ne - používáme jiný	0	0%	0	0%

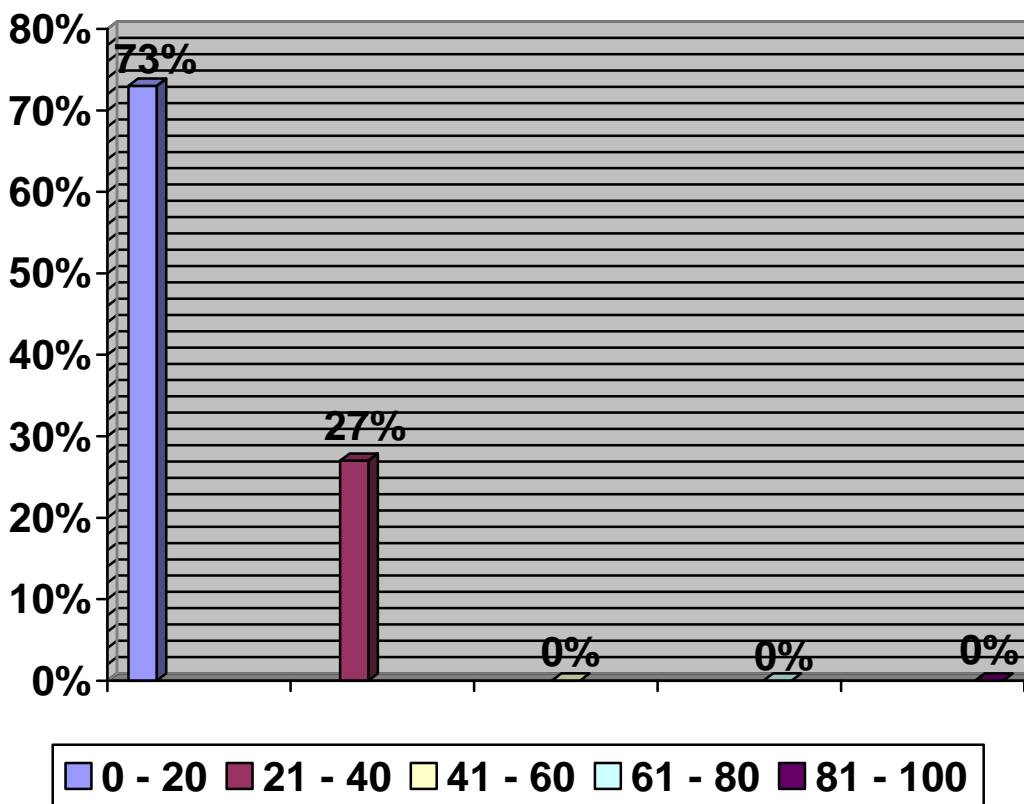
Graf 17 Používání indexu Barthelové



Z tabulky 24 vyplývá, že sestry z nemocnice 37 (100 %) používají index Barthelové a sestry z agentur domácí péče 16 (100 %) nepoužívají žádný test hodnocení aktivity pacienta.

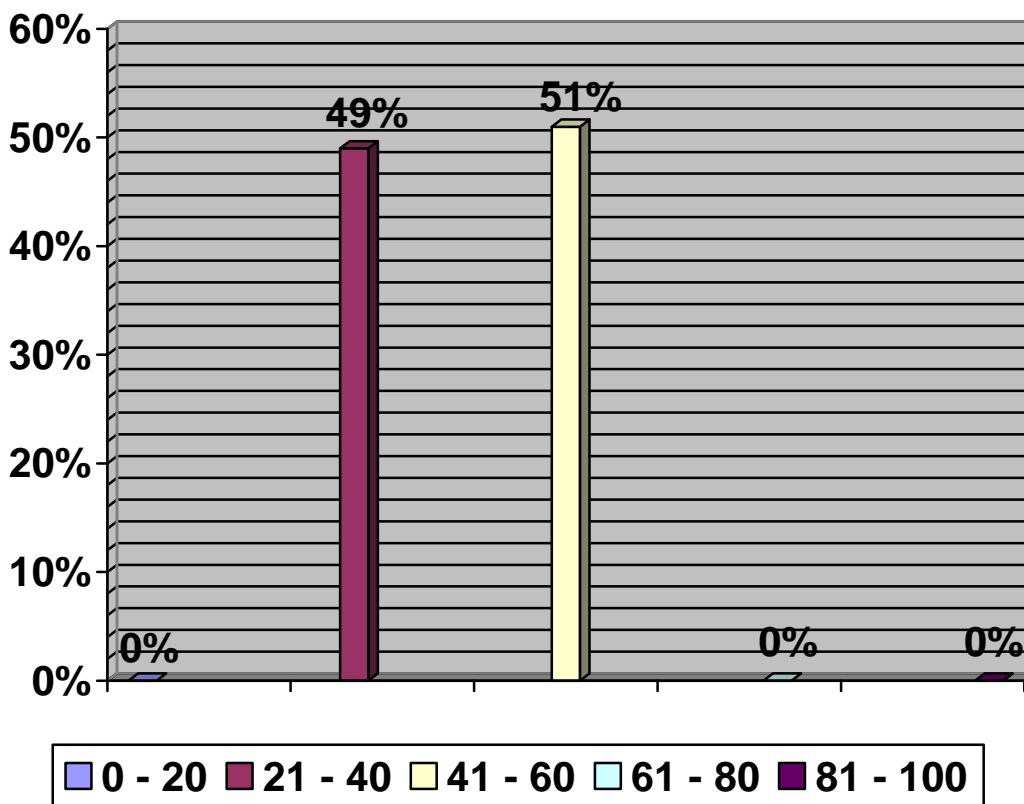


Graf 18 Nejčastější bodové ohodnocení pacienta po CMP při příchodu na oddělení



Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů jich 27 (73 %) odpovědělo, že pacienti, kteří přijdou na jejich oddělení mají nejčastěji podle indexu Barthelové skóre 0 – 20, a 9 (27 %), že mají pacienti skóre 21 – 40.

Graf 19 Nejčastější bodové ohodnocení pacienta po CMP po propuštění z oddělení



Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů jich 18 (49 %) odpovědělo, že pacienti, kteří jsou propuštěni z jejich oddělení mají dle indexu Barthelové skóre 21 – 40, a 19 (51 %), že pacienti mají skóre 41 – 60.

Tabulka 25 Soběstačnost pacienta v denních aktivitách při příchodu na oddělení

	zvládne sám/a		zvládne s pomocí		nezvládne	
přijímání potravy	0	0 %	5	14 %	32	86 %
osobní hygiena	0	0 %	4	11 %	33	89 %
vyprazdňování moče	0	0 %	2	5 %	35	95 %
vyprazdňování stolice	0	0 %	2	5 %	35	95 %
přesun (lůžko - židle)	0	0 %	4	11 %	33	89 %
chůze	0	0 %	2	5 %	35	95 %
oblékání	0	0 %	3	8 %	33	92 %
samostatné polohování	0	0 %	7	19 %	30	81 %

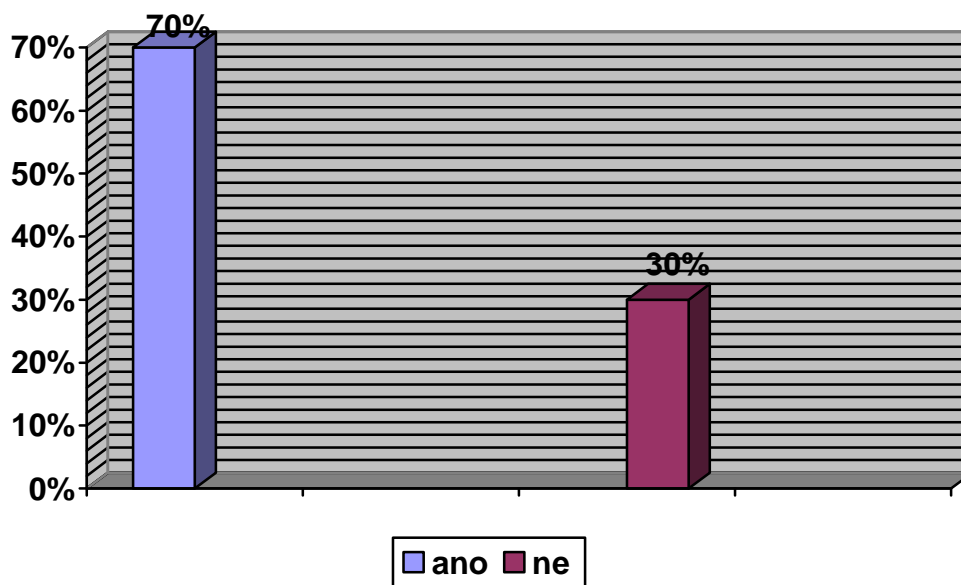
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů – sester z nemocničních oddělení uvedlo, že z pacientů po CMP, kteří přijdou na jejich oddělení jich 0 (0%) přijímání potravy zvládne samostatně, 5 (14 %) zvládne s pomocí a 32 (86 %) nezvládne; osobní hygienu zvládne 0 (0 %) samostatně, 4 (11 %) zvládne s pomocí a 33 (89 %) nezvládne; vyprazdňování moče zvládne samostatně 0 (0 %), s pomocí 2 (5 %) a zcela nezvládne 35 (95 %); vyprazdňování stolice zvládne samostatně 0 (0 %), s pomocí 2 (5 %) a zcela nezvládne 35 (95 %); přesun (lůžko – židle) zvládne 0 (0 %) samostatně, 4 (11 %) s pomocí a 33 (89 %) zcela nezvládne; chůzi zvládne samo 0 (0 %), s pomocí 2 (5 %) a zcela nezvládne 35 (95 %); oblékání samostatně zvládne 0 (0 %), s pomocí 3 (8 %) a zcela nezvládne 33 (92 %); samostatné polohování zvládne samostatně 0 (0 %), s pomocí 7 (19 %) a zcela nezvládne 30 (81 %).

Tabulka 26 Soběstačnost pacienta v denních aktivitách po propuštění z oddělení

	zvládne sám/a		zvládne s pomocí		Nezvládne	
přijímání potravy	14	38 %	23	62 %	0	0 %
osobní hygiena	3	8 %	29	78 %	5	14 %
vyprazdňování moče	0	0 %	9	24 %	28	76 %
vyprazdňování stolice	0	0 %	11	30 %	26	70 %
přesun (lůžko - židle)	3	8 %	18	49 %	16	43 %
chůze	0	0 %	12	32 %	25	68 %
oblékání	0	0 %	18	49 %	19	51 %
samostatné polohování	6	16 %	25	68 %	6	16 %

Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů – sester z nemocničních oddělení uvedlo, že z pacientů po CMP, kteří odejdou z oddělení jich 14 (38 %) přijímání potravy zvládne samostatně, 23 (62 %) zvládne s pomocí a 0 (0 %) nezvládne; osobní hygienu zvládne 3 (8 %) samostatně, 29 (78 %) zvládne s pomocí a 5 (14 %) nezvládne; vyprazdňování moče zvládne samostatně 0 (0 %), s pomocí 9 (24 %) a zcela nezvládne 28 (76 %); vyprazdňování stolice zvládne samostatně 0 (0 %), s pomocí 11 (30 %) a zcela nezvládne 26 (70 %); přesun (lůžko – židle) zvládne 3 (8 %) samostatně, 18 (49 %) s pomocí a 16 (43 %) zcela nezvládne; chůzi zvládne samo 0 (0 %), s pomocí 12 (28 %) a zcela nezvládne 25 (68 %); oblékání samostatně zvládne 0 (0 %), s pomocí 18 (32 %) a zcela nezvládne 25 (68 %); samostatné polohování zvládne samostatně 6 (16 %), s pomocí 25 (68 %) a zcela nezvládne 6 (16 %).

Graf 20 Používání pomůcek usnadňující pohyb pacienta



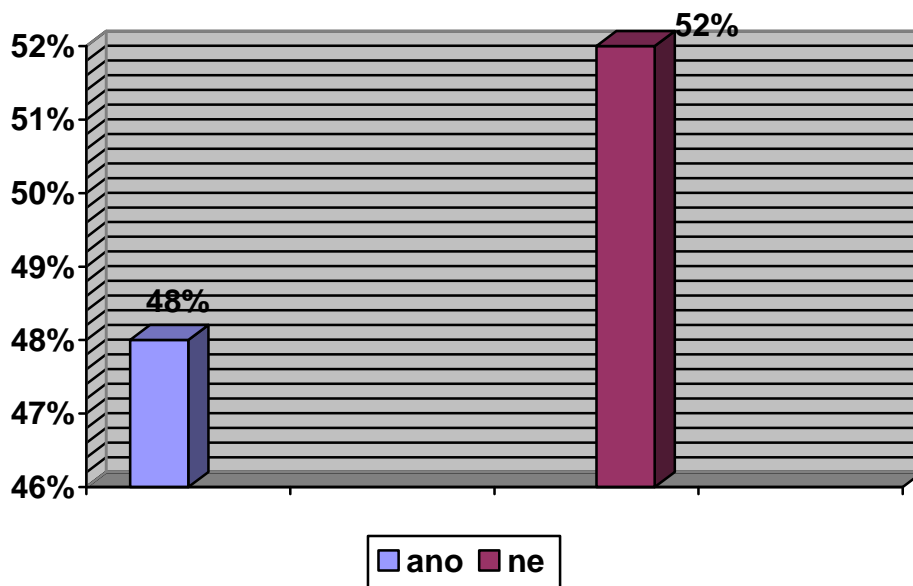
Z grafu 20 vyplývá, že z 53 (100 %) respondentů využívá pomůcky k péči o pacienta, které mu usnadňují pohyb v lůžku 36 (70 %) z nich a 17 (30 %) pomůcky nepoužívá.

Tabulka 27 Nejčastější uváděné pomůcky usnadňující pohyb pacienta

hrazda	26%
polohovačka	2%
žebříček	19%
zábrany	6%
polohovací pomůcky	47%

Z tabulka 27, která doplňuje graf 20, vyplývá, že procentuelně nejčastěji užívané pomůcky, které usnadňují pohyb pacienta v lůžku jsou polohovací pomůcky 47 %, hrazda 26 %, žebříček 19 %, zábrany 6 % a polohovačka 2 %.

Graf 21 Pomůcky usnadňující komunikaci s pacientem



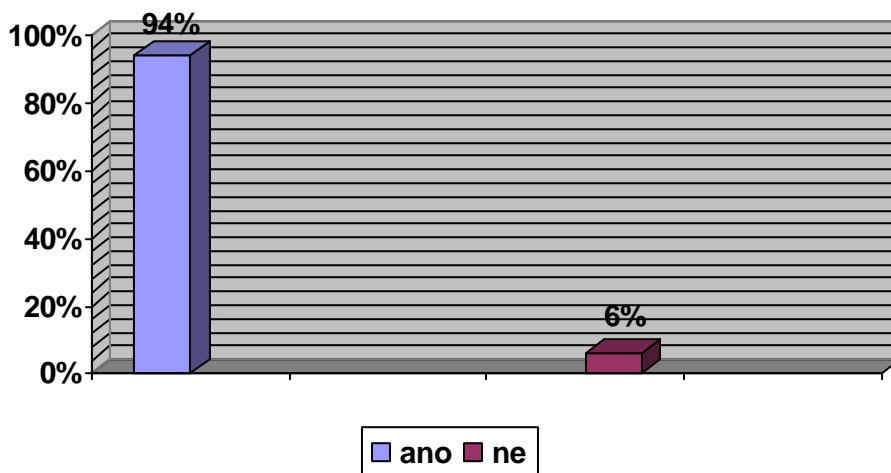
Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů používá pomůcky usnadňující komunikaci s pacientem 25 (48 %) a 28 (52 %) nepoužívá.

Tabulka 28 Nejčastější uváděné pomůcky usnadňující komunikaci s pacientem

obrázky	24 %
znaky	18 %
gestikulace	6 %
tužka a papír	42 %
slovník pro afatiky	10 %

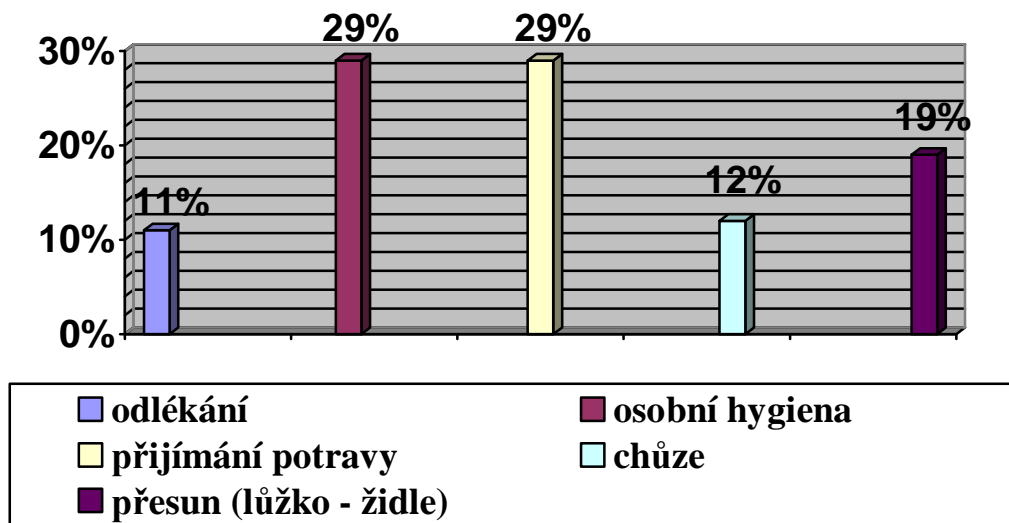
Z tabulky 28, která doplňuje graf 21, vyplývá, že procentuelně nejčastěji uváděné pomůcky ke komunikaci s pacientem po CMP jsou tužka a papír 42 %, obrázky 24 %, znaky 18 %, slovník pro afatiky 10 % a gestikulace 6 %.

Graf 22 Nácvik denních aktivit s pacientem



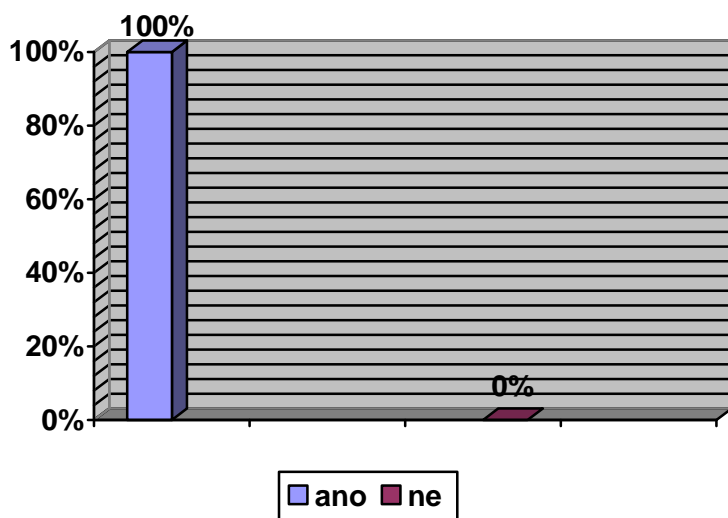
Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů provádí s pacientem nácvik denních aktivit 50 (94 %) sester a 3 (6 %) neprovádí.

Graf 23 Denní aktivity prováděné s pacientem



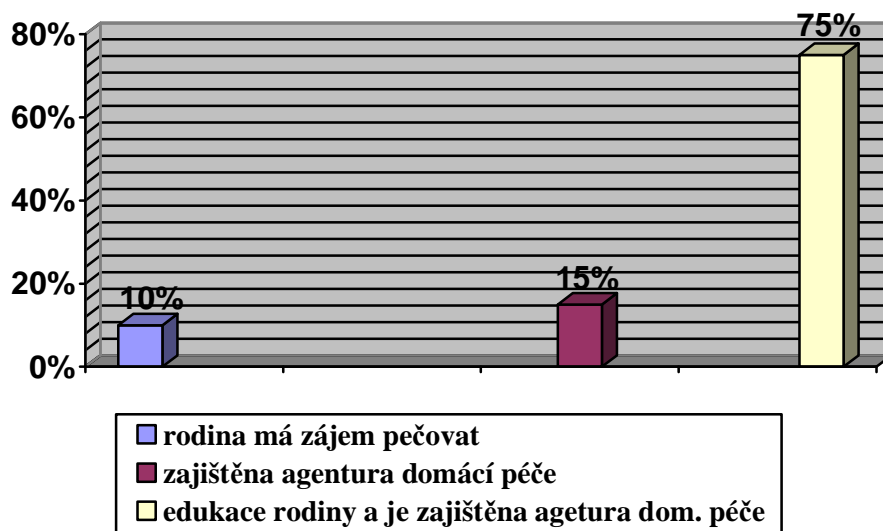
Z celkového počtu 175 (100 %) opovědí 19 (11 %) bylo na možnost oblékání, na možnost osobní hygiena 50 (29 %), na odpověď přijímání potravy 50 (29 %), možnost chůze měla 22 (12 %) odpovědí a 34 (19 %) odpovědí měla možnost přesun (lůžko – židle)

Graf 24 Péče o pacienta v domácím prostředí



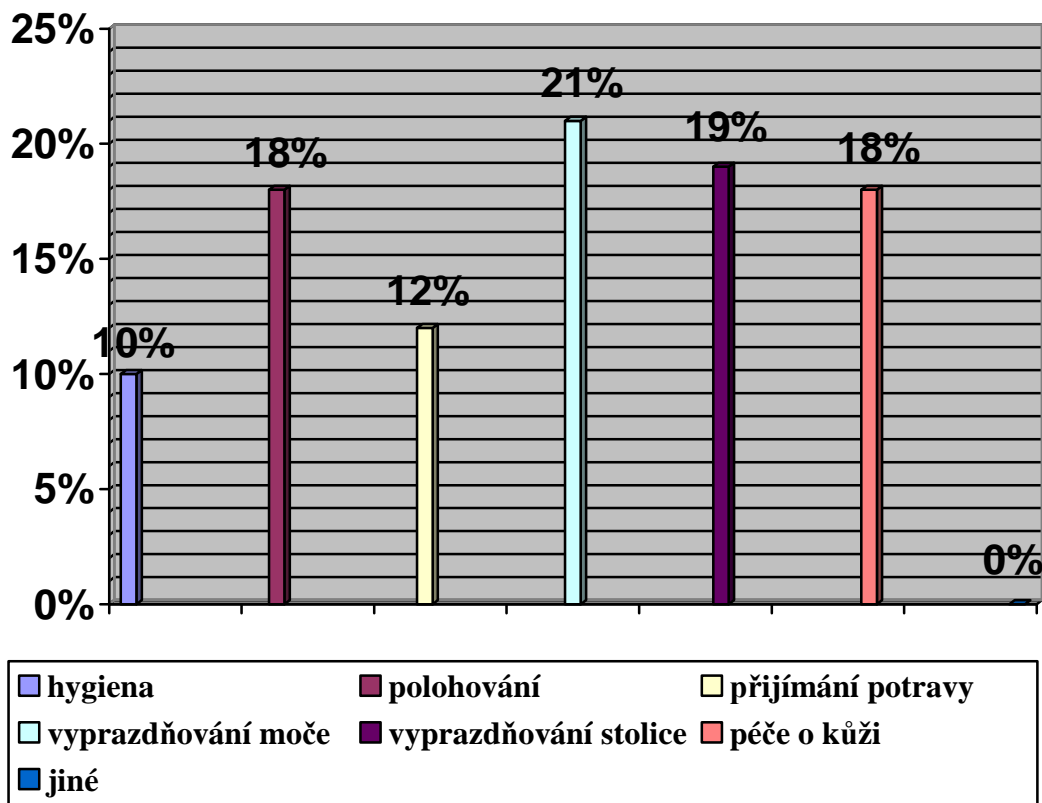
Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů si 53 (100 %) myslí, že se lze o pacienta po CMP starat i v domácím prostředí, 0 (0 %) si myslí, že to není možné.

Graf 25 Okolnosti, za jakých se lze starat o pacienta v domácím prostředí



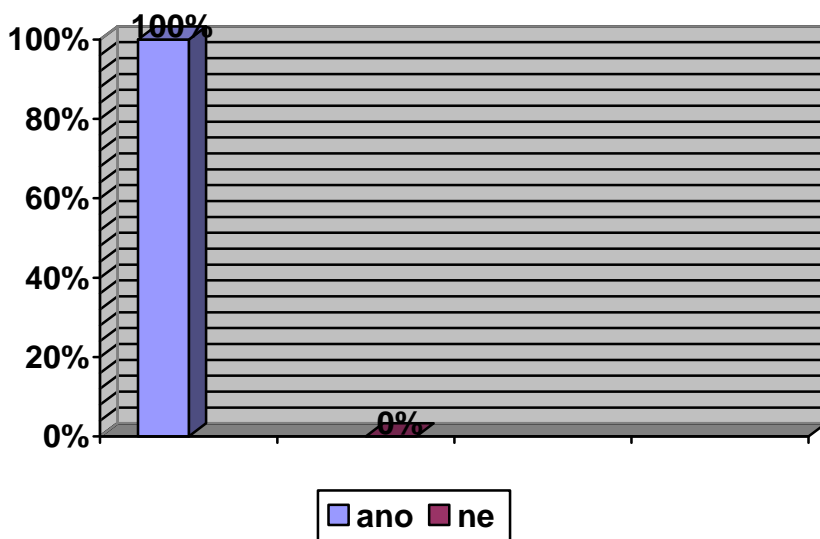
Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů si 5 (10 %) myslí, že o pacienta se lze starat v domácím prostředí když má rodina zájem o něj pečovat, 8 (15 %) si myslí, že je třeba zajisti agenturu domácí péče a 40 (75 %) si myslí, že je potřeba edukace rodiny a zajištění agentury domácí péče.

Graf 26 Nejčastější otázky o pečování pacienta v domácím prostředí



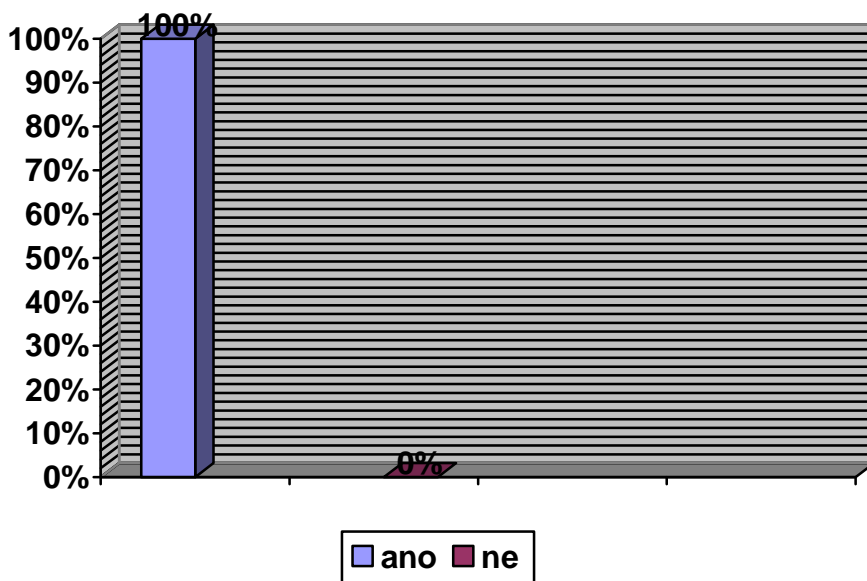
Z celkového počtu 172 (100 %) odpovědí, jich 18 (10 %) bylo na možnost hygiena, 32 (18 %) na možnost polohování, 21 (12 %) na možnost přijímání potravy, na možnost vyprazdňování moče 36 (21 %), na možnost vyprazdňování stolice 33 (19 %), na možnost informace ohledně péče o kůži 32 (18 %), na jiné informace se pečovatelé neptají.

Graf 27 Spolupráce s RHB pracovníkem



Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů jich 53 (100 %) spolupracuje s RHB pracovníkem.

Graf 28 Zlepšení stavu rehabilitací



Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů si jich 53 (100 %) myslí, že rehabilitace zlepšuje stav pacienta po CMP.



4. Diskuse

V bakalářské práci s názvem „Soběstačnost u pacienta po cévní mozkové příhodě“ jsme se snažili zjistit, jakým způsobem cévní mozková příhoda (dál CMP) snižuje soběstačnost pacienta. Zaměřili jsme se proto na zdravotnický personál pracující s lidmi s touto diagnózou a samozřejmě na pacienty samotné.

Celkem jsme rozdali 100 dotazníků. Respondenty tvořilo 60 zdravotních sester a 40 pacientů s CMP. Celková návratnost byla 93 %, použitelných dotazníků bylo 90 % z celkového počtu. Dotazníkové šetření probíhalo 4 týdny v květnu 2008. Dotazníky pro zdravotní sestry byly rozdány na oddělení neurologie a odděleních následné péče v Nemocnice České Budějovice a.s. a v agenturách domácí péče fungujících v Českých Budějovicích. Dotazníky pro pacienty byly „rozdány“ na oddělení neurologie a odděleních následné péče, „rozdány“ proto, že na těchto odděleních jsem tyto dotazníky vyplňoval společně s pacienty, neboť většina z nich by nebyla schopna dotazník vyplnit samostatně a dále dotazníky vyplňovali pacienti, kteří využívají služeb agentur domácí péče.

Dotazník pro pacienty obsahoval 15 otázek a použitelných dotazníků bylo 41 % z celkového počtu dotazníků.

První otázka, znázorněna tabulkou 1 a grafem 1, se týkala rozlišení pohlaví pacientů s CMP. Vyplývá z ní, že více pacientů bylo mužského pohlaví.

Graf 2 znázorňuje věkové skupiny pacientů rozlišené na mužské a ženské pohlaví a také obě pohlaví dohromady. Výsledek pro nás nebyl nikterak překvapující, nejvíce pacientů 65 % s CMP je po 65 roku života, ale čekali jsem, že bude více mužů po 65 roku života než žen, neboť podle Feigina (3) u mužů po 65 let je přibližně o 20 % vyšší riziko vzniku CMP než u žen. Dále je zajímavé, že u mužů je 5 % pacientů mezi 41. až 64. rokem života a u žen v tomto věkovém období není žádná.

Z grafu 3 vyplývá, že nejvíce pacientů prodělalo CMP v rozmezí 0 – 6 měsíců 39 % a 13 – 24 měsíců 35 %, to je tím, že více respondentů bylo z nemocnice a méně z agentur domácí péče.

Tabulka 6 znázorňuje soběstačnost pacientů před CMP. Absolutní většina pacientů byla v uvedených denních aktivitách zcela nezávislá nebo potřebovala pomoc a to nejvíce s přesunem (lůžko – židle), chůzí a oblékáním u všech 14 % pacientů. Jen 3 % pacientů nezvládali sami vyprazdňování moči. Vzhledem k tomu, že 65 % pacientů bylo starší 65 let,



čekal bych, že bude více denních aktivit, kde bude vyžadována pomoc. Tato tabulka s tabulkou č. 9 potvrzují hypotézu č. 1.

Tabulka 9 ukazuje soběstačnost pacientů přibližně 1 týden po CMP. Více než polovina pacientů je přibližně 1 týden zcela nesoběstačná nejvíce s vyprazdňováním moče 65 % a dále s vyprazdňováním stolice, přesunem a chůzí vše 56 % pacientů. O něco méně je pacientů, kteří zvládají denní aktivity s pomocí. Nejvíce zvládaná denní aktivita u pacientů po CMP byla samostatné polohování celkem 25 %, což jsme očekávali, protože při CMP je postižena většinou jen jedna strana těla a druhou stranou těla, se zapojením nohy a ruky, je pacient schopen se sám napolohovat. Tato tabulka s tabulkou č. 6 potvrzují hypotézu č. 1.

Tabulka 12 zobrazuje soběstačnost pacientů po CMP v „současné“ době. V porovnání s přecházejícími tabulkami je zde vidět zlepšení soběstačnosti, nic méně největší počet pacientů 62 % nezvládá vyprazdňování stolice a stále velké množství pacientů vyžaduje v denních aktivitách pomoc. Vzhledem k tomu, že 29 % pacientů má CMP méně než 6 měsíců, dalo by se očekávat ještě mírné zlepšení soběstačnosti.

Graf 4 znázorňuje otázku, zda došlo k pohybovému omezení, které je velmi často přítomno u CMP. 78 % pacientů mělo pohybové omezení, což je i patrné z předcházejících otázek ohledně vývoje soběstačnosti po CMP. Zajímavé je, že pohybové omezení bylo u více žen 87 % než u mužů 73 %. Graf 4 potvrzuje hypotézu č. 1.

Otázka č. 8 byla z větší části vyhodnocována jako pozorování, protože většina pacientů nebyla schopna dotazník vyplnit, vyplňovali jsme ho s nimi. Někteří pacienti nám sice tvrdili, že mají jen částečné ochrnutí končetiny, ale na naši žádost o pohyb prstu, zápěstí nebo lokte nebyli schopni pohybu. Výsledky jsou tedy takovéto: nejvíce, 44 % pacientů mělo částečné ochrnutí 1/2 těla, částečné a úplné ochrnutí jedné končetiny mělo, u každé možnosti, 28 % pacientů. Úplné ochrnutí poloviny těla jsme nepozorovali u žádného z pacientů a ani žádný pacient využívající služeb agentur domácí péče toto nevedl, což mě osobně velice překvapilo, neboť Országh a Káš (10) uvádějí že se může po CMP, i když vzácněji, vyskytnou hemiplegie. Otázka č. 8 potvrzuje hypotézu č. 1.

Kromě problémů s hybností se u pacientů objevují i jiná zdravotní omezení. Tabulka 15 ukazuje nejvíce 30 % jako další zdravotní omezení po CMP poruchu řeči a 28 % problémy s chápáním. Čekali jsme, po zkušenostech s pacienty po CMP, že možnost *problém s chápáním* bude zastoupena nejvíce, protože někdy bylo zjevné, že jsou zmateni místem, osobou i časem. Tabulka 15 potvrzuje hypotézu č. 1.

97 % pacientů uvedlo, že s nimi sestra prováděla nácvik denních aktivit, to je určitě správné i podle literatury „člověku po CMP je třeba pomoci s normálními každodenními



činnostmi“ (12), protože zapojováním pacienta do osobní hygieny nebo do přijímání potravy cvičíme jeho soběstačnost a manuální zručnost, která byla po CMP snížena. Ale překvapuje nás, že se našli 3 % pacientů, kteří uvedli, že s ním sestra nácvičk denních aktivit neprováděla. Může to být vysvětleno tím, že si pacienti mysleli, že za ním sestra přijde a budou „na nečisto“ trénovat např. hygienu, ale ono stačí, že ho při ranní hygieně nechá, aby se sám mohl utírat. Není proto překvapením, že nejvíce 97 % pacientů uvedlo, že s nimi sestra nacvičovala přijímání potravy a 94 % osobní hygienu.

Graf 9 ukazuje spolupráci sestry s RHB pracovníkem podle pacientů. Výsledek nás opět překvapil. Čekali by jsme, že bude 100 % odpověď *ano*, protože jedním z nejdůležitějších léčebných postupů po CMP je rehabilitace. Avšak 3 % pacientů uvádí, že sestra nespolupracovala s RHB pracovníkem a 6 % pacientů o spolupráci neví.

Více pacientů 59 %, se kterými jsme prováděli toto dotazníkové šetření se nacházelo v nemocnici a 41 % bylo v domácím prostředí. Je to dáno tím, že bylo snazší je vyhledat v nemocnici než požádat agenturu domácí péče o předání a požádání pacientů o vyplnění tohoto dotazníku.

Z 100 % pacientů, kteří se nacházejí v domácím prostředí jich nejvíce 47 % žije s jedním partnerem, 40 % s více rodinnými členy a jen 13 % žije samo.

87 % pacientů využívá služeb agentur domácí péče a 13 % nikoliv. Záleží na stupni snížení soběstačnosti, ale i pacienti žijící s někým v domácím prostředí potřebují odbornou pomoc z agentur, nehledě na to, že pro rodinného člena to je obrovská zátěž starat se sám o pacienta po CMP.

Další překvapením pro nás bylo, že 7 % pacientů uvedlo, že jeho rodina nedostala potřebné informace na speciální péči o něj v domácím prostředí. Nabízí se zde však otázka, jestli tyto informace nedostali rovnou nebo na zeptání se na ně, protože ze zkušeností z praxí ví, že jsou pacienti, kteří jsou propouštěni do domácí péče zcela informováni a mají i prostor na otázky. Toto potvrzuje hypotézu č. 3.

Dotazník pro sestry obsahoval 15 otázek a použitelných dotazníků bylo 53 %.

Graf 14 ukazuje zastoupení sester ve výzkumném souboru, z nemocnice 70 % sester a z agentur domácí péče 30 % sester.

Všech 100 % sester někdy ošetřovalo pacienta po CMP, to se dalo čekat, neboť pacienti s CMP se nejvíce vyskytují na oddělení neurologie a odděleních následné péče a sestry z agentur domácí péče se s nimi také setkávají.

Také všech 100 % sester si myslí, že riziko vzniku dekubitů je u pacienta po CMP zvýšené, to je jistě pravda, protože ztráta hybnosti způsobuje neschopnost měnit polohu



v lůžku a při žádném nebo nesprávném polohování vznikají proleženiny a to potvrzuje i například Országh a Káš (10)

Graf 17 znázorňuje používání k hodnocení soběstačnosti klasický index Barthelové. To, že je používán všemi 100 % sestrami z nemocnic nás nepřekvapilo, sám jsem s ním během praxí pracoval, ale že ho všechny sestry 100 % z agentur domácí péče nepoužívají nás velice zaujalo. Nejen, že nepoužívají Barthel index, ale podle výsledků nepoužívají ani žádný jiný. Napadá mě tedy otázka : „Jak tedy hodnotí změnu soběstačnosti u pacienta?“

Graf 18 a 19 tedy vyplňovaly jen sestry z nemocnice. Graf 18 znázorňuje nejčastější bodové ohodnocení pacienta po CMP, který se dostane na oddělení. 73 % sester uvádí, že pacienti podle Barthel index mají skóre 0 – 20 a 27 % sester uvádí, že mají skóre 21 – 40. Z toho vyplývá, že pacienti jsou vysoce závislí na pomoci. Graf 18 potvrzuje hypotézu č. 1. Graf 19, představující bodové skóre po propuštění, ukazuje zlepšení soběstačnosti, neboť 51 % sester uvádí bodové skóre pacientů 41 – 60, což je závislost střední stupně (16) a 49 % sester uvedlo bodové ohodnocení 21 – 40. Stav soběstačnosti pacientů se tedy zvyšuje.

Tabulka 25 ukazuje soběstačnost pacientů s CMP po příchodu na oddělení v oblastech denních aktivit. Tato otázka byla vyhodnocena jen podle sester z nemocnice. Je zde patrné, že sestry uvádí největší nesoběstačnost v oblastech vyprazdňování a pohybu. Žádná ze sester neuvádí schopnost pacienta zvládat některou z denních aktivit samostatně. Podle mě zde záleží na rozsahu postižení CMP. Tabulka 25 potvrzuje hypotézu č. 1.

Tabulka 26 znázorňuje soběstačnost pacientů v denních aktivitách po propuštění. I zde na tuto otázku odpovídaly jen sestry z nemocnice. Je zde vidět opět zlepšení v některých oblastech, zejména v přijímání potravy a v samostatném polohování. Myslím si, že je to proto, že jak je uvedeno výše, sestry provádí s pacientem nácvik těchto činností.

Velice překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že jen 70 % sester používá pomůcky usnadňující pohyb pacienta v lůžku a 30 % nikoliv. Osobně nevím, čím si to vysvětlit, protože ulehčení samostatného pohybu pacienta v lůžku zlepšuje jeho soběstačnost alespoň v samostatném polohování. Možná se to jde vysvětlit tím, že někteří pacienti jsou v této oblasti zcela schopni a proto některé sestry tyto pomůcky nepoužívají, nebo naopak že jsou zcela odkázáni na polohování od sester, anebo že jedna z pomůcek je hrazda a by měla být přítomna na každém lůžku. Všechny sestry, které pomůcky využívají uvádí tyto pomůcky: polohovací pomůcky, hrazda, žebříček, zábrany a polohovačku. Podle Šamánkové, Huškové a Matoušovicovi (14) by sem mohla ještě patřit uzdička. Toto částečně potvrzuje hypotézu č. 3.

Graf 21 zobrazuje používání pomůcek k dorozumění s pacientem po CMP. Zde se nám výsledek nelíbil ještě více než předcházejícím případě, neboť 48 % sester používá nějaké



pomůcky usnadňující komunikaci a 52 % nepoužívá žádné. Opět se nabízí otázka proč je to tak? Vždyť 43 % pacientů uvedlo, že měli poruchu řeči. Možná je to dáno tím, že komunikace s tímto pacientem je zdlouhavá a na to prostě není v při plném oddělení čas. Není to sice omluva pro sestry, ale na jejich obhajobu je třeba říci, že za to nemohou. Mezi nejčastější pomůcky ke komunikaci s pacientem sestry uvedly tyto: tužka a papír, obrázky, znaky, slovník pro afatiky a gestikulace.

94 % sester uvádí, že s pacientem provádí nácvik denních aktivit a 6 % nikoliv. To se trochu shoduje i s tím, co uváděli pacienti na podobnou otázku, 97 % jich uvedlo, že s nimi sestra provádí nácvik denních aktivit, 3 % nikoliv. Opět to může být otázka času na pacienta, když má sestra před sebou ještě celé oddělení. Co nás naopak nepřekvapilo a co se shoduje s názory pacientů je, že sestry nejčastěji provádí nácvik osobní hygieny a přijímání potravy. Proč si myslím, že tomu tak je jsem popsal výše.

Všech 100 % sester si myslí, že se lze o pacienta po CMP starat i v domácím prostředí, s tím musím jen souhlasit. 75 % sester je toho názoru, že k tomu aby se o pacienta dalo starat v domácím prostředí je třeba edukace rodiny a zajištění agentury domácí péče, 15 % jen zajištění agentury domácí péče a 10 % že je třeba zájem rodiny. Osobně si myslím, že je potřeba aby rodina měla zájem, byla edukována a aby byla případně zajištěna agentura domácí péče, protože mezi její náplň činností patří: služby zdravotních sester v domácím prostředí dle indikace praktického lékaře či propouštějícího lékaře z nemocnice, sociální služby dle potřeb klienta - pečovatelské služby vč. pedikúry, zapůjčení či vydání zdravotnických pomůcek v kompletním sortimentu - nemocniční lůžka, antidekubitní podložky, chodítka, WC křesla apod.

Podle grafu 26 mezi nejčastější otázky rodinných příslušníků patří otázky na vyprazdňování, polohování a péči o kůži. Vyprazdňování je základní fyziologická potřeba a aby se stav pacienta nezhoršil a nevznikaly proleženiny je třeba pacienta polohovat a starat se o jeho pokožku, tudíž mě tento výsledek nepřekvapil. Hygiena a příjem potravy je sice také důležitý, ale myslím si, že s tím problémy nenastávají, samozřejmě, za předpokladu že pacient nemá PEG nebo nazogastrickou sondu.

100 % sester uvádí, že spolupracují s RHB pracovníkem, myslím si, že to bylo zcela očekávatelné, protože tak by to mělo být. I když se nabízí otázka, je to objektivní? Některé sestry mohli brát spolupráci s RHB pracovníkem jako, pravidelné návštěvy RHB pracovníka u lůžka pacienta, ale dál s RHB pracovníkem neprobírají změny v pacientově stavu.

Taktéž 100 % sester je přesvědčených, že na zlepšení stavu pacienta má vliv rehabilitace. S tím samozřejmě souhlasíme. I když u této otázky nebyla podotázka, kde by



sestry vysvětlily jakým způsobem má rehabilitace vliv na zlepšení stavu pacienta. Toto potvrzuje hypotézu č. 2.

Jak vyhodnocuji své hypotézy?

1. Cévní mozková příhoda má negativní vliv na soběstačnost pacienta.

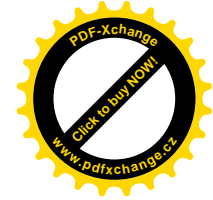
Podle vyhodnocení dotazníkového šetření u pacientů s CMP a u sester musíme říci, že se nám hypotéza potvrdila.

2. Rehabilitační péče zvyšuje soběstačnost pacienta.

Vzhledem k tomu, že se stav pacienta po CMP zlepšuje a jedním z hlavních léčebných faktorů je rehabilitace a sestry jsou téhož názoru, tak se nám hypotéza potvrdila.

3. Sestra edukuje rodinu pacienta s cévní mozkovou příhodou k používání kompenzačních pomůcek zvyšující soběstačnost pacienta.

Z dotazníkového šetření vyšlo, že některé sestry používají tyto pomůcky a zároveň sestry podávají rodinám pacientům s CMP informace ohledně speciální péči o ně, tudíž se hypotéza částečně potvrdila.



5. Závěr

Není pochyb o tom, že cévní mozková příhoda (CMP) má určitý vliv na soběstačnost pacienta. Tato bakalářská práce byla zaměřena na změnu soběstačnosti pacienta před CMP a po CMP. Výzkum se týkal pacientů s CMP a zdravotních sester, které s těmito pacienty přicházejí často do styku.

Cílem bylo zjistit jak CMP snižuje soběstačnost pacienta. Cíl byl splněn a problematika zmapována.

Z výsledků výzkumu jsem vyvodil následující: CMP negativně ovlivňuje soběstačnost pacienta. Je sice pravda, že každý případ pacienta s CMP je jiný, ale převážně se po CMP snižuje soběstačnost pacienta až k úplné závislosti na okolí. Včasným a správným postupem léčby lze dosáhnout výrazného zlepšení stavu. Kromě medikamentózní léčby je to zejména rehabilitační péče, která zvyšuje soběstačnost pacienta po CMP. Patří sem nejen rehabilitační léčba speciálně vyškolenou rehabilitační sestrou, ale také nácvik denních aktivit sestrou u lůžka. Ztráta soběstačnosti je způsobena nejen ztrátou kontrolovaných pohybů končetiny nebo celé poloviny těla, ale i ztrátou kontroly nad vyprazdňováním, sensorickými problémy, poruchou řeči či problémy s chápáním. Snížením soběstačnosti a tudíž zvýšením závislosti na druhé osobě vede k dalším problémům, které jsou přítomné u pacientů po CMP, a to zejména k problémům psychickým a emociálním jako jsou deprese a úzkost. Je tedy dobré, že sestry provádí nácvik některých denních aktivit a to hlavně příjem potravy a osobní hygienu, které jsou podle mého názoru nejdůležitější, i když ze zkušeností vím, jsou mnohdy opomíjeny. Po určité době, která je přímo úměrná závažnosti CMP, když to dovolí stav pacienta, je možné aby jeho další zotavování probíhalo v jeho domácím prostředí. Záleží vždy na stavu pacienta, ale myslím si, že je dobré kontaktovat agenturu domácí péče, která zabezpečuje komplexní ošetrovatelskou péči poskytovanou zkušenými zdravotními sestrami pacientům v jejich přirozeném sociálním prostředí jejich vlastních domovů, alespoň z počátku. Rodina pacienta s CMP má vždy spoustu otázek na domácí péči a téměř vždy se jim dostane odpovědí. Myslím si, že domácí prostředí má pozitivní vliv na další zotavování po CMP, protože doma je pacient mezi svými a v podmínkách, na které je zvyklý, odpadá psychický stres z nemocničního prostředí i riziko bakteriálních nákaz, takže se rekonvalescence po CMP urychluje.

Stanovené hypotézy: Cévní mozková příhoda má negativní vliv na soběstačnost pacienta. Výzkumem se hypotéza **potvrdila**. Rehabilitační péče zvyšuje soběstačnost pacienta. Na základě výzkumu se hypotéza **potvrdila**. Sestra edukuje rodinu pacienta s cévní



mozkovou příhodou k používání kompenzačních pomůcek zvyšující soběstačnost pacienta. Výzkumem se hypotéza **částečně potvrdila**.

Se vznikem CMP život nekončí, ale začíná boj o s následky CMP, který při včasném, rychlém a správném zásahu celého zdravotnického týmu může podstatně zvýšit pravděpodobnost úspěšného výsledku léčení.



6. Seznam použité literatury

1. Bártová, J. *Patologie (pro bakalářské studium ošetrovatelství)*. 2. vydání. Praha: vydavatelství Karolinum, 1996, s. 71. ISBN 80-7066-870-9
2. Čihák, R. *Anatomie člověka*. III Díl. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 665. ISBN 80-247-1132-X
3. Fejgin, V. *Cévní mozková příhoda – prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vydání. Praha: Galém, 2007, s. 208. ISBN 80-7262-428-8
4. Ganong, F.W. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: H&H, 1999, s. 681. ISBN 80-85787-36-9
5. Halová M. *Nemocný v domácí péči I*. Javorník: Halová Miroslava – MAJ.ZJ, 2007, s. 137. ISBN 80-239-7316-9
6. Kalvach, P. a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1997, s. 409. ISBN 80-7169-109-7
7. Kozierová, B.; Erbová, G.; Oliverová, R. *Ošetrovatelstvo II*. První slovenské vydání. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995, s. 1154-1186. ISBN 80-217-0528-0
8. Mádlová, I. a kol. *Příručka pro ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Česká asociace sester
9. Mäurer, H.CH.; Mäurer, R. *Náhlá mozková příhoda*. Praha: Victoria Publishing, a.s., 1994. s.142. ISBN 80-85605-65-1
10. Országh, J.; Káš S. *Cévní příhody mozkové*. 3. vydání. Praha: Brána, 1995, s. 144. ISBN 80-901783-8-3
11. Pfeiffer, J. *Neurologie v rehabilitaci po studium i praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 352. ISBN 978-80-247-1135-5
12. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě - Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 200. ISBN 80-247-0592-3
13. Seidl, Z.; Obenberger, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 364. ISBN 80-247-0623-7
14. Šamánková M.; Hušková, M; Matoušovic, K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. Praha: nakladatelství Karolinum, 2002, s. 274. ISBN 80-246-0477-9
15. Trojan S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, s. 240. ISBN 80-247-1296-2
16. Vaňásková, E. *Testování v rehabilitační praxi – Cévní mozkové příhody*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2004, s. 65. ISBN 80-7013-398-8



Internet

17. Šebková, S. *Cévní mozková příhoda*. [online]. 14. květen 2004, [cit. 15.11.2007], Dostupné z: <www.ordinace.cz/clanek/cevni-mozkova-prihoda>
18. *Doporučené postupy u CMP*. [online]. aktualizace 24.6.2008, [cit. 2.7.2008], Dostupné z: <www.cmp.cz>
19. Vítovec, J.; Souček, M. *Hypertenze a cévní mozkové příhody*. [online]. 2003, [cit. 15.11.2007], Dostupné z: <www.neurologiepropraxi.cz/savepdfs/neu/2003/01/07.pdf>
20. Mlčach, Z. *Příznaky cévní mozkové příhody, následky „mrtvice“*. [online]. 2003 – 2008, [cit. 26.6.2008], Dostupné z: <www.zbynekmlcoch.cz/>
21. Křečková, E. *Cévní mozková příhoda*. [online]. 2007 – 2008, [cit. 25.7.2008], Dostupné z: <www.kreckova.medikus.cz/o-nemocech?id=1076>
22. Ningerová, K. *Cévní mozkové příhodě lze předejít*. [online]. 15. května 2008, [cit. 26.6.2008], Dostupné z: <www.nemobk.cz/admin/upload/files/r2912-2008-05-18-12-13-58-cevnimozkoveprihodelzepredejtit.pdf>
23. Horáček, O. *Rehabilitace u cévní mozkové příhody*. [online]. 2006, [cit. 15.11.2007], Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=731>



7. Klíčová slova

Cévní mozková příhoda

Soběstačnost

Rehabilitace



8. Přílohy

1. Dotazník pro pacienty
2. Dotazník pro sestry
3. Barthel index



Příloha 1.

Vážená paní, Vážený pane,

Jmenuji se Filip Vaněk a jsem studentem 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Soběstačnost u pacienta po cévní mozkové příhodě“. Žádám Vás o pravdivé vyplnění, které vychází z Vašich vlastních zkušeností. Dotazník je anonymní a slouží pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Dotazník obsahuje 15 otázek. Není-li uvedeno jinak vyberte vždy jen jednu, podle Vás nejlépe vyhovující odpověď a tu označte.

Děkuji Vám za spolupráci.

Filip Vaněk
student 3. ročníku ZSF JU v Č. Budějovicích

1. Jste : muž žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) do 15 let b) 15 až 40 let
c) 41 až 64 let d) nad 65 let

3. Před jakou dobou jste prodělal/a cévní mozkovou příhodu?

- a) 0 – 6 měsíců b) 7 – 12 měsíců
c) 13 – 24 měsíců d) 25 a více měsíců

4. Ohodnoťte tyto oblasti denních aktivit, které u Vás byly před cévní mozkovou příhodou. (označte „X“ v každé oblasti jednu možnost)

Zvládal/a sám/a Zvládal/a s pomocí Nezvládal/a

Přijímání potravy

Osobní hygiena

Vyprazdňování moče

Vyprazdňování stolice

Přesun (postel - židle)

Chůze

Oblékání

Samostatné polohování

5. Ohodnoťte tyto oblasti denních aktivit, které u Vás byly přibližně 1 týden po cévní mozkové příhodě. (označte „X“ v každé oblasti jednu možnost)

Zvládne sám Zvládne s pomocí Nezvládne

Přijímání potravy

Osobní hygiena

Vyprazdňování moče

Vyprazdňování stolice

Přesun (postel - židle)

Chůze

Oblékání

Samostatné polohování



6. Ohodnořte tyto oblasti denních aktivit, které u Vás jsou nyňí. (označte „X“ v každé oblasti jednu možnost)

	Zvládne sám	Zvládne s pomocí	Nezvládne
Přijímání potravy			
Osobní hygiena			
Vyprazdňování moče			
Vyprazdňování stolice			
Přesun (postel - židle)			
Chůze			
Oblékání			
Samostatné polohování			

7. Došlo u Vás k nějakým pohybovým omezením?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a NE pokračujte až otázkou č. 9

8. Jakého typu bylo pohybové omezení?

- a) částečné ochrnutí jedné končetiny
- b) úplné ochrnutí jedné končetiny
- c) částečné ochrnutí 1/2 těla
- d) úplné ochrnutí 1/2 těla

9. Došlo u Vás ještě případně k jiným zdravotním omezením? (můžete označit více možností)

- a) porucha řeči
- b) obtíže při polykání
- c) senzorické problémy
- d) psychologické a emociální problémy
- e) problémy s chápáním
- f) žádné
- g) jiné - jaké

10. Prováděla sestra s Vámi nácvik denních aktivit?

- a) ano – jaké : oblékání osobní hygiena přijímání potravy
chůze přesun (lůžko – židle)
- b) ne

11. Spolupracovala sestra s RHB pracovníkem při péči o Vás?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Kde se nacházíte?

- a) nemocnice
- b) domácí prostředí

Pokud jste odpověděl/a b) pokračujte otázkou č. 13, 14 a 15

13. S kým žijete v domácím prostředí?

- a) sám/a
- b) s partnerem
- c) s více rodinnými členy



14. Spolupracuje rodina s agenturou domácí péče?

a) ano b) ne

15. Dostala rodina informace o speciální péči o Vás?

a) ano b) ne



Příloha 2.

Vážená kolegyně, Vážený kolego,
tímto Vás prosím o vyplnění, tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Soběstačnost u pacienta po cévní mozkové příhodě“. Žádám Vás o pravdivé vyplnění, které vychází z Vašich vlastních zkušeností a znalostí. Dotazník je anonymní a slouží pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Dotazník obsahuje 15 otázek. Není-li uvedeno jinak vyberte vždy jen jednu, podle Vás nejlépe vyhovující odpověď a tu označte.

Děkuji Vám za spolupráci.

Filip Vaněk
student 3. ročníku ZSF JU v Č. Budějovicích

Nemocnice: České Budějovice – oddělení..... Agentura domácí péče

Vzdělání: SŠ VOŠ Specializační VŠ – Bc. Mgr.

Délka praxe:

1. Ošetřoval/a jste někdy pacienta po cévní mozkové příhodě?

a) ano b) ne

2. Jaké je riziko vzniku dekubitů u pacienta ve stavu po cévní mozkové příhodě oproti stavu před cévní mozkovou příhodou?

a) snížené b) stejné c) zvýšené

3. Používáte na Vašem oddělení pro hodnocení aktivity klasický index Barthelové (Barthel index)?

a) ano b) ne c) ne, používáme jiný

Pokud jste odpověděl/a NE - odpověď b) i c) - pokračujte otázkou č. 6

4. Jaké je nejčastější bodové hodnocení, podle indexu Barthelové, které má pacient po cévní mozkové příhodě, když se dostane na Vaše oddělení?

a) 0 – 20 b) 21 – 40 c) 41 – 60 d) 61 – 80 e) 81 - 100

5. Jaké je nejčastější bodové hodnocení, podle indexu Barthelové, které má pacient po cévní mozkové příhodě, když je propuštěn z Vašeho oddělení?

a) 0 – 20 b) 21 – 40 c) 41 – 60 d) 61 – 80 e) 81 – 100



6. Zhodnoťte tyto oblasti denních aktivit u většiny pacientů to cévní mozkové příhodě, kteří se dostanou na Vaše oddělení. (označte „X“ v každé oblasti jednou možností)

Zvládne sám Zvládne s pomocí Nezvládne

- Přijímání potravy
- Osobní hygiena
- Vyprazdňování moče
- Vyprazdňování stolice
- Přesun (postel - židle)
- Chůze
- Oblékání
- Samostatné polohování

Otázku č. 7 nevyplňují zaměstnanci domácích agentur.

7. Zhodnoťte tyto oblasti denních aktivit u většiny pacientů to cévní mozkové příhodě, které jsou po propuštění z Vašeho oddělení. (označte „X“ v každé oblasti jednou možností)

Zvládne sám Zvládne s pomocí Nezvládne

- Přijímání potravy
- Osobní hygiena
- Vyprazdňování moče
- Vyprazdňování stolice
- Přesun (postel - židle)
- Chůze
- Oblékání
- Samostatné polohování

8. Používáte pomůcky usnadňující pohyb pacienta po cévní mozkové příhodě v lůžku?

- a) ano – jaké
-
-
- b) ne

9. Používáte pomůcky usnadňující komunikaci s pacientem po cévní mozkové příhodě, když trpí afázií (ztráta nebo poškození schopnosti produkovat a/nebo chápat jazyk)?

- a) ano – jaké
-
-
- b) ne

10. Provádíte s pacientem po cévní mozkové příhodě nácvik denních aktivit?

- a) ano – jaké : oblékání osobní hygiena přijímání potravy
chůze přesun (lůžko – židle)
- b) ne



11. Myslíte si, že o pacienta po cévní mozkové příhodě se může pečovat i v domácím prostředí?

- a) ano b) ne c) nevím

12. Za jakých okolností si myslíte, že lze o pacienta po cévní mozkové příhodě pečovat i v domácím prostředí?

- a) rodina pacienta má zájem o něj pečovat
b) je zajištěna agentura domácí péče
c) rodina pacienta je edukována ve všech oblastech o jeho péči a je zajištěna agentura domácí péče

13. Jaké jsou nejčastější otázky rodiny ohledně pečování o pacienta po cévní mozkové příhodě? (můžete označit více možností)

- a) hygiena b) polohování c) přijímání potravy d) vyprazdňování moče
e) vyprazdňování stolice f) péče o kůži g) jiné.....

14. Spolupracujete s RHB pracovníkem o péči o pacienta po cévní mozkové příhodě?

- a) ano b) ne

15. Má na zlepšení stavu pacienta vliv rehabilitace?

- a) ne b) ano c) nevím



Příloha 3.

Bartholův test základních všedních činností ADL

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko - postel	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů vysoce závislý
- 45 – 60 bodů závislost středního stupně
- 65 – 98 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý